

Универзитет Мегатренд
Правни факултет

Душан Рајаковић

**УТИЦАЈ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА НА УНАПРЕЂЕЊЕ
ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**

- ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА -

Београд, новембар 2019. године

МЕНТОР:

Проф. др Игор Вукођански

Чланови комисије:

Проф. др

Проф. др

Датум одбране докторске дисертације:_____

Речи захвалности

Посебну захвалност желим да искажем свом ментору Проф. др Игору Вукоњанском, који је вештим речима и сугестијама успео да ме додатно мотивише да дисертацију доведем до краја. Захваљујем се и на подршци, разумевању и свим корисним саветима који су ми упућени.

Душан Рајаковић

АПСТРАКТ

У медицинско-правној теорији под појмом *право пацијената* подразумева се право лица, односно осигураног лица у смислу Закона о здравственом осигурању, болесно или здраво, које затражи или коме се пружа здравствена услуга ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести, повреда и других поремећаја здравља и благовременог и ефикасног лечења и рехабилитације. Степен остваривања права пацијената показатељ је развоја здравственог система. С обзиром да се под појмом *здравствени систем* у Републици Србији подразумева систем свих здравствених установа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, здравствени систем је састављен од повезаних сродних елемената који доприносе побољшању здравља нације.

Резултати истраживања у овом раду показују да се побољшањем права пацијената, унапређује здравствени систем, што има далекосежне последице не само по здравље људи већ и за друштво у целини. Стално унапређење здравственог система представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.

Кључне речи: здравствени систем, корисници здравствене заштите, права пацијената.

Научна област: Друштвене науке

Ужа научна област: Посебно управно право - Медицинско право

ABSTRACT

In medical-legal theory, the term "patient's right" means the right of a person, or insured person, within the meaning of the Health Insurance Act, sick or healthy, to request or to whom health care is provided in order to preserve and promote health, prevent, suppress and early detect disease, injuries and other health disorders and timely and effective treatment and rehabilitation. The degree of exercise of patients' rights is an indicator of the development of the health care system. Given that the term health system in the Republic of Serbia means the system of all health institutions at the primary, secondary and tertiary levels of health care, the health system is composed of related related elements that contribute to the improvement of the health of the nation. Key words: health system, health care beneficiaries or users of health care, patients' rights

The research findings in this paper show that improving the rights of patients improves the health system, which has far-reaching consequences not only for human health but for society as a whole. Continuous improvement of the health care system is a continuous process aimed at achieving a higher level of efficiency and effectiveness in work, as well as greater satisfaction of users and health care providers.

Keywords: healthcare system, healthcare users, patient rights

Scientific field: Social science

Scientific subfield: Special administrative law - Medical law

САДРЖАЈ

1. Увод	9
1.1. Значај истраживања.....	10
1.2. Предмет истраживања.....	13
1.2.1. Временско одређење.....	13
1.2.2. Просторно одређење.....	14
1.2.3. Дисциплинарно одређење	15
1.3. Циљ истраживања	15
1.4. Полазне претпоставке	16
1.5. Методе истраживања.....	17
1.5.1. Основне научне методе	17
1.5.2. Опште научне методе	17
1.5.3. Методе прикупљања података	18
1.6. Очекивани допринос истраживања	18
1.6.1. Научни допринос	19
1.6.2. Друштвени допринос.....	19
I ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ И ИНСТИТУТ ЗАШТИТЕ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА.....	20
1. Појам здравственог система	20
2. Структура здравственог система	21
2.1. Улога Министарства здравља у здравственом систему	22
2.2. Улога Института за јавно здравље у здравственом систему.....	23
2.3. Улога Републичког фонда у здравственом систему.....	25
3. Историјат развоја здравственог система	26
4. Модели здравствених система и примери добре праксе у упоредном праву	30
4.1. Бизмарков модел	30
4.2. Беверицов модел.....	31
4.3. Семашков (социјалистички) модел.....	32
4.4. Тржишни модел.....	33
5. Здравствени систем Републике Србије.....	35
6. Видови здравствене заштите	40
7. Механизми здравствене заштите	42
8. Финансирање здравствене заштите у Србији.....	45

9. Компаративна анализа актуелних модела здравствених система	47
10. Индикатори степена унапређености здравствених система	55
10.1. Социо-економски показатељи.....	55
10.2. Степен развоја и примене пацијентових права	57
10.3. Ниво развијености система здравствене заштите	60
10.4. Улога државе	61
II ТЕОРИЈСКЕ ПОСТАВКЕ О ПРАВИМА ПАЦИЈЕНАТА	63
1. Појам права пацијената.....	63
2. Развој института права пацијената	63
2.1. Правни основ за развој права пацијената	66
2.2. Институција заштите права пацијената	69
2.3. Саветник за заштиту права пацијената	72
2.4. Заштитник права осигураних лица	73
2.5. Права пацијената и механизми за њихово испуњавање.....	74
III. ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА У УПОРЕДНОМ ПРАВУ	77
1. Примери добре праксе у области заштите права пацијената	77
3.1. Права пацијената у Холандији	79
3.2. Права пацијената у Италији	82
3.3. Права пацијената у Француској	83
3.4. Права пацијената у Немачкој	86
3.5. Права пацијената у Аустрији	88
3.6. Права пацијената у Бугарској.....	91
3.7. Права пацијената у Естонији.....	93
2. Права пацијената у земљама нашег региона	95
2.1. Права пацијената у Словенији	96
2.2. Права пацијената у Федерацији Босне и Херцеговине	98
2.3. Права пацијената у Хрватској.....	100
2.4. Права пацијената у Црној Гори.....	101
IV КРИТЕРИЈУМИ ЗА ОЦЕНУ ЕФИКАСНОСТИ ЗАШТИТЕ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА.....	104
1. Оцена ефикасности система заштите права пацијената	104
2. Инхибитори механизма за заштиту права пацијената	104
3. Генератори настанка инхибиције механизма заштите права пацијената	109

Закључна разматрања	117
1. Резултати истраживања.....	119
2. Узорак истраживања	124
3. Ток истраживања.....	125
4. Анализа резултата истраживања у односу на постављене хипотезе.....	125
5. Предлог мера	135
Списак табела.....	139
Попис коришћене литературе.....	140

1. Увод

Предмет предстојећег истраживања су права пацијената у смислу индивидуалних али и социјалних права која појединац остварује у систему здравствене заштите. Концепт права пацијената развио се као последица унапређења људских права у друштвеном, културном и етичком смислу. Контекстуално првенствено означава осмишљавање и доношење закона којима се уважавају права и личности оболелих, потом и унапређење квалитета пружене здравствене неге. Примена права пацијента заправо значи примену људских права у области заштите здравља. Пацијент има лошу друштвену позицију што изискује посебну законодавну заштиту. Ово потврђује решеност друштва да спречава болест, пружа сигурност и омогућава расположиве мере за лечење болесних, чувајући здравље као основно добро у свакој друштвеној заједници.¹ Најзначајније постигнуће права пацијената, поред очувања здравља, јесте аутономија пацијента, који на различите начине може да партиципира у свом лечењу. Ово се сматра постигнућем јер се сада права пацијената третирају директно и експлицитно, а не више индиректно преко прописа који се тичу лекара и здравствених установа. Ближе одређење појма права пацијената, њихова класификација и устоличење у смислу успостављања института заштите унутар здравственог система и њихов међусобни утицај, представља тематику овог рада.

До данас се много постигло на успостављању и заступљености права пацијената у другим земљама али и код нас. У наставку текста је приказан повој ових права издвајањем из основних људских права, историјат развоја, законско устоличење, потом теоријско одређење и практична примена. Допринос разумевању недовољној примени и присутности права пацијената у Србији, даје преглед и упоредног права развијених земаља Европе. Када се модели здравствене заштите и права пацијената поменутих земаља поставе као „идеални тип“² користећи се компаративном анализом може се дати увид у недостатке система здравствене заштите Републике Србије. Извесни недостаци се лако могу кориговати а тичу само примене у пракси што је мали корак ка великом подухвату поштовања права пацијената, други су пак комплекснији и са собом покрећу бројне системске проблеме, заостале их претходног периода,

¹Х. Мујовић-Зорнић и сарадници. *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*. Београд. Институт за друштвена истраживања. 2010

²„Идеални тип“, Макса Вебера је инструмент који представља теоријске конструкције. Идеални типови не постоје у емпиријској стварности, већ се ради о апстракцијама које су корисне при друштвеној анализи. Као теоријске конструкције идеални типови се не могу пронаћи у чистом облику, већ служе за даља истраживања и поређења. Видети општирије А. Мимица, М. Богдановић *Социолошки речник*. Завод за уџбенике, Београд. 2007

који подразумевају ангажман и других друштвених структура. Све ово за собом потеже више средстава и времена ради организације и примене.

Приказани резултати истраживања нису просторно ограничени само на законодавни и здравствени систем Србије већ, су примери добре праксе примене права пацијената потраживани у упоредном праву европских земаља. Усвајање модела савремене заштите права пацијената развијених европских земаља води здравствени систем Републике Србије ка успостављању и јачању института заштите права пацијената, постизању бољих стандарда лечења и пружања квалитетније здравствене заштите и неге.

1.1. Значај истраживања

Полазећи од одредби Устава Републике Србије свако има право на здравље, односно право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Сходно томе произилази да се здравље може штитити правима. Остваривање било ког права зависи од низа фактора, као и спремности различитих субјеката да на различите начине суделују у остваривању права. Да ли су права дефинисана, нормирана, примењива и остварива, предуслов је који мора бити испуњен пре започињања било какве анализе.

Значај истраживања се састоји у утврђивању постојећег стања по питању остваривања права пацијената, а што за последицу има предлагање решења за унапређење постојећег стања. Претрагом реалних оквира у којима се налази здравствени систем Републике Србије, самим тим и права пацијената, сви недостаци и потребе биће идентификовани чиме ће бити подложни побољшању квалитета како на мезо (здравствени систем) тако и на микро нивоу (пацијент као појединац).

Права пацијената прожимају и лична права човека што говори у прилог томе да је потребно да постоји законски уобличена веза између пацијента и лекара. Сабирање личних и пацијентових права неопходно је да се као таква интегришу у основна права и сместе у грађански кодекс. Данас се у великом броју земаља систематично приступа засебном регулисању пацијентових права. Велики је број међународних докумената која се баве правима пацијената: Лисабонска декларација о правима пацијената из 1981 године³, Декларација о промовисању пацијентових права у Европи из 1994. године, Конвенција о људским правима и биомедицини из 1997. године, Европска повеља о пацијентовим правима - Римска повеља из

³ Измењена на 47. заседању Светске лекарске асоцијације, Бали, Индонезија, 1995. године, потом ревидирана на 171. Заседању Светске лекарске асоцијације, Сантјаго, Чиле, 2005. године

2002. године, потом бројни Закони различитих земаља које вођене поменутих декларацијама у своје законе имплементирају права пацијената.

У Србији је било потребе за доношењем Закона који ће се тичати искључиво права пацијената и којим ће се успоставити механизми за њихово остварење. Разлози за то не леже само у чињеници да су у бројним законодавним системима овакви закони већ били донети, и да је област људских права и слобода посебно добила на значају. Примарни разлози се ипак тичу потребе да се права корисника здравствене заштите прецизно дефинишу на начин који ће отклонити сваку недоумицу у погледу њиховог остваривања и што је још важније примене у пракси. Управо пракса рада здравствених установа је указивала да пацијенти по правилу нису били упознати са правима које имају у систему здравствене заштите и механизмима за њихово остваривање, а са друге стране здравствени радници услед недовољног регулисања материје нису имали сазнања о обавезама које су дужни да предузму. С обзиром на то да је Србија у годинама које су претходиле доношењу посебног закона којим се регулише материја права пацијената, пролазила кроз различите политичке, економске и социјалне тешкоће и проблеме, решавање проблема здравственог система било је скрајнуто. Постепеним и спорадичним побољшањем на свим нивоима и уз мотивишуће примере развијених земаља, започета је реформа здравственог система.

Након вишегодишњег ишчекивања као једна од последњих земаља у Европи и Србија је усвојила Закон о правима пацијената. Знатно пре Србије, посебни закони који регулишу материју права пацијената као корисника здравствених услуга, донети су у Финској 1992. године, Холандији 1994. године, Израелу и Литванији 1996. године, али и у земљама из нашег најближег окружења Хрватској 2004. године, Македонији 2008. Године и у Црној Гори 2009. године. Потребу да се права пацијената посебно кодификују препознао је и наш законодавац. Као последица тога 2013. године донет је Закон о правима пацијената. Истине ради, права пацијената била су заштићена и пре, у оквиру одредби Закона о здравственој заштити, а нарочито путем оспораваног института заштитника пацијентових права, понекад несрећно називаног „пацијентов адвокат“. Право на здравље гарантовано је и Уставом Републике Србије у одредби која гласи: „Свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља“, те је у том смислу доношење закона о правима пацијената било добродошло јер је стављен нагласак на појединца односно пацијента, што није узгред поменуто него је изричито и наглашено.

Ситуациона неприлика у вези са правима пацијената може се разврстати на неколико проблематичних зона то су: проблем недовољне упознатости пацијената са њиховим правима,

проблем непозивања на призната права, немогућност остваривања ових права у пуном обиму, као и неинформисаност о механизмима заштите права пацијената. У циљу решавања проблема потребно је да се пацијенти упознају са својим правима, односно да сазнају која права им све стоје на располагању како би постигли што виши ниво здравствене заштите. Запослени у здравственој установи, како лекари тако и сво медицинско особље морају да одговарају на потребе пацијената у смислу испуњавања њихових права. Уколико нису задовољни начином или исходом лечења пацијенти могу исказати незадовољство у виду како усмене (која се може схватити као опомена пред писмену), тако и писмене жалбе. У томе им свакако може помоћи особа која је задужена за посредовање у проблематичним ситуацијама, а то је саветник права пацијената, који декларативно оштећеном пацијенту може указати на начине којима може остварити своја права.

У прилог тези да су пацијенти често недовољно упућени у своја права, говори и чињеница да пацијенти када сматрају да им је одређено право повређено, нису довољно упознати са тиме коме би могли да се обрете за остваривање права, као и са установом која је образована новим законом. Наиме, у установама, и то као запослени Републичког фонда за здравствено осигурање а не засебне здравствене установе, постоји само заштитник права из осигурања, док је за заштиту права предвиђених Законом о правима пацијентима, надлежан саветник за заштиту права пацијената који је као институт формиран на локалном нивоу.

Веома је битно приступити истраживању овог проблема, да би се утврдило на који начин је потребно имплементирати закон и омогућити његово потпуно остваривање у пракси. Може се уочити да се права предвиђена законом недовољно познају и недовољно поштују, што указује на све већу потребу да се едукују како сами пацијенти о чијим се правима ради, тако и здравствени радници који су обавезни да та права поштују. Управо то што су пацијенти недовољно упознати са својим правима доводи до тога да се она не поштују и у таквој поставци их смешта у инфериорнији положај у односу на лекаре и друго медицинско особље. Без довољно знања о правима и ситему здравствене заштите или услед недостатка материјалних средстава пацијенти нису у могућности да се изборе за остваривање својих права. Сви поменути недостаци указују на значај остваривања права пацијената у пракси како би дошло до унапређења целокупне здравствене заштите.

Друштвени значај овог истраживања састоји се у томе што је очување здравља људи једно од најважнијих категорија свеукупних система једне државе. Стога постоји потреба да се стално унапређује и да се здравствени систем подигне на виши ниво, посебно ради

незадовољства пруженом здравственом услугом, које генерално уочава међу пацијентима. Побољшањем права пацијената, као и едукацијом људи о могућностима које имају, унапређује се здравствени систем у целини, те се непосредном применом овог истраживања на праксу може утицати на квалитет истог.

1.2. Предмет истраживања

Предмет истраживања докторске дисертације су права пацијената, са посебним освртом на здравствени систем Републике Србије. Обзиром на то да су пацијенти корисници услуга система здравствене заштите не могу се посматрати изван овог система већ као његов саставни део.

Теоријско одређење предмета истраживања подразумева да се издвоје основни истраживачки појмови, а то су:

1. права пацијената,
2. здравствени систем и његови елементи,
3. унапређивање здравственог система и показатељи унапређења.

Наведена три истраживачка појма међусобно тесно корелирају и могуће их је анализирати у њиховој међувези.

Операционално одређење предмета истраживања подразумева разврставање основних појмова истраживања на појединачне, што значи да ће се:

1. права пацијената посматрати са аспекта транспарентности, различитости њихове дефинисаности у Републици Србији и земљама са здравственим системима који постижу најбоље резултате, степена њиховог испуњавања и утицаја њиховог степена испуњености на унапређивање здравственог система.
2. здравствени систем посматрати са аспекта структуре, начина функционисања, резултата и значаја за друштвени систем
3. унапређење здравственог система посматрати са аспекта дефинисања параметара чије се вредности мењају услед промене степена унапређености.

1.2.1. Временско одређење

Рад обухвата истраживање проблема права пацијената, од његовог настанка преко законске регулативе до примене, унутар здравственог система. Анализирани период је смештен у временски размак од 1998. до 2018. године. Овакав временски оквир је одабран јер је Србија током тих 20 година пролазила кроз промене на свим нивоима, политичком, економском и

социјалном. Промене које су се дешавале у великој мери су се одразиле на живот и здравље људи. Начин третирања пацијената и њихових права је битно различит током посматраног периода. Стога се чини потребним приказати поступну трансформацију једне земље, свих њених система са нагласком на здравствени, њен постепен али константан напредак и развој. Током наведеног временског размака десиле су се извесне промене у целокупном здравственом систему, који је прошао веома турбулентан период. Из тог разлога је и одабран овај временски размак како би се дао јаснији увид у промене кроз које је прошао здравствени систем једне земље и како се са његовим унапређењем дошло до већег уважавања пацијената и њихових права.

Наиме, након бомбардовања Србије 1999. године од стране војних снага НАТО алијансе, сви државни нивои и системи бивају погођени, укључујући и систем здравствене заштите. Након поступног опоравка целе земље и степен квалитета пружања здравствене неге се подиже на виши ниво. Разгранаванњем здравственог система (успостављањем боље комуникације са околним земљама, сарадња са другим удаљенијим земљама, преузимање савремених модела здравствене заштите и друго), усложњавањем врсте и броја здравствених услуга (ово подразумева професионално усавршавање здравственог кадра, дозвољавање лекарима из других земаља да спроводе лечење и операције у Србији и омогућавањем домаћим пацијентима да се лече у иностранству, показује се самосвесност система који препознаје чињеницу да је у његовом центру пацијент са својим потребама.

1.2.2. Просторно одређење

Истраживања у овом раду ће обухватити податке земаља са здравственим системима који постижу најбоље резултате као и земаља региона, које имају здравствене системе уређене на сличан начин као и Србија, као и проблеме везане за области здравствене заштите и права пацијената. Рад ће се превасходно бавити правима пацијената и њиховим утицајем на здравствени систем Републике Србије. Ради *компаративне анализе* биће приказани здравствени системи развијених земаља Европе, чији здравствени системи правилно функционишу и где је заступљен висок ниво поштовања личности и права пацијената. Земље попут Холандије, Немачке, Италије, Француске, Аустрије, Бугарске, Естоније, одабране су према критеријуму унапређености и ваљаности система здравствене заштите, чији примери могу послужити као модели неразвијеним земљама попут Србије. Поред наведених земаља корисно је и неопходно приказати статус земаља из региона који окружују Србију. Стога ће се компаративној анализи

придружити Словенија, Хрватска, Црна Гора као и Босна и Херцеговина. Поменуте државе имају истоветно унутрашње уређење као Србија, али и сличан модел здравствене заштите коју пружају грађанима.

1.2.3. Дисциплинарно одређење

Истраживање има мултидисциплинарни карактер. Првенствено се односи на право, а затим и на менаџмент у специфичној области здравствене заштите. Из предмета истраживања произилазе научни и друштвени циљ истраживања. Научни циљ истраживања огледаће се у научној дескрипцији и научној класификацији. Друштвени циљ истраживања огледаће се у анализи стања здравственог система Републике Србије у погледу степена испуњености и начина испуњавања права пацијената, као и предлозима мера за обезбеђивање већег степена остваривања права пацијената.

У данашње време, а услед све израженије тежње за континуираним развојем људских права чији су саставни део и права пацијената, ова тема постаје посебно актуелна. Право на здравствену заштиту као људско право на лечење и здравствену негу, говори о томе да је потребно да током лечења пацијенти остваре одређена права која им припадају. Стога се као логичан след из права на здравствену заштиту издвојило као посебно право - право пацијената. С обзиром на невелик број истраживања из ове области, ова дисертација ће представљати први пионирски покушај у успостављању узрочно-последичне везе између остваривања права пацијената и развоја здравственог система.

1.3. Циљ истраживања

Циљ овог истраживања је свеобухватна анализа права пацијената Републике Србије у односу на права пацијената земаља чији здравствени системи постижу најбоље резултате у погледу задовољства пацијената, задовољства запослених и исхода лечења, те могућности за унапређивање здравственог система Републике Србије кроз већи степен остваривања права пацијената. Комплексан циљ овог истраживања обухвата два сегмента: први је свеобухватна анализа права пацијената која обухвата препознавање потребе за засебним разматрањем права пацијената, доношење Закона о правима пацијената, задовољство/незадовољство здравственом заштитом као и мере за унапређење целокупног здравственог система и положаја пацијената. Други сегмент циља се односи на компаративну анализу здравствених система и права пацијената у Србији у односу на земље окружења, као и оне са развијеним системима здравствене заштите.

1.4. Полазне претпоставке

У дисертацији се полази од генералне хипотезе која гласи:

Х₀: *„Што су претпоставке за испуњавање права пацијената остварене у већој мери, то је ниво унапређености здравственог система виши јер је ефикасност здравственог система већа.“*

Генерална хипотеза почива на осам помоћних хипотеза које гласе:

Х-1: *„Уколико су боље дефинисани механизми за остваривање права пацијената, утолико је мање пацијената код којих су прекршена права у односу на укупан број пацијената којима је пружена здравствена услуга“.*

Х-2: *„Уколико је правни систем земље ефикаснији са јасно дефинисаним последицама по субјекте и појединце који крше права пацијената, утолико је мањи проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга“.*

Х-3: *„Што је институт заштите права пацијената заступљенији, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи“.*

Х-4: *„Што је институт заштите права пацијената независнији од здравствених установа, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи“.*

Х-5: *„Што су овлашћења институције која штити права пацијената већа, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи“.*

Х-6: *„Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то је задовољство пацијената веће“.*

Х-7: *„Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то је задовољство запослених веће“.*

Х-8: *„Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то су трошкови лечења нижи, имајући у виду премису да је успешно лечење ефикасно и да те не захтева различите облике реинтервенције“.*

1.5. Методе истраживања

У истраживању и доношењу закључака у односу на постављене хипотезе користиће се следеће научне методе:

1.5.1. Основне научне методе

А) Метод анализе биће коришћен за истраживање досадашњих научних достигнућа и праксе у области права пацијената земаља чији здравствени системи постижу најбоље резултате као и земаља региона, а са посебним освртом на праксу Републике Србије у овој области.

Б) Метод синтезе и метод генерализације користиће се у извођењу генералног закључка докторске дисертације, чиме ће се постићи планирани научни допринос истраживања. Метода анализе и синтезе⁴ је аналитичка метода која се огледа у првенствено рапчлањивању и поједностављењу сложених појава, судова и закључака, на њихове саставне делове да би затим посебно изучавала сваки од тих делова, са циљем детаљног разумевања одређених ставова или појмова. Насупрот томе, методом синтезе су одређени делови и елементи сазнања прикупљени и спојени у једну теоретско-мисаону целину. Спајањем прикупљених, појединачних материјала у једну целину изведен је закључак о стању система здравствене заштите и примене права пацијената.

В) Метод индукције ће се користити како би се извели закључци о везама између механизма испуњавања права пацијената и степена унапређености здравствене заштите, те донео суд о валидности постављених хипотеза. Индуктивно-дедуктивна метода се користи за објашњење постојећих и откривање нових сазнања, али и доказивање постављених теза са циљем повезивања хипотеза научног истраживања. Индукцијом и дедукцијом сазнаје се веза, однос, јединство посебног и општег, и тим својим обележјима оне су изразито дијалектичке методе сазнања. Индукција је почетни, а дедукција завршни процес у научним сазнањима, јер само сазнање почиње појединачном спознајом посебног, а завршава дедуктивном систематском спознајом посебног на основу општег.⁵

1.5.2. Опште научне методе

А) Статистичка метода користиће се за обраду података који ће се односити на ефикасност здравствене заштите, задовољство пацијената, задовољство запослених, жељене исходе лечења и жалбе пацијената на кршење њихових права.

⁴ Шешић, Б. *Основи методологије друштвених наука*, друго издање. Научна књига. Београд. 1977.

⁵ Исто

Б) Компаративна метода биће примењена у случају поређења обрађених података Републике Србије и земаља чији здравствени системи постижу најбоље резултате, као и земаља региона. Компаративна метода представља поступак поређења истих или сличних појава. Сам појам компарација (поређење) означава једноставно симултано изучавање сличности и разлика. Оваква дефиниција претпоставља да се поређење, као логичко-методолошки поступак, може практиковати само уколико истовремено постоје и разлике и сличности (одређеног степена) у изучаваним појавама. Никада се не упоређују две апсолутно идентичне појаве или процеса. То исто важи и уколико се ради о разликама. Ова метода се огледа у утврђивању сличности између појава, али и њиховог интензитета и разлика међу њима. Компаративна анализа омогућава истраживачима да дођу до разних уопштавања, нових закључака који обогаћују научна сазнања. Упоредни метод је неопходан да би се упоређене појаве типологизирале и класификовале, односно да би се тестирале хипотезе о каузалним релацијама, испитивањем емпиријске везе и временског порекла фактора. Компарација у науци води до уочавања проблема и класификације.⁶

1.5.3. Методе прикупљања података

Подаци су прикупљани методом анализе докумената које су прилагођене истраживачком задатку и дефинисаном темом. Анализирана су многа изнета теоретска сазнања заснована на многобројним домаћим и иностраним, научним и стручним радовима, али и великом броју студија, стратегија и извештаја чији је предмет заступљеност права пацијената и развој здравствене заштите. Desk research – метода која подразумева сублимирање ставова и закључака на основу бројних извора информација попут: домаће и стране литературе, многобројни стручни радови и монографије, пројекти, студије, часописи, извештаји, закони и други извори са интернета.

1.6. Очекивани допринос истраживања

Предузети кораци током израде дисертације доводе до сагледавања тренутне позиције права пацијената и развијености здравственог система. Емпиријску основу за анализу актуелног стања примене права пацијената у здравственом систему, представљају резултати добијени овим истраживањем. Приказ актуелног стања подразумева вишедимензионални приступ концепту права пацијената, обухватајући све мотиваторе и инхибиторе Сав значај исцрпног рада који је

⁶ Шешић, Б. *Основи методологије друштвених наука*, друго издање. Научна књига. Београд. 1977.

био потребан да се дође до извесних сазнања изнесених у дисертацији, огледа су у научном и друштвеном доприносу истраживања.

1.6.1. Научни допринос

Докторска дисертација има хеуристички научни допринос јер се бави откривањем зависности између степена испуњености права пацијената и степена унапређености здравственог система. Истраживањем ових области у дисертацији доћи ће се до сазнања да ли постоји и уколико постоји, какве је природе веза између развијености здравственог система и примене права пацијената. Налаз докторске дисертације ће дати допринос правним наукама кроз спознају релација механизма за испуњавање права пацијената и механизма за унапређивање система здравствене заштите.

1.6.2. Друштвени допринос

Резултати истраживања ће омогућити идентификацију слабих и јаких страна механизма за остваривање права пацијената у Републици Србији. Препознавање недостатака је значајно јер се могу увести мере којима ће се они елиминисати, док се истим или сродним мерама могу и учврстити јаче стране механизма којима пацијенти остварују своја права. Спровођењем предлога мера може се постићи већа заступљеност задовољних пацијената. Те мере могу бити различите. Сачињавање информатора у виду вишестраних летака који ће садржати све информације потребне пацијенту у сврху остваривања права. Прегледно и таксативно треба назначити сва права која пацијенти имају и начин на који их могу остварити. Ове информаторе би пацијенти добијали при доласку у здравствену установу било ког нивоа здравствене заштите (примарне, секундарне и терцијарне здравствене установе). Осмислити стандардизоване упитнике које ће сви пацијенти по доласку на преглед или хоспитализацију добијати и које ће потом по обављеном прегледу или лечењу попуњене враћати особљу здравствене установе или особи задуженој за тај посао. Поред информисања и те врсте едукације пацијената потребно је едуковати медицинско особље о правима пацијената и механизмима за њихово остваривање, како би својим знањем допринели примени ових права а самим тим довели до већег задовољства пацијената.

I ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ И ИНСТИТУТ ЗАШТИТЕ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Овај део рада посвећен је систему здравствене заштите где су сви његови градивни елементи појединачно дефинисани уз појашњење њихових функција, међуфункција и улога. Унутар здравственог система обитава и институт заштите права пацијената. Устоличењем овог института пацијентима се гарантује поштовање њихових права која су регулисана законом, а како све поменуто функционише приказано је у наставку текста.

1. Појам здравственог система

Здравствени систем чине здравствене установе које на различите начине и на различитим нивоима пружају услуге здравствене заштите. Према Закону о здравственој заштити здравствена заштита је скуп услуга и активности за унапређивање и очување здравља људи, спречавање обољења и повреда, рано откривање обољења, благовремено лечење и рехабилитацију. Светска здравствена организација систем здравствене заштите посматра као здравствену инфраструктуру која обезбеђује спектар програма и услуга и пружа здравствену заштиту појединцима, породицама и заједници. Начела здравствене заштите су: начело приступачности здравствене заштите, правичности, свеобухватности, континуитета здравствене заштите, потом начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите, и коначно начело ефикасности⁷.

Сврха система здравствене заштите је очување и унапређење здравља људи обезбеђивањем здравствених услуга становништву модерне као и традиционалне медицине на што ефикаснији начин, а које су у исто време доступне и прихватљиве свима. Системи здравствене заштите су под утицајем важећих друштвених норми и вредности, и често рефлектују социјална и културална очекивања грађана и под утицајем су јединствене националне историје, традиције и политичког система. Компоненте сваког система здравствене заштите чине ресурси, организација и администрација, менаџмент, финансирање, обезбеђивање и пружање здравствене заштите. Ресурси у систему здравствене заштите обухватају људске ресурсе (кадрове) чине их лекари, стоматолози, фармацеути, медицинско особље; здравствене установе (зграде, опрема) и средства (лекови и санитетски материјал). Људски ресурси у

⁷ Закон о здравственој заштити, IV Начела здравствене заштите („Сл. гласник РС“ бр. 107-2005, 72/2009)

здравственом систему основна су његова одредница, и то у свим областима (промоција, превенција и лечење). Истовремено, људски ресурси представљају највећи и највреднији ресурс здравственог система, који треба стално развијати.⁸

2. Структура здравственог система

Систем обухвата укупност односно, комплексност елемената или појединачних делова. Он поседује структуру, реализује функцију и предаје информације или их прерађује. Основне карактеристике друштвених система јесу да су они: 1. Динамички (у сталном кретању). 2. Сложени (зависно од структуре), 3. Хијерархијски (по организацији-пирамидални модел) и 4. Схоластички (по понашању)

Здравствени систем је комплексна стратификацијска творевина коју не можемо посматрати изопштено из свеукупног друштвеног система једне земље. Као такав чини подсистем макро система једног друштва заједно са другим важним системима попут образовања, привреде, политике и социјалне заштите. Систем здравствене заштите обухвата примарни, секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите.

Примарни ниво здравствене заштите чине установе у које грађани могу да оду без упута, то су: Дом здравља, апотека, Студентска поликлиника и сл. Најважнија установа на примарном нивоу је Дом здравља, где здравствену заштиту пружа изабрани лекар. Попуњавајући формулар бира се лекар који ће пружати помоћ из области опште медицине, педијатрије, гинекологије и стоматологије, на најмање годину дана.

Секундарни ниво чине болнице. Уколико Дом здравља није у могућности да пружи одговарајућу специјалистичку здравствену заштиту, изабрани лекар ће упутити пацијента у установу секундарног нивоа (болнице). У болницама којих у Србији има 77, сваком пацијенту биће пружена здравствена заштита која му је потребна: амбулантно лечење (преглед код лекара специјалисте у поликлиници) и лечење у стационару болнице. Пацијенти се упућују у болницу када њихов здравствени проблем превазилази техничке услове Дома здравља или је потребно стручно мишљење вишег нивоа.

Коначно, терцијарни ниво здравствене заштите чине Клинички центри, Клинике, Институте, Клиничко-болнички центри (КБЦ). Када је потребно стручно мишљење највишег нивоа здравствене заштите, пацијент се упућује у клиничке центре којих у Србији има 4 (Београд, Нови Сад, Крагујевац и Ниш) или неку од клиника (6), односно институте (16) или

⁸ Јовановић С. Миловановић С. Мандић Ј. Јововић С. *Системи здравствене заштите*. Енаграми. Вол 37 Бр 1. 2015.

КБЦ (4). То је терцијарни и последњи ниво у систему здравствене заштите у Србији. За све доласке код лекара на терцијарном нивоу потребан је упут од изабраног лекара из дома здравља који издају на основу препоруке лекара из болнице. Овај упут мора бити оверен од надлежне комисије филијале Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО).

Број здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа:

1. Домови здравља 158 (116 самосталних и 42 у оквиру здравствених центара)
2. Самосталне апотеке 35
3. Заводи на примарном нивоу здравствене заштите 16
4. Опште болнице 40 (16 самосталних и 24 у оквиру здравствених центара)
5. Специјалне болнице 37 (20 за акутна и хронична стања и 17 за рехабилитацију)
6. Клинике 6
7. Институтути 16
8. Клиничко-болнички центри 4
9. Клинички центри 4
10. Заводи на више нивоа здравствене заштите 29 (4 Института за јавно здравље; 19 Завода за јавно здравље и 6 других Завода (за трансфузију, судку медицину, медицину рада...))

Основни циљ система здравствене заштите је очување и унапређење здравља људи обезбеђивањем здравствених услуга становништву како модерне, тако и традиционалне медицине на ефикасан начин, а које су у исто време доступне и прихватљиве људима.⁹ Развијеност здравственог система једне земље може се пратити и сагледавајући бруто друштвени производ и потрошачки индекс.

Здравствени систем у Републици Србији организују и њиме управљају три најзначајније институције: 1) Министарство здравља Републике Србије, 2) Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ и 3) Републички фонд за здравствено осигурање.

2.1. Улога Министарства здравља у здравственом систему

Министарство здравља Републике Србије обавља послове државне управе који се односе на систем здравствене заштите и систем обавезног здравственог осигурања. Главни задатај је да: 1) одређује здравствену политику, 2) доноси стандарде за рад здравствене службе, 3) одређује механизме контроле квалитета и 4) контролише квалитет.

⁹ Симић. С. *Истраживања здравственог система и реформе*. Институт за социјалну медицину. Медицински факултет. Универзитет у Београду. Публикација преузета са: www.batut.org.rs > bolnice > 7_Predlog_pok_bolnice

Министарство здравља је такође задужено за систем здравствене заштите, здравствено осигурање, очување и унапређење здравља грађана, здравствену инспекцију, надзор над радом здравствене службе и друге послове из области здравствене заштите. У оквиру наведених задужења организује разноврсне секторе који имају задужења према области за коју су формиран. У том смислу постоје: Сектор за здравствено осигурање, Сектор за јавно здравље и здравствену заштиту, Сектор за инспекцијске послове и други. Између осталог у Министарству здравља обављају се послови који обухватају: израду нацрта закона, других прописа и аката из делокруга здравства; правна обрада мишљења о примени одредаба прописа из области здравствене делатности; вршење надзора над позиционирањем института права пацијената; спровођење поступка статусних промена здравствених установа, давање сагласности на статуте здравствених установа према којима оснивачка права врши Република и мишљења на одређене одредбе статута здравствених установа према којима оснивачка права врши аутономна покрајина, град и општина; праћење, планирање и унапређење рада примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите; унапређење квалитета примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите; стручну обраду питања која се односе на обим и садржај рада, кадрове, израда номенклатуре здравствених услуга на нивоу примарне здравствене заштите; праћење и анализа система примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите у земљама у окружењу и Европској Унији; праћење и анализа система болничке здравствене заштите у земљама у окружењу и Европској Унији; израда програма и пројеката здравствене заштите у ванредним приликама у сарадњи са надлежним органима; надзор над законитошћу рада Агенције за акредитацију здравствених установа Србије у складу са законом; сачињавање стручних основа за образовање листи чекања; послове здравствене информатике; сарадња са факултетима здравствене струке, Републичким заводом за здравствено осигурање, као и друге послове из делокруга.¹⁰

2.2. Улога Института за јавно здравље у здравственом систему

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ је установа која обавља делатност у оквиру јавног здравља. Оснивач је Влада Републике Србије која је својим оснивачким актом дефинисала њихове основне делатности.

Делатност института и завода за јавно здравље је дефинисана Националном стратегијом за јавно здравље, Законом о јавном здрављу, Законом о здравственој заштити, Законом о

¹⁰ www.zdravlje.gov.rs

здравственом осигурању, Одлуком о Плану развоја здравствене заштите Србије за период 2010–2015. године, као и усвојеним стратегијама за унапређивање здравственог стања појединих категорија становништва или стратегијама за превенцију појединих болести и стања, којима.¹¹

Најзначајније области рада које проистичу из дефинисаних надлежности су: 1) праћење, процена и анализа здравственог стања и здравствене писмености становништва, стања и квалитета животне средине и утицаја фактора животне средине на здравље, праћење и проучавање здравствених проблема и ризика по здравље становништва, узрока, појава и ширења заразних болести и других болести од социјално-медицинског значаја и предлагање мера за њихово унапређење; 2) праћење, процена и анализа здравственог стања, понашања у вези са здрављем и здравствене писмености, стања и квалитета животне средине, здравствене исправности и квалитета хране, предмета опште употребе и воде, као и утицаја фактора из животне средине на здравље људи, праћење и проучавање здравствених проблема и ризика по здравље становништва, узрока, појава и ширења заразних болести и других болести од социјално-медицинског значаја и предлагање мера за њихово унапређење; 3) праћење и проучавање организације, рада и развоја здравствене службе и предлагање мера у циљу боље заштите и унапређења здравља; 4) предлагање елемената здравствене политике, учествовање у изради законских и подзаконских аката у области здравствене заштите и предлагање мера за унапређење здравља становништва; 5) праћење и анализа плана стручног усавршавања, структуре и броја кадрова, као и праћење и анализе обезбеђености здравствених установа медицинском опремом и предлагање мера у циљу њене ефикасне доступности корисницима као и рационалне употребе; 6) обављање примењених истраживања у области јавног здравља и коришћење резултата тих истраживања у предлагању мера и доношењу одлука; 7) сарадња и развој партнерства у локалној заједници на идентификацији и решавању здравствених проблема становништва и на здравственом просвећивању, и подршка развоју програма у заједници; 8) учествовање у изради и доношење планова централизованог снабдевања лековима, медицинском опремом и медицинским средствима за све здравствене установе у Србији; 9) сарадња са међународним организацијама (Светска здравствена организација, ECDC, Eurostat, IANPHI, UNICEF, EFSA, UNEP, UNDP, Emcdda); 10) координација рада и стручно учешће у раду Републичких стручних тела; 11) анализа и предлагање мера у ванредним ситуацијама кроз праћење, анализу и контролу ризика и претњи по јавно здравље и 12) координисање и праћење стручног рада мреже института и завода за јавно здравље Србије.

¹¹ www.batut.org.rs

У обављању здравствене делатности Институт "Батут" пружа превентивне, дијагностичке и друге здравствене услуге из следећих области здравствене заштите и одговарајућих ужих специјалности: 1) социјалне медицине; 2) области хигијене и животне средине; 3) епидемиологије; 4) микробиологије и 5) информатике и биостатистике.

2.3. Улога Републичког фонда у здравственом систему

Републички фонд за здравствено осигурање је национална организација кроз коју грађани остварују своје право из здравственог осигурања и финансирају своју здравствену заштиту. Надлежности Републичког фонда су да: 1) доноси статут; 2) доноси општи акти на основу овлашћења из закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања; 3) планира и обезбеђује финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања; 4) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услови за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђују средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала; 5) обезбеђује финансијски и други услови за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство; 6) доноси план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала; 7) доноси финансијски план и завршни рачун Републичког фонда, у складу са законом; 8) закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга у складу са законом и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора; 9) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама у складу са Законом; 10) обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама; 11) обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања; 12) организује обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у Републичком фонду; 13) координира рад филијала и Покрајинског фонда; 14) организује и врши контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која се филијалама преносе за остваривање права из обавезног здравственог осигурања; 15) врши контролу спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контрола остваривања права из обавезног здравственог осигурања; 16) организује и врши контролу и уједначавање рада првостепених и другостепених лекарских комисија; 17) обезбеђује

спровођење међународних уговора о обавезном здравственом осигурању; 18) води евиденција и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање; 19) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из здравственог осигурања и заштиту њихових интереса по основу осигурања; 20) доноси друге акте у складу са Законом и статутом; 21) обављају послове у вези са управљањем и располагањем покретном и непокретном имовином; 22) обављају послове у вези са накнадом штете у спровођењу здравственог осигурања; 23) спроводи добровољно здравствено осигурање у складу са законом, спроводи поступак јавних набавки у име и за рачун Републичког фонда и давалаца здравствених услуга у складу са законом; 24) врши издавање исправа о здравственом осигурању и одговарајућих образаца за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања уз накнаду за трошкове штампања; 25) врши израду пројеката, анализа и информација за потребе спровођења здравственог осигурања; 26) обавља послове интерне ревизије и координира активности за интерну ревизију корисника средстава Републичког фонда; 27) врши интерне контроле и 28) обавља и друге послове утврђене законом, статутом и актима Републичког фонда.¹²

3. Историјат развоја здравственог система

Здравствени систем у Србији се развијао у врло специфичним условима. Након ратног стања и распада тадашње Југославије, земља улази у транзицију и тада наступају велике промене. Србија је, као и остале земље бивше чланице, наследила здравствени систем финансиран обавезним давањима за социјално и здравствено осигурање, заснован на стопи пореза од 12,3%. Такав систем је коришћен како би свеукупна популација имала лак приступ обавезном и бесплатном коришћењу здравствених услуга.

Настали политички проблеми обликовали су и економска кретања, последица тих токова било је значајно смањење системских средстава за здравство. Постојаност система је угрожена смањењем обавезне стопе финансија која се издвајала за здравствено осигурање, где је два милиона запослених финансирало седам милиона осигураних. Кумулативни ефекат свих ових догађаја је изазвао значајан пад квалитета здравља популације у целини, проширујући јаз између становништва Србије и ЕУ¹³. Велика разлика између трошкова и прихода остварених у

¹² www.rfzo.rs

¹³ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

систему је начињена повећаном потрошњом из приватних извора, тј. из „цепи“ корисника, већ физички и материјално ослабљеног становништва. Константни недостатак фондова резултирао је и смањењем плата здравствених радника, slabим инвестицијама у инфраструктуру и опремање медицинских установа, као и великим дефицитом у фонду здравственог осигурања, насталог због скупих трошкова лечења. Здравствени систем је био угрожен услед недостатка лекова и медицинских материјала, подмићивања и корупције, трансфером пацијената и делова опреме из државног у приватни сектор итд. Све је то угрозило приступ здравственим услугама као основном принципу бриге о здрављу становништва. Услед оваквог стања система Влада Србије је нашла разлоге за реструктурирање, планирање и организацију комплетних финансија у здравству. Један од главних националних приоритета било је реформисање здравственог система. У августу 2002, представници Министарства здравља, Републичког фонда за здравствено осигурање и Института за јавно здравље “Др Милан Јовановић-Батут“, артикулисали су генералну визију за развој здравственог сектора у Србији.

Реформа је имала за циљ да се у фокус ставе примарна здравствена заштита и превентивне здравствене услуге у циљу смањења броја оних болести које се могу спречити уз смањење трошкова. Такође је усмерена ка реструктурирању болница како би ефективније одговориле потребама пацијената уз развој новог базичног пакета здравствених услуга који ће бити усклађени са постојећим ресурсима. Промене у финансирању здравственог система је требало да измене токове новца у смислу да не прате постојећу структуру и запослене, већ кретање пацијената кроз систем. Један од важних циљева је такође била и интеграција и бољи увид у пружање приватних здравствених услуга. Промена и оживљавање здравственог система у виду реформе је започета 2004 године у оквиру пројекта Министарства здравља названог “Развој здравства Србије”, финансираног од Светске банке (World bank). У периоду од 2004. године до 2008. године уочава се бољитак у економском смислу који се огледа у расти БДП, иако Србија заостаје далеко иза земаља ЕУ.¹⁴ Анализа за период 2004-2008. открива сличности између Србије и земаља Европске уније (ЕУ) у односу на ниво просечно додељених средстава за здравствену заштиту, изражених у процентима БДП-а. Велика разлика у куповној моћи становништва је примећена у односу Србије и других европских земаљама. Стога је неопходно праћење финансијских токова у здравству на националном нивоу ради добијања праве слике здравственог сектора. Позитивне промене су примећене у редукованом броју упута из примарне на секундарне и терцијарне нивое здравствене заштите, што указује на унапређење организације

¹⁴ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

и коришћењу протокола за упућивање, чиме је постигнут циљ стратешког плана, обзиром на то да је повећано усмеравање средстава пружаоцима амбулантне здравствене заштите.¹⁵

Табела 1. *Годишња стопа раста БДП-а*

Година	Стопа раста БДП-а у %
2008.	5.7
2009.	-2.7
2010.	0.7
2011.	2.0
2012.	-0.7
2013.	2.9
2014.	-1.6

Извор: Народна Банка Србије¹⁶

Према подацима из табеле види се да од 2008. године постоји пораст БДП-а (за 2008 5,7%) са успореним растом 2010. године који је износио свега 0,7% мада тај мали напредак је побољшање јер је претходне 2009. године БДП у Србији опао за 2,7 %. Следећих година од 2011 до 2014. БДП бива у наизменично у опадању и благом порасту. Обзиром на то да је 2011. године стопа пораста износила свега 2% а 2012. године поново опала за 0.7% идуће 2013. године бележи се раст од 2.9% који заправо није реалан. Већ 2014. године БДП поново опада што се може објаснити тиме да је Србија још увек у транзиционом периоду где још увек нису у свим друштвеним системима и на свим нивоима скинути окови социјалистичког затвореног система управљања те се не могу одмах устоличити модернији начини рада и управљања. Међутим сталним развојем и унапређивањем на свим државним нивоима могуће је поправити положај и структуру свих система. Како на стопу БДП утиче и проценат запослених односно незапослених може се закључити и да су прилике за оне без посла лоше. Нешто је боља ситуација са запосленима обзиром на то да имају примања али, према горе назначеним подацима, та средстава не покривају потрошњу. Ипак установљена су одвајања за здравствену заштиту, иако одређени део запослених услед неодговорности послодаваца нема уплаћене доприносе како би тиме обезбедили одређени ниво здравствене неге.

Након 2014. године приказује се повећање стопе БДП-а, и то се може видети из табеле:

¹⁵ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

¹⁶ Народна Банка Србије www.nbs.rs/export/sites/SBRS01.xls

Табела 2. Приказ БДП-а од 2014-2018. године

Година у кварталима	Стопа БДП-а у %
2014.	
I	0.4
II	-0.8
III	-4.0
IV	-1.7
2015.	
I	0.3
II	1.9
III	2.7
IV	2.1
2016.	
I	3.4
II	3.0
III	4.0
IV	2.9
2017.	
I	1.6
II	1.8
III	2.2
IV	2.5
2018.	
I	4.9
II	4.9
III	4.1
IV	3.4

Извор: Народна Банка Србије¹⁷

На основу приказаних података у табели 2 увиђа се пораст бруто домаћег производа након 2015. године. У сваком кварталном делу 2015. године види се пораст од 0.3% потом 1.9% па чак и 2.7% чему следи опадање од 0.6% па стопа тада износи 2.1%. Сличан тренд прати и идућу 2016. годину у којој током I, II, III квартала је присутан пораст стопе БДП-а и то 3.4%, потом опада на 3.0%, поново расте на 4.0% али већ на крају године у IV кварталу стопа опада на 2.9% за 2017. годину према приказаним подацима може се рећи је приметан мали пораст стопе, али је био константан без опадања читаве године: 1.6%, 1.8%, 2.2%, 2.5%. Током 2018. године уочава се пораст током I и II квартала, да би у последња два опао. Иако је примећена оваква ситуација ипак се може рећи да је БДП-а порастао, јер је за 3,4% већи у односу на последњи квартал претходне године.¹⁸

¹⁷ www.nbs.rs/export/sites/SBRS01.xls¹⁸ Републички завод за статистику. „Квартални бруто домаћи производ у републици Србији“. 1.3.2019.

4. Модели здравствених система и примери добре праксе у упоредном праву

Здравствени системи се могу класификовати према различитим критеријумима: економским, друштвено-политичким и административној структури. Организација за економску сарадњу и развој (OECD) наводи следеће критеријуме за диференцијацију система здравствене заштите: обухват становништва здравственом заштитом и права из здравствене заштите, извори финансирања здравствених система и власништво над зградама и опремом у здравству. Разликује се пет основних модела здравствених система са историјске тачке гледишта.¹⁹

Први би био Бизмарков модел (1883) основног социјалног (здравственог) осигурања, Семашков модел (1918) социјалистичког здравственог осигурања, Беверицов модел (1948) националне здравствене службе, добровољно/приватно тржишно оријентисан модел осигурања (шездесетих и седамдесетих) и обавезно отварање медицинских/здравствених штедних рачуна (Сингапур 1984).

4.1. Бизмарков модел

Систем социјалног осигурања (Бизмарков модел) јесте најстарији систем здравственог осигурања који је настао са успостављањем првог законодавства из подручја здравства и социјалног осигурања у Немачкој (тадашњој Прусији) 1883. године. Овај модел назван је по Оту Бизмарку (Otto Bismarck), тадашњем канцелару Прусије. Основне карактеристике овог модела су: финансирање из фонда осигурања, доприноси запослених и доприноси послодавца од бруто зараде, обухват 60–80% становништва обавезним осигурањем са пакетом основних права из осигурања, јавна и непрофитна служба, јавна контрола и интерна контрола и различите методе плаћања лекара/установа. Обавезно здравствено осигурање се заснива на принципу солидарности и узајамности, где доприносе плаћају сви, а користи онај који је те године болестан. Заправо се код овог модела говори о три основна принципа: солидарност, супсидијарност и партнерство. Солидарност се огледа у томе што грађани са вишим примањима подржавају оне са нижим примањима, онда када ови имају потребу за здравственом заштитом. То значи да, без обзира на висину уплаћених доприноса, сваки грађанин има право на исти ниво здравствене заштите. Држава преузима на себе одговорност да свим грађанима обезбеди једнак приступ здравственој заштити. Супсидијарност указује на децентрализован систем здравственог осигурања. Код овог принципа се важне одлуке морају упутити на најнижи ниво одређене

¹⁹ Јовановић С. Миловановић С. Мандић Ј. Јововић С. *Системи здравствене заштите*. Енаграми. Вол 37 Бр . 2015.

друштвене организације. Партнерство се базира на томе да запослени и послодавци подједнако подносе терет финансирања здравствене заштите, односно и запослени и послодавци су подједнако заступљени у управљању здравственим фондовима, као и регионалним и националним телима која доносе одлуке које се тичу остваривања права и здравствене заштите уплатилаца доприноса. Основна обележја Бизмарковог модела су: 1) нема дугог чекања на здравствене услуге, 2) квалитетна здравствена заштита, 3) ниски трошкови, 4) једноставна администрација, 5) модел се заснива на непрофитној основи, 6) трошкови се на једноставан начин могу контролисати, и 7) цене многих процедура су фиксне и одређене од стране државе.²⁰

Држава има изражену регулативну и надзорну улогу у том систему. Доминантно је државно власништво над зградама и опремом у здравству. Земље у којима се користи овај модел су Немачка, Холандија, Француска, Аустрија, Белгија, Ирска, Луксембург, Словенија и друге.²¹

4.2. Беверицов модел

Други модел је систем националне здравствене служби односно Беверицов модел. Појава овог модела сеже у почетак двадесетог века, а формално га је у Енглеској поставио Вилијам Беверидџ (William Beveridge) 1942. године. Основни принципи овог модела су: обавезност и солидарност. Обавезност се огледа у томе што су сви по закону обавезни да плаћају порезе који чине буџетске приходе, тако да је целокупно становништво покривено обавезним здравственим осигурањем. Солидарност се огледа кроз то што целокупна популација, без обзира на то да ли ради или не, има право на бесплатну здравствену заштиту. То значи да је обухват популације овим моделом 100%. Основне карактеристике овог модела су: финансирање из државног буџета, потпун обухват становништва здравственом заштитом, слободан приступ здравственим услугама, јавно пружање услуга и јавна контрола. Власништво над зградама и опремом у здравству је веома државно. Држава управља здравством, организује одговарајућу мрежу здравствених капацитета и прописује активности и задатке националној здравственој служби (National Health Service). У центру здравственог система је лекар опште праксе. Лекар је плаћен по броју пацијената и делимично према броју обављених услуга. Такође, сви становници државе (а не само запослени) имају обезбеђен приступ до здравствених услуга под једнаким условима. Обим права је добро ограничен и стиче се са држављанством.

²⁰ G. Ridic, S. Gleason, O. Ridic. "Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada" *Materia socio-medica*. Сарајево 2012. Vol. 24. No. 2.

²¹ Исто

Највећи недостатак овог модела је то што лекаре плаћа држава и они се сматрају државним службеницима. Самим тим, лекари нису мотивисани да побољшавају квалитет здравствену заштиту под једнаким условима. здравствених услуга и да прегледају већи број пацијената, уколико се за тим јави потреба, те се за медицинске процедуре које нису хитне стварају дуже листе чекања.²²

Модел Беверица се разликује од Бизмарковог модела по начину финансирања и по томе што су у овом моделу све категорије становништва осигуране. Целокупно становништво има обезбеђену С обзиром на начин финансирања, издаци за здравствено осигурање по моделу Беверица се планирају на годишњем нивоу, у оквиру буџета. Код Бизмарковог модела фондови здравственог осигурања нису ограничени годишњим планирањем, јер имају већи степен самосталности. Примери земаља који користе овај модел: Велика Британија, Ирска, Канада, Данска, Финска, Шведска, Италија, Шпанија, Португал и Грчка. У овим земљама је ово основни модел, што значи да постоје и други облици плаћања.²³

4.3. Семашков (социјалистички) модел

Трећи систем социјалистичког здравственог осигурања такозвани Семашков модел који је настао у бившим социјалистичким земљама, као одговор на Беверицов- модел националне здравствене заштите. Овакав систем више не постоји. Финансирање здравствене заштите је било из државног буџета.

Овај систем је заснован на идеји да је држава (влада, министарство здравља, парламент) одговорна за здравље и здравствену заштиту свог становништва, као и да здравствена заштита треба да буде бесплатна, и на врло високом нивоу. Као и у другим сегментима, друштвена својина је једини вид својине и у области здравствене заштите. Лична својина и приватно осигурање у овом систему су забрањени.

Основне карактеристике овог модела су систем обавезног социјалног (здравственог) осигурања и потпун обухват становништва здравственом заштитом. Здравствени систем у овим земљама је почивао је на државној-друштвеној својини. Приватна лекарска пракса није била могућа. Здравствена инфраструктура је у јавном (друштвеном) власништву, а све здравствене

²² Ракоњац-Антић Т., *Пензијско и здравствено осигурање*, Економски факултет Универзитета у Београду, Београд 2012.

²³ Јовановић С. Миловановић С. Мандић Ј. Јововић С. *Системи здравствене заштите*. Енаграми. Вол 37. Бр 1. 2015.

услуге су биле јавно доступне. Одговорност за планирање распоређивања финансијских средстава и управљање инвестицијама је сносила државна администрација, која је била организована на три нивоа: државном, регионалном и локалном. Здравствене установе и опрема су у државном власништву, а све здравствене услуге су доступне свим категоријама становништва (потпун обухват становништва здравственим осигурањем). У овом моделу осигурано лице не плаћа никаву партиципацију, односно не плаћа учешће у трошковима здравствене заштите. Здравствена заштита је организована и на централном, и на регионалном, и на локалном нивоу.

Једна од предности Семашковог модела је добра покривеност становништва, односно доступна здравствена заштита, како на локалном, тако и на националном нивоу. Друга предност огледа се у одличној организованости јавног здравља и добром извођењу јавних програма (вакцинација, систематски прегледи, едукација и др.)²⁴

Највећи недостаци овог система били су неприлагођеност здравствене службе и здравствених услуга потребама болесника, наглашена улога болничког збрињавања и лекара специјалиста уместо ванболничких услуга и примарне здравствене заштите, недовољан обим здравствених услуга и велики број лекара на број становника.²⁵ Главна мана овог система и разлог због кога није више заступљен је тај што је становништво стално очекивало да држава обезбеди сва средства за збрињавање њихових здравствених потреба а да при том они немају никакву доплату за те услуге у тренутку када се трошкови здравствене заштите константно увећавају.

4.4. Тржишни модел

Тржишни модела се заснива на прикупљању новчаних средстава од премија осигурања у приватне здравствене фондове, што подстиче оснивање приватних осигуравајућих друштава, која организују и спроводе здравствено осигурање, а на профитној бази. Назива се још и тржишно-либерални или предузетнички модел. Основна обележја оваквог модела су: тржишни услови финансирања, мали обухват становништва здравственим осигурањем са великим бројем неосигураних становника и претежно приватно власништво над зградама и опремом у здравству. Код приватног здравственог осигурања свако плаћа за себе, а висина премије

²⁴ S. B. Richard, J. Figueras, C. Sakellarides, *Critical Challenges for Health Care Reforms in Europe*, Open University Press, Philadelphia 1999.

²⁵ Јовановић С. Миловановић С. Мандић Ј. Јововић С. *Системи здравствене заштите*. Енаграми. Вол 37. Бр 1. 2015.

одређује се према здравственом ризику који одређена особа носи. Тако ће пушачи, гојазни и они који не брину о свом здрављу плаћати веће премије од оних који воде здрав живот.²⁶

Здравствена заштита и здравствене услуге се заснивају на понуди и тражњи, док не постоје права која су гарантована од стране државе или закона. Овакав систем у којима постоји приватно финансирање здравственог осигурања не постоји категорија „солидарност“, јер у зависности од уплаћене премије осигурања уплатилац има права на одређену врсту здравствених услуга или на пакет услуга. Осигураници имају могућност избора „програма“ или „шеме осигурања“, у зависности од здравствених потреба и финансијских могућности. Премије осигурања се утврђују сходно ризицима, стога износ премије зависи од ризика од болести, социо-медицинских показатеља, несрећног догађаја и смрти. Оболели и особе у ризику од болести плаћају веће премије осигурања. У свету се око 40% трошкова здравствене заштите покрива из приватних извора.²⁷

Тржишни модел здравственог осигурања једини је, од свих наведених модела, који има елементе осигурања, врши се процена трошкова здравствене заштите. Овај модел бирају велике компаније за своје запослене којима плаћају премије осигурања за основно здравствено осигурање, док одређени проценат трошкова здравственог осигурања сваки запослени сам мора да сноси, на тај начин осигуравајуће компаније профитирају. Као што је већ речено, држава не финансира здравствено осигурање, већ је оно у потпуности препуштено тржишту, зависно од понуде и тражње. Посебну улогу у тржишном моделу финансирања имају волонтерски фондови. Овакви фондови се оснивају ради финансирања одређених додатних здравствених ризика, као што су поједине хируршке интервенције, класични облици хоспитализације, високо специјализоване услуге и др.²⁸ С обзиром на овакву политику пословања не чуди податак да велики број становника у земљама у којима се примењује тржишни модел здравственог осигурања не поседују здравствено осигурање, односно не уплаћују премије за здравствено осигурање.

Тржишни модел здравственог осигурања се сматра најлошијим, посебно по питању становништва са нижим примањима. Онима са вишим примањима доступнији је овај облик осигурања док им ипак није приступачна здравствена заштита за извесне скупе медицинске услуге, јер осигуравајуће куће имају право да нуде „програме“ и „шеме“ који обухватају

²⁶ Исто

²⁷ Косановић Р. *Социјално право*. НИП „Радничка штампа“. Београд. 2011.

²⁸ Марковић Б. Вукић С. *Модел организације и финансирања здравства у одабраним земљама свијета*. Економски Вјесник. Осијек 22/2009

јефтиније услуге, којима се често искључују скупе здравствене услуге, које нису профитабилне осигуравајућим друштвима. Овакви здравствени системи имају највише трошкове, а најмању доступност здравственим услугама.

Овај модел се примењује у државама у којима постоји нераскидива веза система здравствене заштите са тржиштем рада, где владају тржишни закони, стога је подршка државе на ниском нивоу.²⁹ Систем приватног здравственог осигурања (модел “независних” корисника) је најзаступљенији у Сједињеним Америчким Државама (САД). САД троше више новца по особи на здравствено осигурање него било која друга земља на свету. Основни разлог за високу цену америчког здравственог осигурања је тај што су медицинске услуге, материјал, технологија и лекови много скупљи него у другим индустријализованим земљама. Такође, лекари примењују већи број превентивних дијагностичких процедура како би се заштитили од могућих тужби пацијената за погрешно лечење. Осигурање које лекари плаћају да би се заштитили од могућих казни за погрешно лечење, све је скупље, и то заузврат повећава цену здравствених услуга. Употреба скувих иновативних технологија за бољу и бржу дијагностику и лечење болести такође повећавају цену здравственог осигурања. Поред САД овакав модел је заступљен у Швајцарској и Турској. Медицински/здравствени штедни рачуни се могу дефинисати као добровољни (САД, Јужна Африка) или обавезни (Сингапур, Кина) персонални рачуни који се могу користити само за трошкове здравствене заштите и служе да омогуће лакше подношење финансијског терета болести током времена.³⁰

5. Здравствени систем Републике Србије

Здравствена заштита у Србији се пружа кроз широку мрежу јавних здравствених установа под надзором Министарства здравља. О појединостима државног здравственог система је већ изложена већа количина информација. Оно о чему није било реч је приватни сектор који пружа здравствену заштиту. Законодавство Републике Србије дозвољава приватну праксу, али се она може остваривати искључиво са приватним средствима у приватном власништву. Цео приватни сектор здравствене делатности је био искључен је из могућности финансирања јавним средствима и као такав није представљао допуну јавног система нити давао осигураницима

²⁹ Јовановић С. Миловановић С. Мандић Ј. Јововић С. Системи здравствене заштите. Енаграми. Вол 37. Бр 1. 2015.

³⁰ Исто

могућност коришћења права из обавезног осигурања.³¹ Истовремено, у Републици Србији не постоји допунско, суплементарно, паралелно, приватно здравствено осигурање, које би могло да представља обogaћење постојећих оскудних финансијских ресурса система. Приватно пружање здравствених услуга иако и даље лимитирано, у порасту је, поготово у неким областима, рецимо стоматологији. Треба ипак рећи да је приватни сектор тада био слабо регулисан и да у њему углавном радили консултанти из јавног сектора на привременој бази. Недовољно развијено приватно здравствено осигурање ствара нестабилан тржишни систем где систем приватних пружалаца услуга преговара о ценама са индивидуалним корисницима (пацијентима), а не моћне институције финансирања. Све до измене закона почевши од 2008. године, увођењем и изменама Уредби о добровољном здравственом осигурању.³² Овом Уредбом се обавезно здравствено осигурање допуњава са добровољним којим осигураници могу остварити своја права из домена здравствене заштите, такође су у могућности да заштите своја права као пацијенти и да упуте приговор на здравствену установу или услугу уколико сматрају да су оштећени. Пацијенти или осигураници здравствену негу и лечење могу добити у здравственим установа чији је оснивач држава или друго правно или физичко лице. Приватна примарна здравствена заштита се пружа у домовима здравља и здравственим станицама раширеним по читавој земљи.³³ У приватној пракси има 12 домова здравља и 10 општих болница где осигураници добровољног здравственог осигурања могу остварити примарну здравствену заштиту. Амбулантне прегледе могу обавити у једној од 228 специјалистичких ординација. Приватних специјалних болница и завода у Србији има 45 док поликлиника има 52.³⁴

Србија има систем здравствене заштите који је усмерен на обезбеђивање лаке доступности свим здравственим услугама за читаву популацију. У принципу, покривеност осигурањем се односи на запослена лица, пензионере и samozапослене и земљораднике који плаћају доприносе, укључујући брачног друга, издржавану децу и остареле родитеље осигураника. Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) покрива здравствено осигурање и за незапослене, интерно расељена лица и избеглице, као и за људе који припадају рањивим групама. Специјални систем здравственог осигурања примењује се на војску, цивиле у војсци и пензионере оружаних снага, као и чланове њихових породица и издржавана лица.

³¹ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

³² Уредба о добровољном здравственом осигурању („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

³³ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

³⁴ <http://privatnapraksa.org/>

РФЗО има утврђен комплет здравствених услуга, укључујући специјалне услуге као што су лечење у иностранству и у војним болницама, или накнаде за медицински материјал и лекове купљене на приватном тржишту. Поред тога, и друге категорије пребацивања средстава повезаних са здравством, као што су боловања, накнада погребних трошкова и трошкови путовања до објеката за пружање здравствене заштите. Закон о здравственом осигурању из 2006. године доноси извесне измене. Примера ради, право на неограничене стоматолошке услуге је сведено на услуге за децу, труднице, становнике Србије старије од 65 година, као и на хитне случајеве. Право на надокнаду за путне трошкове у здравствену установу је такође укинато. Финансијска средства сачувана умањењем права грађана предвиђено је да буду усмеравана за боље функционисање приоритетнијих делова здравственог система.³⁵

Систем здравствене заштите у Србији се финансира преко јавних финансија и приватних доприноса. Најважнији извор финансирања у Србији је Републички фонд за здравствено осигурање. Средства која се за здравствену заштиту одвајају од примања и доприноса запослених и послодаваца, директно се скупљају на подрачун РФЗО-а. Министарство финансија има приступ подрачуну РФЗО-а, јер је то и њихов подрачун. РФЗО се финансира додатно из различитих буџетских извора као што је Фонд, за пензијско и инвалидско осигурање, средства Министарства финансија намењена незапосленима и остали извори. Средства за здравствену заштиту осигураних лица су обезбеђена од стране РФЗО-а, док су средства за неосигуране грађане, специјални програми и мере за промоцију здравља и превенцију болести, за целу популацију обезбеђени од стране Републичког буџета.³⁶

Поред обавезног здравственог осигурања, грађани су у могућности да се користе и добровољним здравственим осигурањем. Уредбом о добровољном здравственом осигурању³⁷ уређују се врсте добровољног здравственог осигурања, услови, начин и поступак организовања као и његово спровођење. Добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити Републички фонд за здравствено осигурање и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање (осигуравајућа друштва). На односе између уговорних страна у организацији и спровођењу добровољног здравственог осигурања примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи и ова уредба. Давалац осигурања је, у складу са законом, Републички фонд за здравствено осигурање и друштво за

³⁵ Гајић-Стевановић М. Димитријевић С. Вукша А. Јовановић Д. *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*. Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут. 2010.

³⁶ Исто

³⁷ Уредба о добровољном здравственом осигурању. („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

осигурање који организују и спроводе добровољно здравствено осигурање. Осигураник је физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице осигураника. Уговарач добровољног здравственог осигурања је правно или физичко лице који у име осигураника, и у своје име закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средстава или на терет средстава осигураника. Премија осигурања као новчани износ плаћа осигураник, односно уговарач добровољног здравственог осигурања даваоцу осигурања. Осигураник тада добија полису осигурања која представља потврду о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању. Могуће је остварити колективно осигурање које закључује уговарач са даваоцем осигурања кога је изабрао у складу са законом. Сви ови кораци се предузимају у циљу коришћења здравствених услуга које се пружају у здравственим установама и другим облицима здравствене служби (приватна пракса) ради спровођења здравствене заштите: очување и унапређење здравља људи, спречавања, сузбијања и раног откривања болести, повреда и других поремећаја здравља, лечења и рехабилитације, укључујући и здравствене услуге из традиционалне медицине, које су безбедне, квалитетне и ефикасне. Здравствена установа је установа која обавља здравствену делатност и која је добила дозволу од министарства надлежног за послове здравља за обављање здравствене делатности. Приватна пракса је други облик здравствене службе у којој се обављају одређени послови здравствене делатности и која је добила дозволу Министарства здравља за обављање одређених послова здравствене делатности. Други даваоци здравствених услуга су друга правна или физичка лица која суделују у здравственој делатности односно обезбеђују медицинскотехничка помагала. Давалац осигурања обезбеђује осигуранику новчане накнаде у случају губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад, накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите, као и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања. Дан када је закључена полиса добровољног здравственог осигурања је датум од кога почиње остваривање права и обавеза из добровољног здравственог осигурања.³⁸

Добровољно здравствено осигурање је врста неживотног осигурања. Уговара се као дугорочно осигурање, на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка

³⁸ Уредба о добровољном здравственом осигурању. („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

осигурања.³⁹ Давалац осигурања не може организовати и спроводити за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем које је прописано законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона. Добровољно здравствено осигурање се не може организовати и спроводити за превентивне програме који су обавезни према републичком програму имунизација становништва против одређених врста заразних болести као што су вакцинација, имунопрофилактике и хемопрофилактике. Републички завод може да организује и спроводи добровољно здравствено осигурање у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање. Друштво за осигурање, које је добило дозволу за обављање послова осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање, може да организује и спроводи осигурање под условима прописаним законом и овом уредбом. Народна банка Србије издаје ову дозволу за обављање послова добровољног здравственог осигурања осигуравајућем друштву коме је Министарство дало позитивно мишљење о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања. Уколико Министарство утврди да је друштво за осигурање престало да испуњава услове о добровољном здравственом осигурању обавештава о томе Народну банку Србије ради предузимања одговарајућих мера.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује давалац осигурања са уговарачем осигурања, односно осигураником. Осигураник добровољног здравственог осигурања коме је ускраћено право на здравствену заштиту, односно који није задовољан пружањем здравствених услуга обухваћених добровољним здравственим осигурањем у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга, може поднети приговор здравственом раднику који руководи процесом рада или лицу запосленом у здравственој установи које обавља послове заштите пацијентових права према Закону о правима пацијената.⁴⁰

Приговор се подноси усмено на записник или писмено, потом заштитник пацијентових права (оснивач приватне праксе, односно надлежно лице код другог даваоца здравствених услуга) одмах или најкасније у року од пет дана од дана подношења приговора, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору. О свом налазу, одмах а

³⁹ Осим ако уредбом другачије није уређено, као и у случају када својство обавезно осигураног лица траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања. Изузетно, добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству, може трајати и краће. Видети више на: Уредба о добровољном здравственом осигурању. („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

⁴⁰ Закон о правима пацијената ("Сл. гласник РС", бр. 45/2013)

најкасније у року од три дана, заштитник пацијентових права обавештава руководиоца организационе јединице и директора здравствене установе, као и подносиоца приговора. О свом налазу, да ли је дошло и у којој мери до повреде права пацијената, одмах а најкасније у року од три дана оснивач приватне праксе, односно надлежно лице код другог даваоца здравствених услуга обавештава подносиоца приговора. Уколико је осигураник добровољног здравственог осигурања незадовољан налазом по приговору може се обратити здравственој инспекцији, односно даваоцу осигурања који је закључио уговор са здравственом установом, приватном праксом, односно другим даваоцем здравствених услуга ради предузимања мера прописаних законом, односно утврђених уговором.⁴¹

Давалац осигурања дужан је да сваком осигуранику изда исправу на основу које он може остварити права из добровољног здравственог осигурања, од дана издавања полисе осигурања, и најкасније у року од 60 дана. Код уговора о добровољном здравственом осигурању који се закључују на рок од 90 дана осигураник права из добровољног здравственог осигурања остварује на основу полисе осигурања.⁴² Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе о добровољном здравственом осигурању, или на основу полисе осигурања до момента добијања исправе о добровољном здравственом осигурању. Поменута права се остварују од дана наведеног у полиси осигурања. Осигураник који је укључен у добровољно здравствено осигурање дужан је да здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга да на увид исправу на основу које може да оствари потребне здравствене услуге. Давалац осигурања дужан је да закључи уговор са здравственом установом из Уредбе о Плану мреже здравствених установа⁴³ односно са другом здравственом установом, приватном праксом и другим даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима из добровољног здравственог осигурања, у складу са горенаведеном уредбом.⁴⁴

6. Видови здравствене заштите

Здравствени систем се састоји из више међусобно повезаних делова који представљају његове стратификоване слојеве. Субјекти здравственог система су: здравствена заштита, здравствено осигурање, здравствене установе (државне и приватне), пацијенти, законодавни и

⁴¹ Уредба о добровољном здравственом осигурању. („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

⁴² Исто

⁴³ Уредба о плану мрежа здравствених установа („Сл. гласник РС“ бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014, 92/2015, 111/2017, 114/2017, 13/2018, 15/2018-испр

⁴⁴ Уредба о добровољном здравственом осигурању. („Сл. гласник РС“ бр. 108/08, 49/09)

управни државни органи. Појам здравствене заштите почиње да се помиње по доношењу Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва 1970. године.⁴⁵ У овом Закону утврђен је обим здравствене заштите једнак за све грађане. Држава гарантује остваривање обавезних видова здравствене заштите под једнаким условима. Законом су обухваћене све мере здравствене заштите, како превенција и унапређење здравља, тако и рехабилитација. Овим Законом утврђени су обавезни видови здравствене заштите, и то: 1) откривање, спречавање, сузбијање и лечење туберкулозе, венеричних и других заразних болести; 2) нега, лечење и превоз душевних болесника, који због природе и стања болести могу да угрозе свој живот и живот других људи, или да оштете материјална добра; 3) здравствена заштита жена у трудноћи, породиља, мајки и контрацепција; 4) потпуна здравствена заштита деце до навршене 15. године живота; 5) потпуна здравствена заштита школске омладине и студената до краја прописаног школовања, али најкасније до навршене 26. године живота; 6) здравствена заштита омладине до навршене 26. године живота, која обухвата спречавање, сузбијање и лечење реуматске грознице (и компликација) у свим здравственим установама, или у стану, и употребу одговарајућих лекова; 7) мере за рано откривање и лечење малигних обољења; 8) мере на превенцији и раном откривању и лечењу шећерне болести; 9) мере за рано откривање, спречавање, сузбијање и лечење ендемског нефритиса; 10) здравствена заштита оболелих од прогресивних мишићних дистрофија; 11) здравствено васпитање и 12) здравствена заштита на раду.⁴⁶

Према овом Закону, сви трошкови у вези са коришћењем здравствене заштите, укључујући и трошкове у вези са здравственом заштитом на раду, обезбеђују се из средстава заједнице, без учешћа осигураних лица. Здравствена заштита се огледа у пружању неопходне здравствене и превентивне неге сваком грађанину. Према одредбама из Закона о здравственој заштити⁴⁷ начела на којима се заснива су: 1) начело приступачности здравствене заштите, 2) начело правичности, 3) начело свеобухватности, 4) начело континуираности, 5) начело сталног унапређења квалитета, и 6) начело ефикасности.

⁴⁵ www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2015/Casopis%20ZZ%202015-5.pdf,

⁴⁶ Стаматовић М. Јаковљевић Ђ. Легетић Б. *Здравствено осигурање: теорија и пракса*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд. 1995.

⁴⁷ Закон о здравственој заштити. („Службени гласник РС“, 25/2019)

7. Механизми здравствене заштите

Механизми преко којих пацијенти остварују своје право на лечење су здравствено осигурање било обавезно или добровољно, сагласност са правном регулативом (закони, подзаконски и општи акти, уредбе) којима се пружаоци и корисници здравствених услуга обавезују на поштовање назначених права и обавеза. Организација здравственог осигурања остварује се преко Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд). Републички фонд доноси номенклатуру здравствених услуга и критеријуме за утврђивање цена здравствених услуга. Однос између Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа регулисан се путем уговора. Здравствено осигурање се финансира из доприноса, који се уплаћује на рачун филијала РФЗО-а у висини од 70%, и на рачун Дирекције Републичког фонда у висини од 30% зараде. Народна Скупштина утврђује висину доприноса, као и лично учешће у трошковима (партиципацију). Закон о здравственом осигурању је током година претрпео одређене измене и допуне. Постојећим Законом о здравственом осигурању уређују се права из обавезног здравственог осигурања, финансирање система обавезног здравственог осигурања, као и добровољно здравствено осигурање. Обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се право осигураним лицима на здравствену заштиту и право на новчану накнаду.⁴⁸

Начела на којима се темељи обавезно здравствено осигурање су: 1) начело солидарности и узајамности, 2) начело обавезности, 3) начело јавности, 4) начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, 5) начело сталног унапређења квалитета обавезног здравственог осигурања и 6) начело економичности и ефикасности.

Осигурана лица морају имати између три и шест месеци стажа здравственог осигурања без прекида у последњих 18 месеци, како би могли да остваре права из обавезног здравственог осигурања. Изузеци су случајеви када наведени услови нису неопходни за остваривање права, и то: у случају повреде на раду или професионалне болести; у случају хитне медицинске помоћи и остваривањем новчаних накнада по основу права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, права на здравствену заштиту и права на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите и за остваривање права на накнаду зараде у висини минималне зараде, утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада исплаћује.

Пацијенти су све особе којима је потребна лекарска помоћ или савет, а који ту своју потребу могу задовољити у одређеним здравственим установама. Тековина савремених

⁴⁸ Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, 25/2019)

схватања омогућава да се пацијент посматра као индивидуа са својим правима која чији се интегритет мора очувати. Стога су Закони о здравственом осигурању, здравственој заштити и правима пацијената ставили у свој фокус ставили позитивистички приступ пацијенти уз изналажење начина којима се штити пацијент али и саме државне институције.

Примарна здравствена заштита се указује пацијентима у виду лекарског прегледа и пратеће дијагностике. Здравствене установе на примарном нивоу које обављају здравствену делатност су: дом здравља, апотека и завод.

Дом здравља пружа здравствену негу у области: здравствене заштите деце, здравствене заштите одраслих, здравствене заштите жена, хитне медицинске помоћи, лабораторијске дијагностике, радиолошке дијагностике и стоматолошке здравствене заштите. Уколико постоје услови дом здравља може да обавља здравствену делатност у области интерне медицине, офталмологије, оториноларингологије, психијатрије, дерматовенерологије, медицине спорта и хемодијализе.

Апотека се може основати и обављати фармацеутску здравствену делатност ако има најмање два дипломирана фармацеута и једног фармацеутског техничара са средњом школском спремом. Апотека може организовати и галенску лабораторију и јединицу за фармакоинформатику, ако има и једног дипломираног фармацеута специјалисту из фармацеутске технологије и два фармацеутска техничара са средњом школском спремом, а у јединици за фармакоинформатику једног дипломираног фармацеута специјалисту из фармакоинформатике на 150.000 становника.⁴⁹

Завод је здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу и спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите. У Србији има више завода: 1) Завод за здравствену заштиту студената; 2) Завод за здравствену заштиту радника; 3) Завод за хитну медицинску помоћ; 4) Завод за геронтологију и палијативно збрињавање; 5) Завод за стоматологију; 6) Завод за плућне болести и туберкулозу и 7) Завод за кожно-венеричне болести.⁵⁰

Здравствене установе секундарног нивоа чине опште болнице где се пацијенти могу бити збринути од стране лекара специјалиста. У установама секундарног и терцијарног нивоа

⁴⁹ Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: Правилник о ближим условима) („Службени гласник РС“ бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 – др. правилник, 119/2012 – др. правилник и 22/2013)

⁵⁰ Исто

здравствене заштите пацијент остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и на неопходну дијагностику у сврху постављања дијагнозе. Здравствену заштиту у установама на секундарном и терцијарном нивоу, пацијент остварује на основу једног упута изабраног лекара, који је важећи шест месеци од датума издавања. Здравствена заштита на секундарном нивоу остварује се у општим и специјалним болницама. Општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраста оболелих од разних врста болести. Оснивач опште болнице је држава и може да пружа здравствену заштиту пацијентима једне или више општина. Општа болница мора да има организоване службе за пријем и збрињавање хитних стања, обављање специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности из интерне медицине, педијатрије, гинекологије и акушерства и опште хирургије, лабораторијску, рендген и другу дијагностику у складу са својом делатношћу, анестезиологију са реанимацијом, амбуланту за рехабилитацију, фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке.⁵¹ Специјална болница пружа здравствену заштиту лицима одређених добних група, односно оболелима од одређених болести. Тако постоје специјалне болнице за рехабилитацију, за ендемску нефропатију, за лечење цереброваскуларних болести и др.

Здравствена заштита на терцијарном нивоу обезбеђује се преко института, клиника, клиничко-болничких центара и клиничких центара. О њиховом бројном стању у Републици Србији било је речи у претходном тексту, док дефинисање и детаљније појашњење о њиховој доступности пацијентима следи. Клиника је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност из одређене гране медицине, односно стоматологије. Клиника обавља и образовну и научно-истраживачку делатност. Клиника се може основати само у седишту универзитета, који у свом саставу има факултет здравствене струке. Оснивач је држава, и то на територији где не постоји општа болница која пружа исту здравствену негу. Институт је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност, или само високоспецијализовану специјалистичко-консултативну здравствену делатност из једне или више грана медицине или стоматологије. Институт обавља образовну и научноистраживачку делатност. Он се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. Оснивач је такође држава. Постоје различити

⁵¹ Закон о здравственој заштити. („Службени гласник РС“ 25/2019)

институти попут института за здравствену заштиту деце и одраслих, за кардиоваскуларне болести, за онкологију и радиологију и др.⁵²

Клиничко–болнички центар је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко–консултативну и стационарну здравствену делатност на терцијарном нивоу из једне или више грана медицине. Клиничко–болнички центар оснива држава и то само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. У овој здравственој установи се обједињују делатност три или више клиника, тако да чини функционалну целину, организовану и оспособљену да може успешно да обавља следеће послове и задатке: обављање високоспецијализоване специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности, образовнонаставну делатност, научно-истраживачку делатност. Клинички центар обавља специјализовану поликлиничку и болничку здравствену делатност из више грана медицине, односно области здравствене заштите. Клинички центар може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.⁵³ У овим установама пацијенте лече између осталог и лекари са субспецијализација попут кардиохирурга, неурохирурга, пластични хирурзи и други.

8. Финансирање здравствене заштите у Србији

Постоји више облика финансирања здравствене заштите. Под појмом финансирања здравствене заштите мисли се на плаћање здравствених установа и плаћање лекара. Зависно од власништва над здравственим установама, законских ограничења, опредељених финансијских средстава, карактеристика здравственог система, развијености здравствених капацитета, организације здравствене службе, као и од циља који се жели постићи, користе се различити начини финансирања. Неки од њих су: буџетски систем финансирања (глобални буџет и буџет по ставкама), плаћање по пацијенту, исплата накнаде за услуге и исплата накнаде на основу случаја. Сваки од начина финансирања има различит утицај на квалитет и трошкове здравствене заштите и административну процедуру.⁵⁴

Најједноставнији начин плаћања даваоцима здравствених услуга јесте тзв. паушал. Здравственим установама се на почетку године по основу уговора између здравствене установе и РФЗО-а, одреди колики новчани износ им припада за пружање услуга из плана рада за ту

⁵² Исто

⁵³ Закон о здравственој заштити. („Службени гласник РС“ 25/2019)

⁵⁴ Косановић Р. Симић С. Јелача П. *Плаћање здравственој служби за њен рад: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији*. Центар за проучавање алтернатива и Самиздат Б92. Београд. 2001.

календарску годину. Паушално плаћање има највеће ефекте када је тежња државе смањење трошкова и њихово одржавање на нивоу прихода. Финансирање здравствене заштите у Републици Србији у основи је засновано на Бизмарковом моделу, пошто се преко 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, Законом о здравственој заштити предвиђено је и финансирање здравствене заштите из буџета Републике за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, а која су изложена повећаном ризику оболевања (неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица са територије Аутономне покрајине Косово и Метохија, примаоци социјалне помоћи и други) што је иначе карактеристика Беверицевог модела. Стога се може рећи да је у Србији присутан мешовити систем финансирања, кога карактерише готово искључиво јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета.

Буџетски начин финансирања обавезног здравственог осигурања искоришћава различите врсте пореза (порез на додату вредност, порез на доходак грађана, порез на добит правних лица и др.) и доприносе за обавезно здравствено осигурање. Порез представља инструмент јавних прихода, обавезна и неповратна давања за покриће општих и јавних расхода, који држава наплаћује од правних и физичких лица. Најзначајнији је облик прихода општег сектора државе (јавних прихода). Код пореза, који имају карактеристику присилног, не јавља се непосредна противуслуга од стране државе оне које порез платио.⁵⁵ По основу пореза на доприносе грађани којима се плаћа обавезно здравствено осигурање, грађани имају право да користе услуге лекара и здравствених установа. У оквиру буџета примењује се одвајања за плаћање услуга лекарима на примарном нивоу здравствене заштите, у виду плате, капитације (лекар или здравствена установа добијају унапред утврђен тачан износ средстава месечно, тромесечно, годишње, за сваког пацијента који се регистровао код лекара, или за све пружене услуге у дому здравља у одређеном периоду) и плаћања по услугама. Болнице се финансирају из буџета, по услузи, по болесничком дану, по ДСГ или по леченом лицу. Све се мање примењује плаћање по услузи мада се јо увек практикује у стоматолошкој здравственој заштити, амбулантној делатности и лабораторијској дијагностици. На основу циља који себи поставља било то ефикасност, смањење трошкова или правичност држава одлучује који ће начин финансирања здравствене заштите примењивати. Уколико се жели подстаћи пружање превентивних услуга, опредељује се за капитацију. Ако је смањење и већа контрола трошкова приоритет, определиће

⁵⁵ Поповић Д., Пореско право, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2014.

се за буџетски систем финансирања. Уколико се жели повећање ефикасности, плаћање по услузи је систем за који се треба одредити.

Поред наведених начина финансирања, могу се увести дедукција, партиципација, и максимални износи за плаћање од стране пацијената који важи за странце или оне грађане који немају здравствено осигурање. Новчани износ који осигураник мора да плати пре него што осигурање почне да покрива трошкове лечења представља дедукцију. Партиципација представља лично учешће осигураника у покрићу трошкова пружене здравствене заштите, изражена је у фиксном или процентуалном износу.⁵⁶ С обзиром на то да постоји више међусобно различитих система здравствене заштите који се разликују и према начину финансирања, чини се интересантним и корисним представити их методом компарације. У наставку је приказана анализа система здравствене заштите упоређујући њихову заступљеност у земљама које их примењују.

9. Компаративна анализа актуелних модела здравствених система

Компаративна анализа система здравствене заштите у европским земљама, посебно здравственог осигурања и права пацијената, показује да се она не организује и не спроводи свуда на исти начин, већ да свака од око 200 држава колико их данас има на планети, предвиђа сопствена правила у тој области. Корени савремених система здравствене заштите и социјалног здравственог осигурања обично се везују за Немачку и 19. век, где су влада и државне службе по први пут преузеле обавезу да реше ово питање на нивоу целе државе. Међутим, први покушаји организовања здравствене заштите у Европи срећу се и много времена пре тога, јер су још у Средњем веку поједина удружења трговаца, полазећи од принципа солидарности, организовала здравствену заштиту за своје чланове. Од тада па до данашњих дана број лица која имају здравствену заштиту на основу тога што су здравствено осигурана је у сталном порасту и уобичајено је да данас свако ко има пребивалиште на територији одређене државе има и здравствено осигурање у тој држави. Готово све европске земље финансирају здравствену заштиту паралелно из јавних и приватних извора. Као јавни извори користе се државни (буџетски) приходи и друга социјална давања која се прикупљају у оквиру обавезног здравственог осигурања, док приватни извори финансирања обухватају средства која грађани плаћају из свог џепа за потребе здравствене заштите, средства која плаћају приватна здравствена

⁵⁶ Косановић Р. Симић С. Јелача П. *Плаћање здравственој служби за њен рад: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији*. Центар за проучавање алтернатива и Самиздат Б92. Београд. 2001.

осигурања, добровољни прилози итд. Када се упоредно сагледају јавни и приватни извори финансирања, уочава се да је јавни сектор доминантни извор финансирања здравствене заштите и према доступним подацима процентуално учешће јавног сектора у укупним трошковима здравствене заштите у појединим земљама износи: више од 80% у Холандији, скандинавским земљама (сем Финске), Великој Британији и Републици Чешкој; између 75 и 80% у Финској, Белгији, Немачкој, Аустрији, Италији и Француској; између 70 и 75% у Мађарској, Пољској, Словенији, Турској и Шпанији; испод 70% је у Швајцарској, Португалу, Грчкој и Словачкој.⁵⁷ Јавни сектор у здравственој заштити партиципира са 72% и тај проценат није промењен задњих деценија.

Иако свака држава самостално одређује систем здравственог осигурања према сопственим потребама и у складу са сопственим социјалним и економским показатељима, сви ти системи се могу, према карактеристичним решењима, груписати у неколико модела. Од свих подела најпознатија и најутицајнија је она коју је сачинила Светска здравствена организација полазећи од начина финансирања, начина управљања и одлучивања о правима и обавезама у систему здравствене заштите, као и од укључености становништва у ту заштиту, солидарности и планирању подручја осигурања. Према тим карактеристикама разликују се четири модела система здравственог осигурања: Бизмарков модел, Беверицов модел, Семашков (социјалистички) модел и Тржишни модел.⁵⁸

Бизмарков модел здравственог осигурања је заступљен у највећем броју европских земаља, међу којима су: Немачка, Аустрија, Швајцарска, Холандија, Француска, Белгија, Луксембург, Хрватска, Словенија, Пољска, Чешка, Република Србија итд. У начину функционисања овог модела уочени су извесни недостаци: константни недостатак средстава; доминантна улога државе (владе) у одлучивању о кључним питањима здравствене заштите; значајна улога државе у финансирању здравствене заштите; немогућност пацијената да бирају где ће се и како лечити.⁵⁹

Други модел познат као Беверицов, представља буџетско здравствено осигурање. Карактерише га то што се он финансира из пореза, односно из општег државног буџета. Сходно томе, држава има одлучујућу улогу у управљању системом здравствене заштите, а она је и власник опреме и установа које су укључене у систем јавног здравства. Лекари у том систему су

⁵⁷ Наведено према: *Health at a Glance 2011* – OECD Indicators, OECD Publishing, 2011, стр. 157

⁵⁸ World Health Organisation (WHO), www.who.int

⁵⁹ Ракоњац-Антић, Т. *Пензијско и здравствено осигурање*. Центар за издавачку делатност Економског факултета Универзитета у Београду. Београд. 2012

државни запосленици и они раде за плату. У пракси примене овог модела јављају се два проблема: прво, чињеница да се већина лекара сматра државним службеницима и да фиксна плата није довољна мотивација да би се они посветили побољшању квалитета услуга које пружају, и друго, овде су уобичајене дуге листе чекања пацијената на оне интервенције које нису хитне. Осим у Великој Британији, елементи Беверицовог система срећу се и у Норвешкој, Финској, Шведској, Ирској, а од 1978. године и у Шпанији, Португалу, Италији и Грчкој.⁶⁰

Семашков (социјалистички) модел представља модел државног вођења здравствене заштите и примењивао се у бившем СССР-у. Држава и овде организује и усмерава и функционисање система здравствене заштите. Фонд за здравствено осигурање је такође у државном власништву и он се, сходно томе, финансира из централног државног буџета. Приватна здравствена заштита у оваквом систему је законом забрањена, као и приватно односно добровољно здравствено осигурање.⁶¹ Овакав систем се више не примењује ни у једној држави.

Тржишни, односно предузетнички модел заснован је на идеји да здравствено осигурање организују и спроводе приватне осигуравајуће компаније, или агенције, које послују искључиво у складу са тржишним законима јер је примарни циљ њиховог пословања стицање зараде. Овај систем се финансира из премија осигурања и других приватних средстава која плаћају осигураници. Сходно томе, предузетнички модел не подразумева универзално покриће јер оно није обавезно већ се осигурава само онај ко процени да у томе има интерес. Предузетнички модел је карактеристичан за САД и највеће му се замерке упућују управо на недостатак обавезности здравственог осигурања, као и превисоких трошкова здравствених услуга. Ову, тзв. класичну поделу модела здравственог осигурања је Светска здравствена организација данас нешто модификовала, углавном због потребе да је прилагоди актуелним променама у овој области.

Ова, нова подела разликује следећа четири модела система здравственог осигурања: 1) модел социјалног здравственог осигурања - одговара Бизмарковом моделу. Заступљен је у државама наведеним по Бизмарковом моделу здравственог осигурања; 2) модел буџетског финансирања - одговара Беверицовом моделу. Заступљен је у државама наведеним код Беверицовог модела здравственог осигурања; 3) модел националне здравствене службе - има елементе Бизмарковог и Беверицовог модела. Овај модел није уобичајен у европским државама,

⁶⁰ Исто

⁶¹ Ракоњац-Антић, Т. *Пензијско и здравствено осигурање*. Центар за издавачку делатност Економског факултета Универзитета у Београду. Београд. 2012.

већ је посебно развијен у Канади, а прихватили су га и Тајван и Јужна Кореја и 4) модел приватног здравственог осигурања, односно систем „плаћање из џепа“.⁶²

Компаративна анализа савремених европских система обавезног здравственог осигурања показује да се под обавезним пакетом услуга укључују различите амбулантне и болничке услуге, као и надокнаду трошкова за лекове. У значајном броју држава обавезни пакет услуга обухвата и дуготрајну негу, док превенција, стоматолошке услуге, алтернативна медицина и остало нису његов део. Обавезни пакети здравствених услуга представљају листу или каталог услуга које покрива обавезно здравствено осигурање. Преко ових листа пружаоци здравствених услуга обавештавају пацијенте о услугама за које могу да очекују накнаду из фонда обавезног здравственог осигурања. Истовремено, пацијенти на основу њих могу потпуно јасно да сагледају своја права по основу обавезног осигурања. Обавезни пакети здравствених услуга предвиђају различите здравствене услуге које обезбеђује, односно покрива обавезно здравствено осигурање. Уобичајено, то су бројне услуге на нивоу примарне здравствене заштите, услуге у оквиру болничке неге, надокнада трошкова за лекове и надокнада трошкова коришћења медицинских уређаја. Значајан број држава у обавезни пакет услуга укључује дуготрајно лечење и негу, понекад се из тог пакета надокнађују трошкови стоматолошке неге, услуга у оквиру превентивне здравствене неге, па чак и за коришћење услуга алтернативне медицине.

Садржина обавезног пакета услуга у примарној здравственој заштити, подразумева збрињавање од стране лекара опште медицине или породичног лекара који се плаћају по основу извршених услуга, или по основу капитације. Што значи да је потребно одредити конкретне услуге које покрива обавезни пакет здравственог осигурања, тако што се предвиде каталози (листа услуга) или други акти у оквиру којих се те услуге појединачно изричито наводе. Овакви каталози услуга по систему експлицитне, тј. позитивне листе предвиђени су, на пример, у Аустрији, Белгији, Француској, Немачкој, Холандији и Швајцарској. У Аустрији, међутим, ова листа није коначна, већ је могуће добити и услугу која није на листи под условом да околности конкретног случаја упућују на то да је таква услуга оправдана.⁶³ Интересантно решење је предвиђено и у Холандији, где се лекари опште медицине плаћају по основу капитације, при чему им се признаје накнада само за уобичајене здравствене услуге, али није било јасни назначено које се то услуге подразумевају, те су лекари сами одлучили о томе, уместо државе. У

⁶² World Health Organisation (WHO), www.who.int

⁶³ Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, Tabela 8.2., str. 196.

Холандији не постоји позитивна листа услуга које су укључене у обавезни пакет услуга, већ листа услуга које нису у пакету, тј имплицитна или негативна листа.⁶⁴

Што се тиче болничког лечења у развијеним државама Западне Европе, обично се обезбеђује на основу експлицитних, дакле позитивних листа, као што је случај, на пример, у Аустрији, Белгији и Луксембургу. И Холандија има експлицитну листу болничких услуга, али истовремено има и негативну листу тих услуга, на којој су наведене услуге које су дефинитивно искључене из обавезног пакета. У неким државама, на пример, у Немачкој и Француској, уместо каталога услуга примењује се систем дијагностички сродних група односно каталози здравствених услуга се формирају према дијагнозама. Ни у Швајцарској није предвиђена експлицитна листа болничких услуга, али је правило да обавезно здравствено осигурање надокнади трошкове за све пружене услуге осим за оне за које постоје опречна мишљења између лекара као даваоца услуга и фондова, који те услуге плаћају. Покриће трошкова за лекове и друге фармацеутске производе: за ово питање европске земље не предвиђају исто решење, али се најчешће оно регулише установљењем позитивне, експлицитне листе лекова. То је предвиђено, на пример, у Аустрији, Белгији, Француској, Луксембургу, Швајцарској, Немачкој, итд. па само они лекови који се налазе на листи могу бити издати на рачун обавезног осигурања. Поред тога, у Немачкој и Швајцарској је могуће добити и лек који није на листи, уколико га је одобрила Европска агенција за оцену лекова (ЕМЕА)⁶⁵ или тело које обавља исте послове као та агенција, али на националном нивоу.⁶⁶

Трошкови дуготрајне неге су често укључени у обавезни пакет здравствених услуга. У неким развијеним европским државама, на пример, у Немачкој, дуготрајна нега је покривена посебним системом здравственог осигурања, а слично је и у Холандији и Француској, где су у те сврхе основани посебни, јавни фондови. У скандинавским земљама, такође, постоји посебно решење у односу на ово питање и у Норвешкој, Данској и Финској дуготрајна нега се решава на општинском нивоу. Наиме, општине плаћају рођацима, или комшијама, или трећим лицима да се брину о лицу чије је стање такво да захтева дуготрајну негу. За време за које ова лица преузму на себе поменућу обавезу, општина им плаћа пензијско осигурање, а није редак случај ни да их запосли. Обавезни пакети услуга које подразумева дуготрајна нега садрже, по правилу, експлицитне, позитивне листе. То је случај, на пример, у Белгији, Француској, Луксембургу,

⁶⁴ Patients' Rights (Care Sector) Act | Regulation | Government.nl, видети опширније на: <https://www.government.nl › regulations> › 2010/11/12

⁶⁵ European Medicines Evaluation Agency (EMA). Ova agencija daje naučnu ocenu lekova koje su razvile farmaceutske kompanije, sa svrhom upotrebe tih lekova na teritoriji Evropske Unije. www.ema.europa.eu/ema

⁶⁶ Gibis, B. Koch-Wulkan, P. Bultman, J. Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems. Pp196

Холандији, Швајцарској и Немачкој, с тим да је у Немачкој могуће и независно од листе надокнадити трошкове за одређене услуге ако то захтевају околности конкретног случаја. Услуге амбулатног лечења се налазе на позитивној листи док дуготрајна нега није уврштена у исту.⁶⁷ У Аустрији је, међутим, предвиђена негативна листа услуга, па се не могу надокнадити трошкови за услуге које су на тој листи.⁶⁸

У већини европских држава је смањено покриће стоматолошких услуга из обавезног здравственог осигурања и то је, у начелу, последица схватања да је стоматолошка заштита више превентивна заштита, те да није нужно да она буде у целости обухваћена обавезним пакетом здравствених услуга.⁶⁹ Накнада за стоматолошке услуге се, по правилу, плаћа по основу накнаде за извршену услугу, при чему већина држава има позитивне листе стоматолошких услуга које покрива обавезно здравствено осигурање. По правилу, те листе најмање предвиђају хитну стоматолошку негу, премда у Швајцарској и Холандији то није случај, већ грађани морају и за те услуге да плате из џепа ако нису закључили уговор са приватним здравственим осигурањем. У Француској обавезни пакет обухвата само неке основне стоматолошке услуге, на пример, лечење каријеса, а слично је и у Холандији када је реч о одраслима, док је тамо за децу и младе до 18 година обавезним здравственим осигурањем обухваћен широк спектар услуга. Осим што је редукован број стоматолошких услуга које спадају у обавезни пакет услуга, често је и да је пацијент дужан да плати део трошкова за примљену стоматолошку услугу (партиципација). Међутим, и у овом случају пацијент, по правилу, мора да плати из џепа целу цену стоматолошке услуге па тек онда да одговарајући део цене рефундира из обавезног осигурања.⁷⁰

Трошкови превентивне неге се ретко укључују у обавезни пакет услуга које покрива обавезно здравствено осигурање. Аустрија, Белгија, Немачка и Швајцарска су земље које имају позитивне листе услуга превентивне мере.. И у Холандији је предвиђена таква, позитивна листа услуга али је она веома сужена и обухвата само вакцинације и лекове који се користе као превентива. Међутим, у Холандији у односу на овај вид неге постоји негативна листа услуга, што значи да се не могу надокнадити трошкови оних услуга које су на таквој листи изричито наведене. У Француској превентивна нега није, у начелу, део обавезног пакета услуга, али се у пракси све већи број таквих услуга прихвата као део лечења па се у том случају део њихове цене

⁶⁷ Исто

⁶⁸ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

⁶⁹ Јовичић К. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања- Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда.2014.

⁷⁰ Исто

може надокнадити од обавезног здравственог осигурања (на пример, рано откривање канцера код деце). И заиста, граница између услуге лечења и услуге медицинске превентиве се веома тешко може јасно одредити па обавезно здравствено осигурање, упркос томе што превентива није део обавезног пакета услуга, често покрива и те услуге јер се оне некада воде као услуге лечења.

Што се покрића за трошкове алтернативне медицине тиче, трошкови коришћења услуга алтернативне медицине у коју спадају акупунктура, фитотерапија, хомеопатија, традиционална кинеска медицина итд, по правилу није укључена у обавезни пакет услуга. Ипак, у неким развијеним европским земљама, посебно онима у којима постоји традиција коришћења услуга алтернативне медицине, обавезно осигурање прихвата и надокнаду за те услуге под условом да се налазе на позитивној листи. То је случај у Швајцарској, у којој се покрива широки спектар таквих услуга, а сличан корак је предузео и немачки Парламент. У Француској се, такође, може добити надокнада за ове услуге, али не у целости већ само њен део, док део цене плаћа пацијент из свог џепа.⁷¹

Упркос објективним тешкоћама, могуће је функционисање здравственог система тако да увек може да се обезбеди универзална здравствена заштита задовољавајућег квалитета и по повољној цени. То у већини држава није могуће постићи само у оквиру система јавног здравства, због чега највећи број држава предвиђа да се здравствена заштита остварује комбиновањем јавног и приватног сектора. Најважнија компонента система здравствене заштите јесте управо здравствено осигурање. На основу начина финансирања здравственог осигурања (обавезно и добровољно), пацијенти могу себи обезбедити одређени квалитет здравствене неге и лечење. Оно што је евидентно јесте да све државе настоје да путем добровољног здравственог осигурања надоместе све мањи удео обавезног здравственог осигурања у укупним трошковима здравствене заштите.⁷²

У земљама Европске уније свим грађанима било које државе чланице Европске уније, издаје се Европска карта здравственог осигурања⁷³ (она заправо представља међународно здравствено осигурање) и то без накнаде, под условом да су осигурани у систему обавезног, јавног здравственог осигурања у држави чланици. Овом картом здравственог осигурања осигураници имају право на медицинску помоћ у јавној здравственој установи у било којој

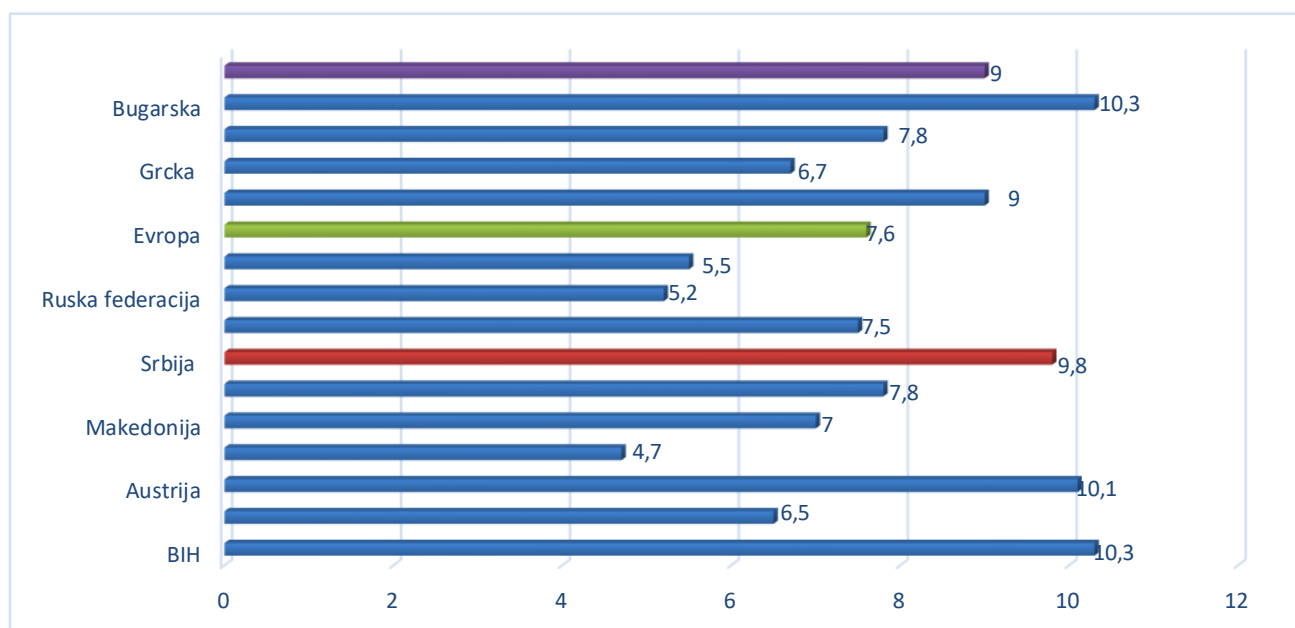
⁷¹ Јовичић К. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања- Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда. 2014.

⁷² Исто.

⁷³ European Health Insurance Card. videti više: <http://www.ehic.ie/>

држави која је у систему у коме се она издаје. Ова помоћ је бесплатна или је њена цена смањена ако се покаже да је одређеном лицу медицински третман неопходан за време његовог боравка у иностранству. Карта покрива само оне медицинске услуге које спадају у пакет обавезног здравственог осигурања у земљи у којој се тражи да се пружи одређена медицинска услуга. Идеја која стоји иза издавања Европске карте здравственог осигурања јесте да се омогући њеним имаоцима да приме медицинску негу у страној држави, уместо да због тога морају да се врате кући. Ипак, ова карта не покрива медицинску негу за она лица која су дошла у страну државу са намером да се лече, нити стоматолошке услуге јер оне, по правилу, нису хитне. Европска карта здравственог осигурања, међутим, није ограничена простором ЕУ већ се издаје и у државама које припадају Европској економској зони слободне трговине (European Free Trade Association – EFTA), а то су: Швајцарска, Норвешка, Исланд и Лихтенштајн.⁷⁴ У табели 3 је приказано колико поједине Европске земље процентуално одвајају за здравствено осигурање, према којем се одређује степен развоја система здравствене заштите који је свакако показатељ/индикатор нивоа развијености тих земаља.

Табела 3. *Издавање буџетских средстава за здравствени систем*



75

⁷⁴ Дашић, Д. *Дипломатија. Економска мултилатерала и билатерала*. Универзитет Браћа Карић и Мултидисциплинарни центар за подстицање интеграционих процеса и хармонизацију права. Београд. 2003.

⁷⁵ WHO Health data bases 2008. www.who.int

Према подацима из табеле 3 може се видети да Европска унија тачније земље чланице ЕУ, впроцентуално више средстава извајају за систем здравствене заштите, укупно 9%. Док, појединачно гледано највише издваја Бугарска (10,3%), потом Италија (9%), затим Хрватска (7,8%) , и Грчка (6,7%). Земље које географски припадају Европи али још увек нису чланице ЕУ, одвајају 7,6% буџетских средстава за финансирање здравственог система. У томе предњаче Босна и Херцеговина (10,3%) и Аустрија (10,1%), потом Србија са 9,8%, за њом следе Словенија (7,8%), Мађарска (7,5%) и Македонија (7%). Нешто мање давања имају Албанија (6,5%) и Црна Гора (5,5,%). Док најмање улаже Румунија свега 4,7%. Разлог оваквог тренда може бити тај да развијеније државе попут земаља ЕУ располажу са више новчаних средстава које могу имплементирати у оне фракције друштвеног система које оскудевају у чему. Док, земље које не припадају Европској унији још увек нису уклопљене у стандард развијенијих земаља те немају прилив додатних средстава која могу улагати у здравствени систем и његово унапређење, већ располажу новцем од пореских обвезника, радно активног становништва.

10. Индикатори степена унапређености здравствених система

Сваки здравствени систем има тежњу да се развија и надограђује. Неки системи имају сопствени потенцијал и склон је константном унапређивању, као што је случај са развијеним земљама о којима је било речи. Други системи здравствене заштите развијају се отежано улажући бројне напоре. Како би се разумела природа оваквог неравномерног прогреса потребно је идентификовати параметре који утичу директно, односно индиректно на развој извесног здравственог система. У индикаторе који указују на тренутну позицију здравственог система и ниво његовог развоја, могу се сврстати: 1) социо-економски показатељи, 2) степен примене права пацијената, 3) ниво развијености здравственог система и 4) улога државе.

10.1. Социо-економски показатељи

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски показатељ, будући да представља меру укупне економске активности свих институционалних јединица, при чему се обухвата производња како материјалних добара, тако и свих врста услуга. Бруто домаћи производ по становнику у 2004. години износио је 3.177\$, да би у 2008. години, према процени Министарства финансија достигао 6.800\$, односно 4.600 евра. У посматраном периоду остварена је дакле релативно висока стопа привредног раста. На раст бруто домаћег производа позитивно су деловале структурне реформе и реализоване инвестиције, али је највећи утицај

свакако извршила тражња становништва, кроз раст промета, зарада, пензија, кредита и увоза. Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и износи свега 35 индексних поена просека Европске уније. У посматраном петогодишњем периоду 2004–2008. године, просечне годишње стопе раста цена на мало осцилирале су знатно око благо опадајућег тренда. Тако је у 2008. години стопа инфлације незнатно већа него на почетку посматраног периода и износи 10,9 % на годишњем нивоу. У поређењу са Европском унијом, ниво просечне инфлације знатно је виши у Србији у свакој години посматраног периода.

Међутим, такође су уочљиве и разлике између појединих европских земаља, па тако просечна инфлација у Летонији износи у 2008. години чак 15,3 %, док је у Холандији свега 2,2%. У посматраном петогодишњем периоду, просечне (реалне) зараде бележе пораст у свакој посматраној години, мада упадљиво различитог интензитета. Тако су у 2004. години просечне реалне зараде веће за 10,1 % у односу на претходну годину и у нето износу достижу 194 евра, да би се тај износ у 2008. години повећао на 400 евра, уз стопу раста од 3,9 %. Јасно је да је у 2008. години дошло до знатног успоравања раста просечних реалних зарада, укључујући и успоравање раста зарада у јавном сектору. При томе је потребно истаћи да је у читавом посматраном периоду, са изузетком 2008. године, просечни реални раст зарада био знатно већи од раста укупне привредне активности и продуктивности рада. Стопа незапослености, као базични индикатор тржишта рада, има тенденцију пада и смањена је у 2008. години на 14 %, што је њен најнижи ниво у петогодишњем периоду. Укупан број незапослених у 2008. години смањен је тако на 445.383 лица. Укупан број запослених порастао је у односу на претходну годину за 6,3 % и у 2008. години износи 2.821.724 запослена лица. Стопа незапослености жена има тенденцију пада, али је изнад просека и износи 16,5 %. Стопа незапослености младих, изражена као процентуално учешће незапослених младих од 15-24 године у радно способном становништву посматране старосне групе, такође је у паду и у 2008. години износи 35,1 %. Ситуацију на тржишту рада отежава додатно чињеница да је чак 71 % незапослених у 2008. години у категорији дугорочно незапослених, што показује изузетно висок степен социјалне искључености. Стопа незапослености у Србији и даље је највиша у поређењу са Европском унијом, земљама Евро-зоне и земљама у окружењу. У 2008. години стопа незапослености је двоструко виша од просека 27 земаља Европске уније. Већина земаља има стопу незапослености нижу од 10% (Холандија најнижих 2,5 %), што поставља јасан задатак смањења стопе незапослености у будућем периоду. Највише нивое у односу на Европу показују и стопе

незапослености жена (ЕУ27 има стопу 7,5 %) и младих (ЕУ-15,5 %).⁷⁶ Стопа дугорочне незапослености такође је највиша у поређењу са Европском унијом, земљама Евро-зоне и свим земљама у окружењу (ЕУ- 37%). У посматраном периоду смањује се и стопа сиромаштва (6,6 % или 490.000 лица у 2007. години, када је апсолутна линија сиромаштва износила 8.883 динара месечно), али је она и даље изузетно висока. Србија такође има високу стопу ризика сиромаштва (31,4 % у 2006. години).⁷⁷ У периоду од 2008. године стопа БДП-а је виша за 5,7%, следеће године опада (-2,7%) да би 2010. године поново успоставила благи раст од 0,7%. Године 2011. БДП наставља постепени раст на 2,0% да би следеће године опао за 0,7%. Сличан тренд малаксалог раста и опадања се бележи и 2013. (порастан за 2,9%) и 2014. године (опада за -1,6%). Након 2015. године раст је слабији али континуиран, 2016. износи 3,34%, 2017. године 2,05%, док 2018. године бележи пораст на 4,30%. Овакав пораст БДП-а не представља никакву револуцију у напретку државе али радује јер означава побољшање стандарда живота грађана. Бољи и квалитетнији живот доводи и до адекватнијег очувања здравља, док повећање БДП-а означава и већа улагања у друштвене системе које користе грађани а самим тим и у систем здравствене заштите.

Према горе наведеним подацима може се закључити да што је једној држави већи БДП, већа су одвајања за здравствени систем чиме се подстиче његов развој а када је унапређен тада боље функционише како систем здравствене заштите тако и заштита права пацијената.

10.2. Степен развоја и примене пацијентових права

Област пацијентових права тестира способност здравственог система да обезбеди пацијенту довољно стабилан положај како би се умањила асиметрија у комуникацији између професионалаца, односно здравствених радника и пацијената. Индикатори ове области су потпуно независни од БДП-а. Чак и најсиромашније земље могу приуштити себи да гарантују пацијентима чврсту позицију у оквиру здравственог система. Постоји 12 индикатора у овој области⁷⁸:

1. Права пацијената заснована на закону - Република Србија од 2013. године има Закон о правима пацијената, који се примењује у здравственим установама.

⁷⁶ Гајић-Стевановић М., Димитријевић С., Вукша А., Јовановић Д., Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008, Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут, 2010

⁷⁷ Исто

⁷⁸ Јовичић К. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања- Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда. Београд. 2014.

2. Укљученост пацијената у доношење одлука - У Републици Србији пацијенти према Закону о правима пацијената имају право да самостално или уз појашњење здравствене ситуације од стране лекара, донесе одлуку о начину лечења који лекар предложи. На овом пољу је још значајно поменути учешће удружења пацијената које има саветодавну улогу у процесу доношења одлука, али које додатно едукује пацијенте о могућностима остваривања различитих права према Закону.

3. Осигурање од професионалне одговорности лекара - Овде се неминовно намеће питање могућности добијања надокнаде у случају лекарске грешке а без помоћи судских органа, као и обавезности доказивања ко је тачно од медицинског особља учинио грешку као неопходан услов за добијање компензације. Република Србија је добила средњу оцену јер се убраја у групу земаља у којима је више од 25 % инвалидитета покривено државним средствима.

4. Право на друго мишљење - Закон о правима пацијената обухвата и право пацијента на друго мишљење. Међутим на основу интервјуа са пацијентима утврђено је да оваква пракса није довољно заступљена у Републици Србији.

5. Право приступа сопственом медицинској документацији - У Републици Србији пацијенти могу да добију копију своје медицинске документације једноставно тако што ће то затражити од свог лекара.

6. Регистар легитимних/акредитованих лекара - Иако постоји могућност добијања потребних информација, сам процес долажења до истих је прилично сложен и скуп.

7. Интернет или 24/7 телефонска доступност информација - Објашњење овог индикатора се своди на то да ли пацијент може да добије информације путем телефона и интернета на основу којих ће одлучити да ли да самостално узме лек или да оде у најближу болницу? Закључак истраживања је да лекари опште праксе нису максимално доступни својим пацијентима, те да пацијенти најчешће морају лично или путем телефона да закажу преглед код лекара опште праксе, у првом доступном термину.

8. Прекогранична медицинска нега финансирана из земље пребивалишта - Уколико Република Србија постане чланица ЕУ, и овај критеријум ће бити разматран. Тренутно је овај вид здравствене заштите могућ уколико пацијент по личној иницијативи уплати додатно здравствено осигурање код регистрованог осигуравајућег друштва или Републичког фонда за

здравствено осигурање. Само у изузетним случајевима лечење пацијента се финансира из државног буџета или фонда.⁷⁹

9. Каталог пружалаца услуга са оценама квалитета - Да ли постоје подаци (листинзи) нпр. болница који показују како су пацијенти оценили квалитет одређене здравствене установе? „Каталози” болница са оценама квалитета болница и услуга које пружа, у Републици Србији још увек не постоје.

10. Коришћење електронизованих датотека - Овај индикатор говори о проценту лекара опште праксе који користе компјутере за чување медицинских датотека својих пацијената. Мање од 50% лекара опште праксе користи електронску датотеку пацијената.са развојем информатичког сектора здравствених установа и ова услуга бива све више доступна лекарима.

11. Да ли пацијенти имају могућност заказивања прегледа преко интернета? - Потреба људи за специјалистима је довољно велика да се ова могућност уведе. Међутим, ретке су земље и у ЕУ које познају ову опцију. С обзиром на то, да је генерално слабо распрострањена употреба интернета у овој области, тако готово да и не постоји пракса заказивања прегледа путем интернета.

12. е-Рецепти, односно електронски рецепти - У Републици Србији још увек не постоје само електронски рецепти, него се и даље користе класични. Пацијенти пак, могу од лекара опште праксе да затраже потребне лекове, за које ће лекар издати електронски налог. Ипак, пацијент мора лично у надлежном Дому здравља да дође и преузме папирни рецепт.

Време чекања на третман је посебан део на који треба обратити пажњу. С тога ћемо изложити неколико карактеристика:

1. Приступ породичном лекару истог дана - Овај индикатор захтева одговор на питање: Да ли пацијент може да види свог личног лекара оног дана кад помисли да се не осећа добро? Не постоје објашњења за листе чекања у примарној нези, и не постоји никаква веза између овог индикатора и количине издвојених финансијских средстава, као и количине пружених здравствених услуга. У појединим земљама, чак, постоји обавеза лекара опште праксе да одговори на позиве својих регистрованих пацијената 24 сата дневно, 7 дана у недељи. У Републици Србији постоји могућност да се види изабрани лекар истог дана, али, такође, постоји вероватноћа да пацијент неће остварити то своје право.

⁷⁹ Јовичић К. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања- Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда. Београд. 2014.

2. Директан приступ специјалисти - Ово је један од најспорнијих индикатора, али и упркос томе није избачен из истраживања још од 2005. године. Питање је да ли пацијент може да се обрати специјалисти директно, без упута лекара опште праксе: Могуће је да се пацијент обрати директно специјалисти, без упута, али овакав приступ може бити резервисан само за одређен број специјалиста.

3. Поставља се питање да ли велике неакутне операције могу да се обаве за мање од 90 дана, односно који временски интервал је потребан да прође између постављања дијагнозе и обављања операција уградња бајпаса, протеза колена или кука и сл.? Ово је један од ретких индикатора који показује повезаност са финансијском кризом. Наиме, истраживање је показало да је период чекања на скупље хируршке захвате порастао, нарочито у земљама погођеним кризом. У Републици Србији у више од 50% случајева се мора чекати више од 90 дана на наведене операције.

4. Терапије лечења рака за мање од 21 дана - Од тренутка доношења одлуке да се приступи хемотерапији/зрачењу, који је временски период потребан да прође пре него што се са терапијом заиста и крене? Такође и овај индикатор показује да се на терапије мора чекати више од 21 дана. ЦТ скенер за мање од 7 дана: Као показатељ времена чекања на напредне технологије изабрано је чекање на ЦТ скенер.⁸⁰

10.3. Ниво развијености система здравствене заштите

Сам здравствени систем према својој организационој структури, професионалном, правном и финансијском положају захтева одговарајуће реформе и промене како би се очувало његово функционисање и задовољење потреба пацијената, као и очување сигурности једне од основних људских потреба за право на адекватно лечење. Одговарајућом реформом могу се унапредити постојећа ефикасност и ефективност система здравствене заштите (реформисање унутар здравственог система и унутар здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа), што захтева нови приступ, посебно у начину управљања у оквиру читавог здравственог система и потребу примене метода и модела савременог менаџмента у здравству. Такође, постоји пуно простора у оквиру здравственог система да се развије предузетничка иницијатива и приступ, не само у оквиру приватног сектора здравствене заштите већ и у државном односно јавном сектору. Овакав приступ новом предузетништву и менаџменту у

⁸⁰ Јовичић К. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања- Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда. Београд. 2014.

здравству не захтева значајније инвестиције, нити додатно оптерећење за буџет Републике Србије, већ једноставно промену схватања и поимања здравственог система по угледу на развијене земље у овој области које у томе имају вишедеценијско искуство. Очекивања да ће само унутрашња реформа унапредити целокупни здравствени систем нису реална, јер ће и даље здравствени систем бити велика ставка у буџету Србије и значајан део јавне потрошње. На тај начин ће и даље пратити ниво и интензитет економског развоја националне привреде, што ће условити већа издвајања средстава од плата грађана за потрошњу здравственог сектора, уз смањење БДП-а и генерално лошије позиције грађана. Потребно је залагати се за увођење ефикасног и ефективног менаџмента и у сектор здравства, и третирати га, са разумљивим одређеним специфичностима, као и менаџмент у привредним субјектима, приватног и јавног сектора.

Постојећи здравствени систем Србије формуласан је и правно регулисан у условима свеопште економске кризе, тако да постојеће финансијске могућности не покривају ни делимично потребе овакве поставке система здравства. Као прва мера за покретање и реорганизацију здравственог система Србије намеће се потреба за променом организације начина пословања здравствених установа кроз моделе савременог менаџмента које ће имплементирати и на адекватан начин спровести стручњаци школовани, обучени и тренирани да примене проверене савремене методе и технике менаџмента у здравству које у свету дају позитивне резултате. Установе захтевају професионалце који потпуно разумеју процесе у здравству и организационе проблеме, имају знања и вештине које им омогућавају управљање здравственим установама, јер управо измењене околности смањеног прилива новца, управе (менаџмент) здравствених установа нису препознале нити изнашле нове могућности прибављања средстава за одржавање квалитета пословања.⁸¹

10.4. Улога државе

Здравствени систем у Србији оскудева у средствима и инвестицијама али ипак успева да обезбеди основну услугу грађанима. Држава Србија здравствену заштиту је обезбеђује како кроз државни тако и приватни сектор. Закон о здравственом осигурању Републике Србије регулише обавезно и добровољно здравствено осигурање. Републички фонд за здравствено осигурање је задужен да управља и осигура обавезно осигурање, док добровољно осигурање може бити обезбеђено кроз приватно осигурање. Уставом се гарантује право на здравље и здравствену

⁸¹ Митровић М. Гавриловић А. *Организација и менаџмент у здравственом систему Србије*. FBIM Transactions. Вол.1 Бр. 2. MESTE NVO. SZ & Associates. Toronto. Canada. 2013

заштиту, као основно људско право. То право претпоставља да сви расположиви ресурси друштва буду искоришћени у обезбеђивању доступне, ефикасне и квалитетне здравствене заштите која одговара потребама грађана. Затим држава утиче на развој здравственог система кроз различите пројекте финансиране неретко уз помоћ других земаља. Тренутно је најактуелнији пројекат и то други, под називом „Развој здравства Србије“, регулисан уговором између Републике Србије и Међународне банке за обнову и развој.⁸² Држава инвестирањем у здравствени систем може значајно да га унапреди и побољша, да ли ће и колико у томе успети зависи од солвентности и буџета. Неретко се дешава да државни буџет то не подржава, те је онда пожељно стимулисати иностране фондове да преко одређених пројеката инвестирају у развој здравства.

⁸² „Сл. Гласник РС“ - Међународни уговори бр.6, 12. јун 2018. године

II ТЕОРИЈСКЕ ПОСТАВКЕ О ПРАВИМА ПАЦИЈЕНАТА

1. Појам права пацијената

Права пацијената су права особа или лица које имају потребу за коришћењем здравствене услуге, без обзира на стање свог здравља. Систем здравствене заштите чине три стуба који су уједно носиоци овог система, а то су здравствени радници, пацијенти и осигуравајућа друштва (фондови). Пацијенти су најбројнији, а уједно и најосетљивији део система здравствене заштите јер им од пружених услуга у овом систему зависе здравље и живот. Због тога се заштити људских права пацијената у европском законодавству придаје посебна пажња. Поред законских решења којима се регулишу права пацијената постоје и различити механизми њихове заштите, а то су најчешће стручни и добро информисани здравствени радници, квалитетна здравствена услуга, етички кодекси, независна и ефикасна тела и механизми заштите као што су различити савети и комисије за заштиту права пацијената, заштитници пацијената у здравственим установама, здравствене инспекције, судови, удружења грађана за заштиту права пацијената, информисани и едуковани пацијенти и јавност уопште.⁸³

2. Развој института права пацијената

Права пацијената су једна од подврста људских права (изведених из људских права, односно права на здравствену заштиту), и као таква значајан сегмент савременог друштва. Ако говоримо о људским правима у ширем смислу, не можемо а да не посегнемо у далеку прошлост. Људска права, изворно, стара су колико и људска цивилизација. Од најстаријих времена људи су се борили за свој положај у заједници. Са развојем свести о значају појединца са свим његовим различитостима, развијала се борба и тежња за успостављањем одређених правила, најпре неписаних, која су представљала полазну тачку успостављања права човека као појединца. У том смислу незаобилазна основа су природна права (*ius naturae*), која представљају скуп правила којима се регулише људско понашање.

Човек као индивидуа само је део широке људске заједнице, која временом све више тежи успостављању уређених односа. Људска права у почетку, излазе из правних оквира, који додуше тада ни не постоје, и ослањају се на устаљена понашања, обичаје, веровања, религијска правила,

⁸³ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

уз све јаче утицаје моралних начела. Хобсово (Tomas Hobs) схватање друштвених односа у којима је човек човеку вук престаје да важи јер појединци постају свесни опасности ако услед неприхватљивог понашања буду изопштени из друштвене заједнице. Из страха за сопствени живот људи бирају да живе према моралним начелима и воде бригу о другима. У том правцу, развоја етичких принципа, кретале су се друштвене заједнице. Брига о заједници заменила је бригу о појединцу. Постепено се дошло до нивоа развоја друштва и свести о животу човека, када је било неопходно сачинити правила којих се сви морају придржавати.

Прве покушаје кодификације моралних начела налазимо још у Месопотамији, Персији и другим цивилизацијама тог доба. Може се рећи да је најстарији акт који регулише ову област Хамурабијев законик из око 1780 г.п.н.е.. Важни документи су и религијске књиге Библија, Куран у којима се човек и његов живот сматрају изузетно вредним и најстрожа казна се предвиђа онима који се не држе ових принципа.

Две велике револуције, изнедриле су и два важна документа, и то Америчка револуција – Декларацију независности, а Француска буржоаска револуција – Декларацију о правима човека и грађанина. То су документи који су за своје време представљали скуп савремених и напредних начела усмерених ка даљој демократизацији друштва и друштвених вредности оличених у људским правима. Као последица турбулентних времена и страхота Првог, а нарочито Другог светског рата, од стране Генералне скупштине Уједињених нација усвојена је Универзална декларација о правима човека, која је ударила темеље модерног значења људских права. Сви каснији међународни споразуми, националне повеље о правима и слободама, уставни закони развијених земаља заснивају се на овој декларацији.

Права пацијента су се развијала кроз историју, као и већина других тековина међународног права, кроз међународне уговоре – конвенције, декларације и повеље у светским оквирима и у новије време документа Европске уније и Савета Европе у европском оквиру. Појам права пацијената је развијен из концепта уважавања личности Универзалне декларације о људским правима⁸⁴ (УН, 1948. године) која људима признаје „урођено достојанство“ и „једнака и неотуђива права свих чланова људске породице“ и права на здравље и здравствену негу. Иако Универзална декларација није међународни споразум са правно обавезујућом снагом, има ауторитет и утиче на доношње правно обавезујућих споразума Уједињених нација, а то су: Међународни пакт о грађанским и политичким правима и Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима (право на највиши степен здравља који може да се постигне) и

⁸⁴ Видети опширније на: www.un.org/en/universal-declaration-human-rights

бројни документи. Важно је поменути и: 1) Међународне конвенције о укидању свих облика дискриминације жена (односи се на укидање дискриминације жена у здравственој заштити и право жена из руралних области на приступ здравственим установама), 2) Међународне конвенције о укидању свих облика расне дискриминације (у којој се забрањује расна дискриминација), 3) Конвенције о правима детета (деца имају право на највиши могући степен здравствене заштите) и 4) Међународне конвенције за заштиту права свих радника миграната и чланова њихових породица.

Постоје и документи других међународних организација о правима пацијента који нису правно обавезујући али су значајни у примени моралних и дипломатских притисака на владе држава које крше неке или све од њихових одредаба, као на пример: 1) Декларација из Алма Ате Светске здравствене организације (1978. године) која је била важна за промоцију здравља, 2) Декларација о правима пацијената Светске медицинске организације (1981. године) која се односи на право на повељивост информација и на сагласност пацијента и 3) Декларација о здравственој заштити оријентисаној ка пацијенту Интернационалне алијансе организација пацијената (2006. године) која представља интересе удружења пацијената у системима здравствене заштите кроз укључивање пацијента на свим нивоима на којима се доносе одлуке, посебно када се те одлуке тичу њиховог здравља и начина живота.

Треба споменути и: Универзалну декларацију о биоетици и људским правима УНЕСКО-а из 2005. године, Етичке принципе за медицинска истраживања која укључују људске субјекте, Отавску декларацију о правима детета на здравствену заштиту Светске медицинске асоцијације из 1964., односно 1998. Године и Принципе права пацијента у Европи Светске здравствене организације из 1994. године.⁸⁵

У европским оквирима главни стандарди који штите људска права у систему здравствене заштите су обавезујућа документа Европске уније као и документа Савета Европе и цивилног сектора. Савет Европе је у циљу остваривања основних личних и демократских права и слобода у Европи донео неке од најважнијих докумената и успоставио Европски суд за људска права као део сталног система правне заштите. Две године након доношења Универзалне декларације о људским правима, донета је и Европска конвенција о људским правима⁸⁶ (1950. године) чије су потписнице све државе чланице, потом је донета Европска социјална повеља⁸⁷ (1961. године) која је водећи регионални инструмент за економска и социјална права за чије остваривање је

⁸⁵ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

⁸⁶ European Convention on Human Rights - European Court of Human: www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.

⁸⁷ The European Social Charter-Conseil de l'Europe: www.coe.int/en/web/european-social-charter

надлежан Европски комитет за социјална права кроз извештаје држава и колективне жалбе. За остваривање права пацијента од нарочите важности је Конвенција о људским правима и биомедицини⁸⁸ која обавезује све државе које су је ратификовале да поштују и штите хуману суштину људског бића у случајевима сукоба са научним достигнућима и истраживањима који би могли злоупотребити сазнања из области биомедицине.⁸⁹

2.1. Правни основ за развој права пацијената

Свака особа којој затреба медицинска нега, може да оствари своја права, при том не само у контексту пацијента већ и права која се тичу очувања најдрагоценијих људских добара а то су живот и здравље. Ту се мисли о поштовању основних људских права која се примењују на област здравствене заштите, како права на лечење тако и права на избор медицинског третмана. Они који пружају здравствену заштиту када уважавају права пацијената показују колико поштују вољу и личност пацијента. На тај начин се ствара узајамно поверење у односу пацијент-здравствени радник. То узајамно поверење представља основ за квалитетну сарадњу која је суштина поштовања права пацијената. Поверење у оваквом односу, такође и у смислу индивидуалних права, је изузетно важно и када се говори о комплекснијим активностима пацијената, као што су учешће у медицинским истраживањима, давалаштво крви и органа за друге пацијенте и слично. Заштита здравља и људска права су тесно повезани, што бива још више наглашено уколико људска права појединца могу бити компромитована као последица учешћа у нано-медицинским истраживањима. Стога је потребно заштитити пацијента и његову слободну и хуманистичку природу.⁹⁰

О правима пацијената говоре различите уредбе уставног, грађанског, кривичног као и радног права. Утемељење основних права пацијената препознаје се, као што је већ наведено, у уставним прокламацијама. На првом месту се налазе телесна неповредивост и самоодређење индивидуе, као најважније право. Гарантовано право на људско достојанство има преимућство над вољом појединца којој се забрањује да користи принуду над осталим појединцима. Данас се можда и највише говори о људском праву на самоопредељење које обухвата сва лична права. Према ова два наведена као најважнија права, може се уочити да устав није вредносно неутралан већ да су поједина права изнад других. Наиме, Уставом се гарантује да се људска права штите и да се индивидуалност свакога развија. Ове основне уставоправне поставке су

⁸⁸ Конвенција о људским правима и биомедицини: ravnopravnost.gov.rs/.../images_files_Konvencija_ljudska_prava

⁸⁹ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

⁹⁰ Мујовић-Зорнић Х. и сарадници. *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*. Београд. Институт за друштвена истраживања. 2010.

основ за даљи развој и диференцијацију права. Права почивају на чињеници да човек од свог настанка има право на сопствену вредност, слободу и равноправност, изнад којих на највишој позицији стоји достојанство као највиша хуманистичка вредност. Поред наведених права или се може рећи да из њих истиче и право на заштиту здравља које се помиње још од половине прошлог века. У име принципа једнаког и слободног приступа свакој особи ово право доноси приступ здравственој заштити која јој је потребна. Право на најпримеренију здравствену негу се подудара са правом на заштиту здравља. У законодавном смислу то представља осваривање права на приступ здравственој заштити која треба да одговара апсолутим потребама пацијента и која обавезује лекара да пронађе најефикаснији третман у лечењу пацијента.⁹¹

У оквиру уговорне везе штите се, омогућавају и остварују права пацијента. Пацијенту припада право на самоодређење, избор лекара и обавештеност. Кривични закони, у односу на Устав и грађанскоправни оквир, у мањој мери садрже одредбе које се односе на права пацијената. Углавном се тичу лекарске тајне и телесне неповредивости, где уколико дође до повреде ових права следи санкционисање. Ове одредбе се тичу права пацијената само у наведеним ситуација док се већим делом односе на права и дужности здравствених радника.⁹²

Права пацијената према правној природи афирмишу се из личних права. Лично право пацијента обухвата и однос лекара и пацијента, и утврђује уговорну и законску везу између ове две стране, обезбеђујући на тај начин простор слободног избора и одлучивања за пацијента. Правно диференцирање односа између пацијената и лекара кроз законе, правилнике, прописе и друге акте представљају чин међусобног развоја права о здравственој заштити и осигурању. Поједина права се везују само за медицинске третмане и услуге, друга права проистичу из међународних правних аката, опет трећа се тичу процедуре лечења. Стога се не може говорити о правима пацијената као једнообразној творевини већ та права треба поделити у три групе: право на аутономију, право на тајност и право на транспарентност. Традиционално је медицинским третманом сматран само поступак који има терапијски значај, при чему живот, здравље и интегритет пацијента су од најистакнутије важности. Савремена концепција упућује на то да појам медицинска делатност добија шире значење. Здравствена услуга више не обухвата само очување живота и очување здравља већ и тежњу да се одговори на потребе и разумне захтеве пацијента.

⁹¹ Мујовић-Зорнић Х. и сарадници. *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*. Београд. Институт за друштвена истраживања. 2010.

⁹² Исто

Основ права пацијената чини самопредељење, односно слобода да свако доноси самостално одлуке о свом здрављу, животу и телу. Може се схватити и као елементарно право сваког појединца на изражавање мишљења и воље о медицинским третманима којима се подвргава. На тај начин сваки пацијент добија аутономију у односу са лекаром и постаје активни учесник у сопственом лечењу. Након потврђивања овог права, могу се издвојити и следећа⁹³:

- 1) *Право на здравствену заштиту* - Овим правом се гарантује да ће све здравствене установе бити сваком грађанину лако доступне и да се њихове услуге могу користити у сваком тренутку када је то потребно;
- 2) *Слободан избор здравствене установе* - Пацијенти имају могућност избора у којој ће се здравственој установи лечити и ког ће лекара одабрати;
- 3) *Достојанствен третман* - Сваки пацијент мора бити третиран као људско биће које апсолутно заслужује медицинску пажњу и негу.
- 4) *Обавештеност* - Пацијента треба упознати са свим информацијама које се тичу његовог здравственог стања, начина лечења и потенцијалних исхода. Свако обавештење пацијента треба да буде формулисано на њему разумљив начин.
- 5) *Приступ медицинским подацима* - Пацијенти имају право приступа својим подацима из здравственог картона. Такође, могу од лекара да траже информације о свом здравственом стању. Медицинска документа се чувају до 10 година у здравственим установама.
- 6) *Пристанак уз пуну информисаност* - Третман лечења захтева од лекара да добије сагласност од пацијента. Поред тога, пристанак мора бити добровољан уз све предочене могућности исхода лечења, пацијент мора бити способан да самостално доноси одлуке. Када је реч о мањим интервенцијама пристанак може бити усмен, док уколико је реч о комплекснијим операцијама пристанак мора бити у писаној форми.
- 7) *Давање изјава унапред* - Пацијент има право да искаже своју вољу о лечењу унапред, давањем налога. Ову изјаву пацијент даје уколико постоји могућност да током или након медицинског третмана пацијент изгуби способност одлучивања.
- 8) *Одбијање медицинског третмана* - Уколико је способан за самостално доношење одлука, пацијент има право да пре или током лечења одбије медицински третман, чак и када се том интервенцијом може спасити његов живот, јер не сме бити присиле током лечења. Одбијање третмана мора бити у писаном облику.
- 9) *Напуштање здравствене установе* - Пацијент може да напусти установу у којој се лечио у било ком тренутку уколико не представља опасност по друге људе. Лекару саопштава своју одлуку и даје писмену изјаву о томе.
- 10) *Поверљивост података* - Лекар или здравствена установа не смеју да учине доступним личне и здравствене податке другим лицима без сагласности пацијента. Подаци се чувају у тајности и након смрти пацијента.

⁹³ Мујовић-Зорнић Х. и сарадници. *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*. Београд. Институт за друштвена истраживања. 2010.

11) Достојанствена смрт. С обзиром на то да пацијент има право да у било ком тренутку одбије лечење чак и оно које му продужава живот, има право и да одабере смрт иако постоји могућност даљег третмана. Ово право може да оствари уколико болује од неизлечиве болести и 12) *Подношење жалбе* - Пацијент има право да уложи приговор уколико није задовољан медицинским третманом или уколико није испоштована његова воља у процесу лечења. Право на жалбу обавезује здравствене установе да поступају према законским одредбама које се односе на жалбену процедуру. Треба да образују орган за примање, обраду и решавање жалби.⁹⁴

Диференцијација права пацијената изражена је у Закону о правима пацијената, што ће бити детаљније приказано у наставку дисертације као и током анализе.

2.2. Институција заштите права пацијената

С обзиром на то да су Законом о правима пацијената („Службени гласник РС“ број 45/13) дефинисана 19 права пацијената међу којима постоје она која су сродна или произилазе једна из других, за потребе истраживања утицаја испуњености права пацијената на унапређивање здравствене заштите, дефинисана права ће бити посматрана кроз групе од којих сваку чине сродна или међусобно условљена права. Права пацијената су подељена у пет група и то:

1. Група права пацијената у погледу начина пружања здравствене заштите коју чине: Право на доступност здравствене заштите, Право на квалитет пружања здравствене услуге, Право на превентивне мере, Право на безбедност пацијента, Право на олакшавање патњи и бола, Право на поштовање пацијентовог времена
2. Група права пацијената у погледу поступања са информацијама од значаја за пацијента коју чине: Право на информације, Право на обавештење, Право на увид у медицинску документацију, Право на друго стручно мишљење
3. Група права пацијената у погледу одлуке о начину лечења коју чине: Право на слободан избор, Право на пристанак, Право пацијента да на сопствену одговорност напусти стационарну здравствену установу, Право пацијента који учествује у медицинском истраживању
4. Група права пацијената у погледу безбедности информација коју чине: Право на приватност и поверљивост, Право на поверљивост података о здравственом стању пацијента

⁹⁴ Мујовић-Зорнић Х. и сарадници. *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*. Београд. Институт за друштвена истраживања. 2010.

5. Група права пацијената која се односе на децу пацијенте а коју чини Право детета у стационарним здравственим установама

Група права пацијената у случају нежељених исхода коју чине: Право на приговор, Право на накнаду штете, Право на жалбу. Побројана права пацијената су образложена, помињана и анализирана на више места у раду. Стога је корисно део који следи посвећен оним правима која су често скрајнута односно, правима која постоје али се не налазе у поменутих групама. Поред ових наведених пацијенти имају право и на продужену рехабилитацију, право на медицинска помагала, право на кућно лечење, и право на накнаду зараде током болести.

Право на продужену рехабилитацију

Рехабилитација се спроводи ради побољшања или враћања изгубљене или оштећене функције тела која је настала као последица болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције. Медицинска рехабилитација обухвата кинезитерапију и све видове физикалне, окупационе терапије и терапије гласа и говора, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала. Овај вид медицинског третмана обезбеђује се у амбулантно-поликлиничким и болничким условима, када је оправдана и неопходна за унапређење здравственог стања пацијента. Рана рехабилитација у стационарним здравственим установама – болницама обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Законом је дефинисано да се осигураним лицима обезбеђује рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани наставак лечења и рехабилитације, у оквиру индикационог подручја, уколико се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити једнако ефикасно у оквиру болничког лечења.⁹⁵

Право на медицинско-техничка помагала

Пацијентима се обезбеђују медицинско-техничка помагала, која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих. Ова помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција и самосталан живот, заправо спречавају погоршање здравственог стања. Помагала која

⁹⁵ Закон о здравственој заштити (“Службени гласник РС“ бр. 25/2019)

пацијентима/осигураним лицима обезбеђује Републички фонд на терет средстава буџета су: протетичка средства (протезе); ортотичка средства (ортозе); посебне врсте помагала и санитарне справе; очна помагала (наочаре, контактна сочива и друго); слушна помагала (слушни апарати); помагала за омогућавање гласа и говора.⁹⁶

Право на кућно лечење

Кућно лечење настало је због здравствених потреба пацијената, који су оболели од активне прогресивне болести која им угрожава живот, или су због хроничне болести непокретни, те им је неопходна одређена здравствена услуга у кућним условима. Оно није замена за болничко-рехабилитациону здравствену заштиту. Служба кућног лечења и неге је самостална служба у оквиру дома здравља или организована у оквиру службе за здравствену заштиту одраслог становништва.⁹⁷

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Ово право остварује пацијент који је: привремено спречен за рад услед болести или повреде ван рада; привремено спречен за рад услед професионалне болести или повреде на раду; привремено спречен за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће; привремено спречен за рад због прописане мере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини; привремено спречен за рад због неге болесног члана уже породице, под законом дефинисаним условима; привремено спречен за рад због добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви; привремено спречен за рад, јер је одређен за пратиоца болесног осигураног лица упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место, односно док борави као пратилац у стационарној здравственој установи, у складу са општим актом Републичког фонда.⁹⁸ Мишљење и оцену привремене спречености за рад, на основу медицинске документације даје стручна комисија, по основу овлашћења Републичког фонда. У моменту наступања привремене спречености за рад, осигураном лицу припада накнада из средстава обавезног здравственог осигурања.

Заштита ових и свих других права пацијената дефинисана Законом о правима пацијената остварује се кроз две институције. Успостављена је институција Саветник за заштиту права пацијената који уз дата овлашћења има низ обавеза и права међу којима је најважнији заштита пацијента и његових права. Поред Саветника, заштити права пацијената доприноси и Савет за здравље. Друга институција је Заштитник права осигураних лица.

⁹⁶ Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“ 25/2019)

⁹⁷ Исто

⁹⁸ Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“ 25/2019)

2.3. Саветник за заштиту права пацијената

Послове Саветника за заштиту права пацијената обавља дипломирани правник са положеним стручним испитом за рад у органима државне управе, са најмање три године радног искуства у струци и познавањем прописа из области здравства. Саветник пацијената обавља послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези са правима пацијената. Између осталог може обављати послове за више јединица локалне самоуправе. Одлуку о организовању, финансирању и условима рада саветника пацијената, у складу са потребама пацијената и капацитетима здравствене службе на територији јединице локалне самоуправе, доноси надлежни орган јединице локалне самоуправе. Саветник пацијената има службену легитимацију, којом се идентификује приликом доласка у здравствену установу, приватну праксу, организациону јединицу високошколске установе здравствене струке која обавља здравствену делатност и друго правно лице које обавља одређене послове из здравствене делатности. Здравствена установа, приватна пракса и правна лица дужни су да на видном месту истакну име и презиме саветника пацијената, радно време као и адресу и број телефона на које се пацијент може обратити ради заштите својих права.⁹⁹

У циљу ефикасног рада саветника пацијената, здравствена установа, приватна пракса и правна лица дужни су да саветнику пацијената, у присуству здравственог радника, омогуће увид у медицинску документацију пацијента, која је у вези са наводима изнетим у приговору. Здравствена установа, приватна пракса и правна лица обавезни су да, на захтев саветника пацијената, у поступку по приговору, без одлагања, а најкасније у року од пет радних дана, доставе саветнику пацијената све тражене информације, податке и мишљења. Пацијент, односно његов законски заступник, приговор може поднети саветнику пацијената писмено или усмено на записник. Тада саветник пацијената одмах, а најкасније у року од пет радних дана од дана подношења приговора, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору. Након утврђивања свих релевантних чињеница и околности, саветник пацијената сачињава извештај, који одмах, а најкасније у року од три радна дана, доставља подносиоцу приговора, руководиоцу организационе јединице и директору здравствене установе, односно оснивачу приватне праксе. Директор здравствене установе,

⁹⁹ Закон о правима пацијената („Сл. гласник РС“, бр. 45/2013)

односно оснивач приватне праксе, обавезан је да у року од пет радних дана од добијања извештаја саветника пацијената, достави саветнику пацијената обавештење о поступању и предузетим мерама у вези са приговором. Подносилац приговора, који је незадовољан извештајем саветника пацијената може се, у складу са законом, обратити Савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран.

Саветник пацијената доставља месечни извештај о поднетим приговорима директору здравствене установе, ради његовог информисања и предузимања одређених мера у оквиру његове надлежности. Поред тога, доставља тромесечни, шестомесечни и годишњи извештај Савету за здравље. Министар надлежан за послове здравља прописује начин поступања по приговору, образац и садржај записника и извештаја саветника пацијената, у року од три месеца од дана ступања на снагу закона.¹⁰⁰

Савет за здравље образован у јединици локалне самоуправе, у складу са законом којим се уређују јединице локалне самоуправе, поред задатака утврђених статутом, односно одлуком јединице локалне самоуправе, обавља и одређене задатке из области заштите права пацијената, и то: 1) разматра приговоре о повреди појединачних права пацијената на основу достављених и прикупљених доказа и утврђених чињеница; 2) о утврђеним чињеницама обавештава подносиоца приговора и директора здравствене установе, односно оснивача приватне праксе на коју се приговор односи и даје одговарујуће препоруке; 3) разматра извештаје саветника пацијената, прати остваривање права пацијената на територији јединице локалне самоуправе и предлаже мере за заштиту и промоцију права пацијената; 4) подноси годишњи извештај о свом раду и предузетим мерама за заштиту права пацијената надлежном органу јединице локалне самоуправе, као и министарству надлежном за послове здравља, а на територији Аутономне покрајине и органу управе надлежном за послове здравља.

Савет за здравље поред представника локалне самоуправе, чине и представници удружења грађана из реда пацијената, здравствених установа са територије јединице локалне самоуправе, као и надлежне филијале Републичког фонда за здравствено осигурање.

2.4. Заштитник права осигураних лица

Заштитник права осигураних лица је службеник Републичког фонда за здравствено осигурање који осигураницима пружа помоћ за лакше и брже остваривање својих права из здравственог

¹⁰⁰ Закон о правима пацијената („Сл. гласник РС“, бр. 45/2013)

осигурања. Заштитник права осигураних лица пружа савете, информације, стручну и техничку помоћ ради лакшег остваривања права на здравствену заштиту и остала права из обавезног здравственог осигурања. Права из здравственог осигурања утврђена су Законом о здравственом осигурању и обухватају: 1) Право на здравствену заштиту која се пружа у здравственим установама, 2) Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника и 3) Право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите.

Заштитнику осигураника можете поднети пријаву о повреди права из здравственог осигурања. О примљеној пријави поступа у циљу утврђивања чињеница. Заштитник осигураника доставља писани одговор одмах, а најкасније у року од пет дана од подношења пријаве. Осигурана лица се најчешће обраћају заштитнику права осигураних лица због проблема у заказивању специјалистичко-консултативних, односно дијагностичких прегледа. У наведеним случајевима, поступањем заштитника, осигураним лицима је омогућено остваривање права на преглед у року утврђеним Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, односно у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи.¹⁰¹

2.5. Права пацијената и механизми за њихово испуњавање

Права пацијената су саставни део како система здравства тако и законодавстава. До успостављања законске регулативе у смислу доношења Закона о правима пацијената¹⁰², пацијенти су имали правни основ да остваре своја права према одредбама Закона о здравственој заштити. Иако је доношењем Закона већина проблема које могу оптеретити пацијенте постала формално решива, ипак и даље постоје потешкоће које се могу уклонити уколико се унапреди здравствени систем. Одавде произилази следеће, да је развијање здравственог система немогуће без развоја законодавног система и унапређења технологије, како би закони који постоје „на папиру“ постали применљиви онда када постоји начин да се остваре, односно уколико постоји институционално устоличење права и персонални кадар који ће омогућити пацијентима оно што је Законом нормирано.

Уставом загарантована права – неповредивост живота и тела, физички и психички интегритет, поштовање људског достојанства, уважавање приватности, право на здравствену

¹⁰¹ Извештај о раду заштитника осигураних лица за 2018. годину, објављен на интернет страници Републичког фонда за здравствено осигурање. Видети више на:

<https://www.rfzo.rs/download/pravilnici/zastitaprava/Izvestaj%20o%20radu%20zastitnika%20za%202018.%20godinu.pdf>

¹⁰² Закон о правима пацијената („Сл. гласник РС“, бр. 45/2013)

заштиту (што подразумева једнак и континуирани приступ здравственим услугама у складу са законом и стандардима квалитета), као и право на приговор или притужбу – изискују обезбеђивање адекватног механизма за њихову заштиту. Пацијенти у Србији најчешће нису информисани о својим правима, или су у тако слабој позицији да немају довољно знања о систему здравствене заштите или материјалних средстава да би могли да се изборе за остварење својих права. Управо ове чињенице указују на значај успостављања механизма институционалне заштите права пацијената, који треба да помаже пацијентима у остваривању и заштити њихових права, али истовремено и да доприноси побољшању укупне здравствене заштите.

Законом о правима пацијената је на нов начин уређена заштита права пацијената. Овим законом прописана је обавеза локалне самоуправе да обезбеђује заштиту права пацијената одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената и образовањем савета за здравље. Јединице локалне самоуправе биле су у обавези да у року од шест месеци од ступања на снагу овог закона (2013), организују рад и обезбеде услове и финансијска средства за рад саветника за заштиту права пацијената и савета за здравље. Законом је прописано да протеком овог рока престаје да важи одредба Закона о здравственој заштити¹⁰³, којом је било уређено право на приговор, односно рад заштитника пацијентових права – претходне институције у механизму заштите права у овој области, који је уведен законом још 2005. године. Оваквим решењем заштита права пацијената измештена је из здравствене установе у јединицу локалне самоуправе, уз истовремено обезбеђивање веће самосталности и објективности одговорног лица за поступање по приговору пацијента.

Ради што квалитетнијег информисања о стварном стању у области заштите права пацијената и суштинског поступања у складу са законом, у периоду од октобра 2014. до маја 2015. године спроведена је обука за саветнике за заштиту права пацијената и чланове локалних савета за здравље. Након 2014. године пацијентима се осигурава двострука заштита њихових права, увођењем заштитника права осигураних лица. Наиме, саветника за заштиту права пацијената финансира општина, а заштитника права осигураних лица Републички фонд за здравствено осигурање. Радом дотадашњих заштитника, пацијенти често нису били задовољни, јер су углавном били под утицајем руководиоца здравствених установа, с обзиром да су били запослени у матичној установи.

Уколико пацијент сматра да му је одређено право угрожено, може да се обрати саветнику за заштиту права пацијената који се налази у просторијама општине и заштитнику права

¹⁰³ Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015)

осигураних лица у здравственим установама.¹⁰⁴ Саветник за заштиту права пацијената обавља послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези с правима пацијената. Саветник може обављати послове за више јединица локалне самоуправе. Подносилац приговора, који је незадовољан извештајем саветника за заштиту права пацијената, може се обратити савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран. Саветник пацијената доставља месечни извештај о поднетим приговорима директору здравствене установе, ради његовог информисања и предузимања одређених мера у оквиру његове надлежности, а тромесечни, шестомесечни и годишњи извештај доставља савету за здравље. Савет за здравље обавља одређене задатке из области права пацијената, прецизније: разматра приговоре о повреди појединачних права пацијената, о утврђеним чињеницама обавештава подносиоца приговора и здравствену установу и даје одговарајуће препоруке. Он, такође, разматра извештаје саветника за заштиту права пацијената, прати остваривање права пацијената и предлаже мере за заштиту и промоцију права пацијената. Савет подноси годишњи извештај о свом раду и предузетим мерама надлежном органу јединице локалне самоуправе, Министарству здравља и органу покрајинске аутономије надлежном за послове здравља. Ради информисања и остваривања потребне сарадње, овај извештај савет доставља и Заштитнику грађана.

Законом о правима пацијената прописано је да заштиту права осигураног лица обезбеђује и организација здравственог осигурања код које је то лице здравствено осигурано. Начин и поступак заштите права из здравственог осигурања својим општим актом ближе одређује организација здравственог осигурања. Правилником о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање уређени су начин и поступак рада заштитника права осигураних лица.¹⁰⁵ Уколико пацијент није задовољан помоћи добијеном од заштитника или саветника, даље се може обратити и Инспекцији Министарства здравља. Незадовољство, услед одлуке донете од стране Министарства, пацијент може преточити у тужбу и упутити је надлежном суду.

¹⁰⁴ Двострука заштита пацијената, www.rts.rs/dvostruka-zastita-pacijenata.html

¹⁰⁵ Јанковић.С. *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама*. Заштитник. Београд. 2016.

III. ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА У УПОРЕДНОМ ПРАВУ

Сваки од здравствених система земаља света на различите начине третирају и примењују појам пацијентових права. Многе европске земље су убрзо по доношењу Декларације о промоцији права пацијената 1994. године, на националном нивоу регулисале права пацијената кроз законске акте и повеље донете са циљем заштите основних права пацијената, док су неке земље већ имале посебне законе којима су регулисале права пацијента. Једна од тих држава је Финска која је 1992. године прва донела такав закон, док је Уједињено Краљевство на основу повеље донело истоимени документ 1991.године. Од Европских земаља је Холандија 1994. године прва донела Закон о медицинском третману којим је унела измене у Грађанском закону, а којим се однос између лекара и пацијената регулише уговором.

1. Примери добре праксе у области заштите права пацијената

Земље попут Естоније, Литваније и Словачке су према примеру Холандије здравствене услуге регулисале кроз законе који су имплементирани у Грађански закон. Законску регулативу о правима пацијената донеле су следеће земље: Литванија 1996. године, Исланд, Латвија, Мађарска, Грчка 1997. године, Данска 1998. године, Норвешка 1999. године, Грузија 2000. године, Естонија 2001. године, Француска, Белгија, Аустрија 2002. године, Швајцарска, Румунија 2003. године, Кипар, Хрватска, Бугарска 2004. године, Словенија 2008. године, Федерација БиХ, Црна Гора 2010. године, Немачка 2013. године. У неким земљама су донете Повеље о правима пацијената, у неким се ова права регулишу на основу повеље и закона, док се у другим земљама ова права регулишу искључиво кроз законе о правима пацијената. У неким земљама су права пацијената регулисана кроз одредбе различитих закона као што су на пример, Закон о здравственој заштити, Закон о заштити личних података и други.¹⁰⁶ Упоредно право се односи на компаративну анализу права пацијената у другим земљама. Законодавство Републике Србије је према угледу на развијене земље попут Холандије, Немачке, Француске, Италије и других, модификовало решења предвиђена раније Законом о здравственој заштити, а касније Законом о правима пацијената и прилично широким опсегом обухватило знатну већину права која се препознају и у законима поменутих држава. Ове земље су одабране према јасним

¹⁰⁶[www.parlament.gov.rs > files > lat > doc > istrazivanja](http://www.parlament.gov.rs/files/lat/doc/istrazivanja)

критеријумима, пошло се од оних земаља чија су решења карактеристична и функционално успешна. У Европској унији још увек није успостављена наднационалност у области здравства. Непостојање наднационалности значи да се одлуке о овој области не доносе на нивоу Европске уније, односно кроз Европску комисију, Савет Европске уније и Европски парламент, већ су доминантно остављене у надлежности држава чланица. Разлог због ког заједничка политика није успостављена је првенствено финансијске природе, потекао из неравномерне развијености држава чланица, те је на основу тога свакој држави омогућено да ову област уреди онако како сматра да је најбоље, а са циљем испуњавања заједнички постављених стандарда и у оквиру сопствених могућности.¹⁰⁷ Важно је напоменути да ни развијене земље немају универзални закон о правима пацијената кога се све укупно придржавају, већ је свака појединачно оформила своје зависно од свог унутрашњег уређења и структуре. Упознавање са искуствима европских земаља је значајно јер помаже у сагледавању постојећег стања и проблема у функционисању целокупног здравственог система али и посебног његовог дела који се тиче права пацијената. Међутим, оно што постоји у домену здравства и здравствене заштите је механизам сарадње који омогућава државама, групама грађана, појединцима да заједно делују у погледу успостављања заштите права пацијената. Логика овог потеза се огледа у томе да је једна од основних слобода Европске уније, слобода кретања, која је првенствено економски постављена и базирана на кретању радне снаге, поставила сама по себи и захтев да сваки грађанин ЕУ без обзира на то где се налази има поједнако право на исту здравствену услугу као и држављанин државе у којој се услуга захтева и пружа. Управо је овај, у почетку економски аспект развоја интеграција, омогућио иницијативу и усвајање Европске повеље о правима пацијената у Риму 2002. године, која је допринела да се 14 права пацијената која се у њој налазе, универсализују и да у европском законодавству освоје једнаку важност као и основна политичка, економска, социјална и културна права.

Недостатак заједничке политике и јединственог деловања овим путем је надокнадило приближавање и уједначавање стандарда и захтева у сврху интереса свих грађана свих држава чланица Европске уније. У том контексту државе чланице Европске уније су дужне да унесу права пацијената гарантована Европском повељом у своје законодавне системе и да их самостално или уз помоћ Комисије, а тамо где је то потребно, примене. На овај начин се постиже да се унутар различито уређених националних законодавстава у овој области оствари одређен степен уједначености у погледу захтева за заштитом права пацијената, са циљем

¹⁰⁷Платформа за успостављање ефикасног и одрживог механизма заштите права пацијената. Фондација за отворено друштво Србије. Правни скенер. 2013.

постизања сигурности у оквиру створеног заједничког европског простора. Такође је једна од тежњи и да се исте гаранције обезбеде и државама које тек долазе непрекидним процесом проширења.¹⁰⁸

3.1. Права пацијената у Холандији

Земља у којој је програм подршке пацијентима најзаступљенији је засигурно Холандија. Прва је била у доношењу Закона о правима пацијената, делимично и захваљујући различитим организацијама и групама грађана, окупљеним у један друштвени Савез који у свом деловању добија подршку државе. Својим деловањем добротворна установа „Повереништво за пацијенте“ поставља темељ 1981. године у систему здравствене заштите. Ова установа удружена са болницом именује пацијентове поверенике који саветују пацијенте и помажу им при остваривању њихових права. Уговором између Повереништва и болнице, утврђују се надлежности пацијентових повереника. У те надлежности спадају право повереника да у било које време посети било које одељење и разговара са сваким пацијентом, прибављање свих информација потребних за рад повереника, одговара на питања и жалбе пацијената и решава их. Повереник има право увида у медицинску документацију, али је мора држати у најстрожој тајности. Уз повереника јача се положај пацијената, мада тај положај још више јача када се удружи више организација чије је деловање усмерено на заштиту пацијената. Такви савези се формирају на националном и регионалном нивоу. Грађани су се прво организовали у групе за самопомоћ, касније када су те групе постале знатно бројније (400 група) удружиле су се у савезе (40 савеза), а потом су донели одлуку да се све групе удруже и постану Покрет пацијената. Касније долази до спајања организација пацијената и организација потрошача у Холандски савез пацијената и потрошача. Овај Савез броји 2,5 милиона грађана (15% од укупног броја становника), те на основу тога има одређену политичку тежину и ужива подршку државних органа, посебно Министарства здравља који одваја део буџетских средстава за финансирање ове организације. Међутим, потребно је да пацијенти имају посебно своје заступнике, такође се инсистира на сарадњи са лекарским коморама и фондовима за здравствено осигурање.¹⁰⁹

Поједини акти који регулишу третман и негу коју пацијенти морају да добију су: Устав Холандије; Закон о споразуму о лечењу; Закон о посебном пријему у психијатријске болнице;

¹⁰⁸Платформа за успостављање ефикасног и одрживог механизма заштите права пацијената. Фондација за отворено друштво Србије, Правни скенер. 2013.

¹⁰⁹ Радишић. Ј. Помоћ пацијентима у остваривању њихових права: Западна Европа као узор Србији. Југословенско удружење за медицинско право. Београд. 2004.

Закон о надзору; Постоји могућност за подношење законских тужби од стране пацијената путем права на жалбу од стране клијената Сектора заштите. Коначно, постоји и Закон о праву на учешће клијената у установама за негу. Изнад свега стоји холандски Устав, којим се гарантује право на самоопредељење. Ово право одступа од идеје о слободном, независном људском бићу које жели да одреди свој живот. Више је фокусирано на друге вредности, као што су лична слобода, независност, људско достојанство и једнакости. У здравству, међутим, самоодређење добија ново значење због медицинског, научног, технолошког и бирократског развоја. Пошто су људи све више зависни у систему здравствене заштите (лекар је постављен у виши положај због своје стручности и знања док су у том односу пацијенти инфериорни и постављени у нижи положај јер очекују одлуку лекара), све је теже остварити права гарантована законодавством.

Афирмација права на самоопредељење може се добити у систему здравствене заштите у контексту бриге и неге, уколико се зависи од других. Зато је уравнотеженији однос између лекара и пацијента пресудан. С друге стране, самоопредељење значи и преузимање сопствене одговорности. У домену здравствене заштите, овим може остати нејасно ко је одговоран за поједине одлуке. Стога се може констатовати да је право на самоопредељење релативно. У неким околностима јавни интерес захтева приоритет над индивидуалним интересима, што може ограничити право на самоопредељење. Ово се дешава, на пример, у случају присилног пријема у психијатријску болницу из разлога безбедности, како пацијента тако и шире заједнице.

Важно право које произилази из принципа самоодређења је право на избор пружаоца здравствене неге. Пацијент бира здравствену установу и лекара и то представља први корак у започињању лечења, и успостављање везе између пацијента и лекара. Пацијент одлучује да ли ће и када да оконча овај однос. Права и обавезе се односе и на пружаоце услуга и на пацијента, и обавезујући су за обе стране. Регулисани су Законом о лечењу¹¹⁰ који је ступио на снагу 1. априла 1995. године. Законом се утврђују одговорности пацијената и пружалаца услуга. Иако је пружалац здравствених услуга одговоран за садржај услуга и све ризике који су укључени, на пацијенту је да се сложи са препорученим начином лечења и терапијом. Лечење се може започети само уз пристанак пацијента. Пацијент има право да одбије терапију или потражи алтернативни начин лечења. Пружалац мора прихватити пацијентову одлуку у оба ова случаја. На пример, чак и ако пацијент одбије третман лечења, лекару није дозвољено да прекида текући клинички однос са пацијентом.

¹¹⁰ Patients' Rights (Care Sector) Act | Regulation | Government.nl. Видети више на: <https://www.government.nl › regulations › 2010/11/12>

Осим тога, пацијент може да повуче сагласност за одређену терапију у било које време. У том случају лекар мора да заврши терапију што је пре могуће, и то на одговарајући начин. Експлицитни пристанак за лечење није увек неопходан. Понекад пацијент посећује лекара са одређеним циљем. Дobar пример за то је пацијент који посећује лекара опште праксе ради вакцинисања против грипа. Лекар опште праксе, у овом конкретном случају, није обавезан да тражи пристанак пацијента. Поменути пример је могућ само уколико су грађани једне земље у обавези да се вакцинишу против одређених болести, тада није потребан додатни пристанак пацијента. Међутим, ако се ради о сложенијој процедури, изричита сагласност пацијента је неопходна. Сагласност се може дати усмено, међутим, пружаоци здравствених услуга су обавезно да сагласност или пристанак приложе у медицинској документацији.

Како би се одлучио о врсти терапије, пацијента је потребно информисати о његовој болести, начину лечења и ризицима, могућим нуспојавама, изгледима за успех лечења и о врстама алтернативне терапије. Пружаоци здравствених услуга су дужни да представе све обавезне информације на начин који је разумљив за пацијента. Када се узму заједно, пристанак и информације су основа концепта информисаног пристака: нема терапије без пристака. Закон о лечењу обавезује пружаоце здравствених услуга да предочавају поуздане медицинске податке о пацијентима. Медицински запис мора садржи све детаље везане за терапију пацијента: историју болести и физичко стање, дијагнозу, резултате медицинских тестова, третман и друго. Пацијент има неограничено право увида у лекарски картон. Штавише, на захтев пацијента издаје се копија било ког дела медицинске документације. Медицинска документација мора да се чува десет година. Оваква медицинска политика и процедура вођења евиденције омогућавају пацијенту да провери шта се догодило током лечења и у одређеном току третмана, као и да утврди да ли је у складу са претходним договором. Медицинска документација такође пружа важне информације уколико пацијент или његова породица нису задовољни лечењем, и поднесу жалбу. Лични подаци о пацијентима морају се увек третирати пажљиво. Информације се могу дати трећем лицу само уз пристанак пацијента. Поред тога, Закон о лечењу прописује право приватности у институционалном здравственом окружењу. Консултације у вези здравственог стања пацијента се морају одвијати у одвојеним просторијама, изван погледа и чујности других. Законом се такође регулишу одређене дужности пацијената. Обавеза пацијента је да пружаоцу здравствених услуга пружи јасне и комплетне информације, што омогућава потоњем да постави добру дијагнозу и понуди компетентност при третману лечења. Пацијенти такође треба да

поштују савете пружалаца услуга у разумној мери. На крају, пацијент је дужан да лекару или здравственој установи, плати за пружене услуге.

У Холандији, скоро сви грађани имају здравствено осигурање.¹¹¹ Закон о лечењу, којим се утврђују права и обавезе пацијената и пружалаца услуга, има за циљ побољшање комуникације између обе стране (лекара и пацијента) и стварање уравнотежене здравствене заштите и обезбеђивање односа у којем пацијент усмерава одлуке. Да би постигли овај циљ, пружаоци и пацијенти морају имати одговарајући став. Међутим, Законом није предвиђен сваки чин у здравственој заштити. То би створило ситуацију која није остварива. Пет година након увођења Закона о лечењу, оцењено је да позитивно утиче на однос између пружаоца здравствене заштите и пацијента. Лекар даје више информација и чешће тражи сагласност. Акције се предузимају са више бриге. У пракси информисани пристанак је појам који је тешко испратити. Лекарима треба више времена док пацијентима дају све информације о болести и начину лечења док све то са друге стране може додатно збунити пацијента и да услед великог протока информација и предвођања не може да донесе одлуку адекватну по своје здравље.¹¹²

3.2. Права пацијената у Италији

У Италији је заступљена независна подршка пацијентима у виду самопомоћи, која се ослања на правне прописе у здравству. Државни и регионални прописи регулишу сарадњу удружења за самопомоћ у месним управама за здравство. Два удружења од националног значаја су: Координација за грађанска права и Федерални демократски покрет за права болесника. Ова удружења имају у фокусу права пацијената и у договору са болницама раде на успостављању и спровођењу плана према којем су болнице дужне да опсежно обавесте пацијенте о понуди здравствених услуга као пружање избора пацијентима о начину лечења. Болнице су дужне да се информишу о задовољству пацијената пруженим услугама и негом, задовољству односа медицинског особља према пацијентима као и информацијама које износе лекари. Још један вид помоћи пацијентима јесте служба омбудсмана, у којој пацијенти могу да разговарају о својим жалбама, пријавама и молбама за подршку. Омбудсмане чине углавном бивше судије, адвокати, лекари, као и представници удружења за самопомоћ.¹¹³ Пионирска иницијатива за заштиту пацијената била је оснивање Трибунала за права пацијената *Cittadinanzattiva*, која је активна у

¹¹¹ WHO (World Health Organization). www.who.int

¹¹² H.G. Blaauwbroek. *Patient organizations and patient rights within the Dutch health care system*. and A. Schrijvers in *Health and health care in Netherlands*. Utrecht: De Tijdstroom. 1997. Pg 223-237.

¹¹³ Радишић. Ј. *Помоћ пацијентима у остваривању њихових права: Западна Европа као узор Србији*. Југословенско удружење за медицинско право. Београд. 2004.

Италији од 1980. године. Трибунал за права пацијената укључује све грађане и кориснике здравствених услуга, као актере у креирање здравствене политике. Укључено је око 5.000 људи који се сматрају сталним активистима широм земље. Компоненте које карактеришу ову иницијативу и имају посебан значај за овај пројекат су: 1) усвајање 80 локалних Повеља о правима пацијената, кроз прикупљање захтева и извештаја од пацијената и корисника здравствене заштите, како јавних и приватних здравствених установа, на локалном нивоу; 2) организација Центара за права пацијената у оквиру 200 италијанских болница, са циљем уочавања проблематичних ситуација, спречавања повреде права пацијената и промовисање организационих и системских промена, као додатак културним и бихевиоралним променама у начину пружања здравствене заштите и неге; 3) Стварање центара (Call center) на локалном и националном нивоу за пружање информација и савета о одређеном здравственом проблему, као и о приступачности и квалитету здравствених услуга и заштите права пацијената; 4) Организовање мреже адвоката и правника за подршку грађанима у промовисању правних прописа уколико дође до нарушавања здравља пацијента, медицинских грешака и/или одбијања збрињавања; 5) Промовисање специфичних кампања и програма чији је циљ увођење иновација у здравственим услугама као што је сигурност у болницама и квалитет, превенцију медицинских грешака, терапију бола, листе чекања, слободан приступ лековима и смањење губитака техничких и финансијских ресурса и 6) Координисање удружења од преко 130 асоцијација за хроничне болести како би се промовисала заједничка политика са циљем стварања Центра за хроничне болести, који ће окупити све оболеле од хроничних обољења.¹¹⁴

Национални и регионални програми за права пацијената започели су у Италији пре десет година. Први корак ка новом закону био је споразум између националне владе и региона, 2008. године, који је захтевао успостављање система за пријављивање инцидената у свакој болници; локална и регионална клиничка управљања ризиком; и стварање националног скупа правних прописа. Други корак, годину дана касније, било је увођење обавезног праћења нежељених догађаја, проузрокованих неадекватним лечењем, као и реализације наплате потраживања насталих тим поводом.

3.3. Права пацијената у Француској

Преко пружалаца здравствених услуга, болница и болничких удружења, пацијенти у Француској добијају извесну подршку и остварују своја права. Законом о јавном здрављу

¹¹⁴ Mona M. *Patient rights- are his rights really recognized?*. Bioethics. Managment in health. XXI/2/2017

болнице су условљене да редовно прате задовољство пацијената лечењем, негом, особљем и квалитетом здравствене услуге уопште. Француска национална здравствена служба (French National Health Authority's) пружа свеобухватну листу права пацијената: 1) *Забрана дискриминације* - Нико не може бити изложен дискриминацији у погледу приступа превенцији или лечењу. Здравствени радник не може да одбије да лечи особу из било којег од следећих разлога: порекло, пол, породичне околности, трудноћа, физички изглед, посебна рањивост која проистиче из очигледних или познатих финансијских околности, презиме, пребивалиште, инвалидности, генетских карактеристика, обичаја, сексуалне оријентације, родног идентитета, старости, политичких ставова, синдикалних активности, способности да говори други језик осим француског, услед припадности одређеној етничкој групи, нација, и одређена религија. Свако ко сматра да је подвргнут неоправданом одбијању пружања здравствене заштите, може поднети формалну притужбу директору локалног фонда здравственог осигурања или председнику одговарајућег локалног стручног одбора и да пријави дискриминаторни догађај. Упућивање притужби је једнако подношењу жалбе. Ако локални стручни одбор не поступи у року од три месеца, директор локалног здравственог фонда може подузети дисциплинске мере против здравственог радника. 2) *Информисани пристанак* - Пацијент има право на информацију о свом здравственом стању. Ове информације се односе на прегледе, третмане или превентивну негу која се нуди у здравственим установама, очекиване користи од ове неге, последице које она може имати, уобичајене или озбиљне ризике који се могу предвидети, као и сва друга могућа решења и предвидиве последице уколико пацијент одбије лечење. Сви здравствени радници су обавезни да информишу пацијенте и то се сматра делом здравствене услуге које пружају у складу са професионалним правилима која се на њих односе. Информације се дају у оквиру индивидуалног разговора, што говори у прилог чињенице посебне заштите поверљивости информација каква се очекује када је у питању здравствено стање. Одлука пацијента да остане несвестан дијагнозе или прогнозе мора да се поштује, осим у случају када су трећа лица изложена ризику преноса информација. Што се тиче малолетника или одраслих који су под старатељством, права остварују родитељи и старатељи пацијента. Сваки пацијент према разговору и договору доноси одлуке на основу информација и препорука које му пружа здравствени радник. Сви пацијенти имају право да одбију или не приме третман. Лекар је дужан да поштује одлуку пацијента након што га обавести о последицама и озбиљности избора. Ниједан медицински поступак или третман не могу се обавити без пацијентовог слободног и информисаног пристанка, а пристанак може да се повуче у било које време. Уколико родитељ

или старатељ одбије третман што може да има озбиљне последице по здравље малолетника или особу под старатељством, лекар ће спровести лечење и негу која је кључна за здравље пацијента. 3) *Право на приватност* - Сваки појединац који прима здравствену заштиту од здравственог радника, установе или јединице, или организација која пружа услуге превенције или лечења, има право на приватност и тајност личних података. Заиста, све информације о особи о којој здравствени радник, било који члан особља који ради у установи, јединици или организацији, или било које друге особе чији рад га доводи у контакт са овим установама или организацијама, мора бити поверљива. Захтев о поверљивости односи се на све здравствене установе и организације које су укључене у француски здравствени систем. 4) *Информације о трошковима након пружених здравствених услуга* - Пацијент има право на информацију о томе колико се може наплатити превентивни, дијагностички преглед или услуге лечења, где је примењиво, информације о томе које прегледе покрива здравствено осигурање а који су третмани изузети. Ове информације се не наплаћају.¹¹⁵ Задовољство или незадовољство пруженом здравственом негом пацијенти могу изразити на више начина. Током боравка у болници пацијенти добијају упитнике који попуњавају и на основу добијених одговора, болница побољшава своје услуге.

Закон о болницама налаже да свака болница оснује комисију за посредовање. Главни задатак ове комисије је да свако лице које сматра да му је поступцима здравствене установе учињена каква штета, подржи, посаветује и обавести о могућностима посредовања и помоћи на коју има право. Пацијенти или њихова родбина се прво обраћају комисији, потом комисија истражује случај због којег се пацијент жалио, саветује га уколико жели да се покрене судски поступак. У односу на болницу, комисија има улогу надзора и давања препорука. Поред ове комисије за посредовање постоје и лекарски посредници чији је задатак да посредује између пацијента и медицинског особља или лекара у виду остварења дијалога уколико постоји проблем у комуникацији. Поред комисије за посредовање и лекарског посредника као допуна се може спровести поступак за поравнање. У случају када је одговорност болнице правно несумњива могућ је договор о поравнању између болнице и пацијента, у овом поступку учествује и лекарски посредник. Поступак поравнања је користан за обе стране, пацијент добија одштету која му припада а болница нема трошкове парнице пред судом.¹¹⁶

¹¹⁵ Patient's Rights in France. CLEISS. Видети више на: https://www.cleiss.fr > droits-patients-en-france_en

¹¹⁶ Радишић. Ј. *Помоћ пацијентима у остваривању њихових права: Западна Европа као узор Србији*. Југословенско удружење за медицинско право. Београд. 2004.

3.4. Права пацијената у Немачкој

Немачка има добро развијену и унапређену примену права пацијената, као и права пацијената. Права пацијената заснована у правној пракси, била су распршена по различитим изворима, углавном општим грађанским уредбама и уредбама социјалног карактера. Показало се потребним повећати њихову транспарентност и доследност, те су ревидирани у посебном Закону о правима пацијената који је донет 2013. године. Веома јака национална реформска стратегија која обухвата читав низ институција, као што су Немачко медицинско удружење, етичке комисије, болнички фондови, медицински факултети али и медији који се сматрају утицајним за даљи развој права пацијената и примену Закона.¹¹⁷

У Немачкој постоји велики број група које се брину о здравству и проблемима пацијената, међу њима су и групе за самопомоћ, као мноштво других удружења и институција које се баве подршком пацијената. Сви они су међусобно повезани али ипак не досежу до савезног нивоа. Наиме, њихови функционери нису плаћени од стране државе већ раде почасно или су финансирани од чланарина или донација.

Подршка пацијентима у Немачкој има осам различитих облика: 1) Служба за обавештавање, саветовање и жалбе пацијената; 2) Службе за информисаност пацијената о могућим медицинским услугама; 3) Пацијентови посредници у здравственим установама; 4) Пацијентови омбудсмани; 5) Омбудсмани удружења које подржавају пацијенте; 6) Пацијентови повереници; 7) Стари савези за заштиту пацијената и 8) Групе за самопомоћ, покрети који окупљају пацијенте оштећене лекарским грешкама.

Постоје, међутим, и структуре за подршку пацијентима на државном нивоу, а чине их: 1) службе за здравствено осигурање; 2) Лекарске коморе; 3) Комисије за вештачење и поравнање; 4) Комисије за етику; 5) Институције које се брину о квалитету медицинских услуга; 6) Државни органи који надзиру здравство и 7) Судови и адвокати.

Ипак, права пацијената смештена су у институционални оквир у виду Закона о правима пацијената, док су одређена права и даље остала садржана и у другим правним актима. У Немачкој општи грађански закон и кривично право обезбеђују заштиту права пацијента на пристанак. Усмена сагласност је довољна, али се писани пристанак често користи за исту сврху односно, лечење. Постоји обавеза да се пацијенти усмено или писмено обавесте, да добију информације о различитим могућностима третмана. Обавеза обавештавања је мало комплекснија у ситуацији када се пацијент лечи изван граница своје земље, те су здравствени

¹¹⁷ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report.

радници дужни да пацијента о свему информишу на језику који му је разумљив. Право пацијента да остане неинформисан није дефинисано директно у закону, али се сматра широко распрострањеним као део „Лична права“ и „Право на информисање Самоопредељење“. Виши регионални суд је 2003. године, то дефинисао као обрнуто испољавање права на информационо самоопредељење.

Право на приватност је регулисано Немачким кривичним законом који прописује последице кршења обавезе тајности са затворском казном у трајању од једне године. Право на приступ евиденцији се признаје у Грађанском законнику, који даје право на непосредан и свеобухватан приступ као и на доступност електронских дупликата записа. Право на приступ записима прелази на наследнике након смрти пацијента, с тим што не постоји право да се записи мењају или бришу. У пракси је лако приступити подацима, али готово немогуће је проверити да ли се чувају као поверљиви.¹¹⁸

У Немачкој влада мишљење да иако постоје различите структуре на државном нивоу, оне заправо занемарују оне због којих су основане а то су пацијенти. На територији Немачке уочава се извесна неједнакост у погледу успостављања институција у циљу заштите права пацијената. Два града, Бремен и Хамбург се издвајају према активностима које предузимају по питању здравства. У њиховим болницама се пацијенти одмах по хоспитализацији информишу о својим правима, и начину поступања у случају кршења истих. Пацијенти добијају „Мапу за пацијенте“ преко које могу да се информишу кога могу да контактирају уколико сматрају да им је ускраћена медицинска нега, здравствена услуга или помоћ лекара.¹¹⁹ У Немачкој пацијенти имају право увида у своју медицинску документацију. Имају право да захтевају од лекара или стоматолога да им покажу комплетну документацију, почев од дијагнозе, преко начина лечења, терапије, дијагностичких метода и слично.¹²⁰ Пацијенти имају право да по основу здравственог осигурања добију адекватну медицинску здравствену заштиту, док је њен стандард квалитета зајамчен правним прописима. Повезаност осигуравајућих друштава и здравствених установа и свих њених делова обезбеђује сигурност и квалитет лечења, третмана и неге. Не постоји посебан закон који гарантује адекватан третман, али постоји Институт за квалитет и ефикасност у здравству (Institute for Quality and Efficiency in Health Care-IQWiG) који контролише рад здравствених установа. У питању је независни научни институт који оцењује квалитет и

¹¹⁸ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report.

¹¹⁹ Радишић. Ј. *Помоћ пацијентима у остваривању њихових права: Западна Европа као узор Србији*. Југословенско удружење за медицинско право. Београд. 2004.

¹²⁰ EU- Patienten.DE. The right to inspect the medical records

ефикасност здравствене заштите. Институт истражује које су терапеутске и дијагностичке услуге изводљиве и вредне и преноси своје налазе здравственим установама, пацијенту и јавности. У Немачкој не постоји право на благовремени третман. То је добро познат проблем. Лекари у руралним областима земље нису довољно специјализовани. Такође, неке гране медицине као што је на пример, психотерапија нису лако доступне и имају веома дуго време чекања.¹²¹

Пацијенти у Немачкој имају право на слободан избор даваоца услуга. Законско здравствено осигурање је ограничено на акредитоване лекаре и болнице које имају уговоре са здравственим фондом. Овакав начин осигурања покрива већину здравствених услуга, односно 98% амбулантних лекара и 99% болничких кревета. Пацијенти бирају свог породичног лекара, али га могу заменити само једном у једном кварталу. Постоји могућност да пацијенти бирају специјалисте директно у ординацији. Од 2004. године уведене су мере за јачање позиције породичног лекара, укључујући и тромесечну доплату за посете лекара. Приватни пацијенти у принципу нису ограничени у свом избору лекара. Не постоји централно административно тело које би пружало информације о пружаоцима и доступност здравствених услуга, али различити актери су активно укључени у то, укључујући фондове, професионалне коморе и организације пацијената. Неке болнице у Немачкој су на својим интернет страницама поставиле информације које помажу пацијентима да пронађу одговарајућег провајдера (пружаоца услуга). Право на друго мишљење произилази из формалног права на слободан избор пружалаца услуга. То је такође експлицитно поменуто у Повељи о пацијентима која је објављена 2002. године.¹²²

3.5. Права пацијената у Аустрији

У Аустрији недостаје свеобухватан закон о правима пацијената. Општи приступ је више политички. Остваривање права пацијената произилази из неколико других законских одредби: уставних, грађанских, кривичних закона, укључујући законе који регулишу различите професије у здравственом сектору. Такође, судске одлуке играју важну улогу, посебно одлуке националних врховних судова које се односе на права и обавезе које произилазе из уговора о третману (нарочито у вези са информисаним пристанком). Заједно са међународним покретом о правима пацијената, они су били главни покретач развоја ове области. Што се тиче права пацијената који су више оријентисани ка корисницима, ту постоји висок степен фрагментације (укључујући

¹²¹ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹²² Исто

поделу надлежности између федералног и државног нивоа), као и недостатак транспарентности, што омета развој и спровођење права пацијената.¹²³

Како би се очувала и заштитила права пацијената у Аустрији су при канцеларијама регионалних влада образована специјална правобранилаштва за пацијенте. То су државне установе које на годишњем нивоу својим владама подносе извештаје о протеклом раду. Ова организација разматра жалбе пацијената и њихове породице, утврђује да ли постоје неправилности у раду медицинских службеника, разматра предлоге из здравствене области и даје обавештења и препоруке. Правобранилац пацијената заправо представља омбудсмана. На основу добијених података од пацијента и увида у историју болести, конструише слику и проналази извесне аномалије у раду лекара и медицинског особља. Уколико потврди да је дошло до лекарске грешке и пропуста медицинског особља, пацијентов правобранилац преговара са осигуравајућим друштвом о евентуалном обештећењу по основу осигурања. Услуге правобраниоца се не наплаћују.¹²⁴

У Аустрији се посебно штите индивидуална права пацијената, људско достојанство се штити у свим ситуацијама. Пацијент се не сме дискриминисати када постоји сумња да је болестан, другим речима, пацијент је свако коме је потребна здравствена заштита и сви имају једнака права на то без обзира на старост, пол, порекло, финансијску ситуацију, религиозна убеђења, природу и узрок болести и слично. Повелом која је донета дефинисана су права на достојанство и интегритет, право на информисаност и пристанак, право на приступ документацији, право на заштиту пацијентових инетреса, право на жалбу и посебна правила која се примењују када су деца у питању¹²⁵. Право на пристанак је признато у аустријском уставу и посебним одредбама у грађанском и кривичном праву, а регулисано је и актима локалне самоуправе. Писмени пристанак није потребан, осим у посебним случајевима. Сагласност на уговор о третману и пристанак на третман третирају се одвојено.

Пацијенти имају право на информације о различитим могућностима лечења и могу изабрати да не буду информисани о одређеним информацијама. Право на приватност признато Уставом и Законом о заштити података, као и посебне одредбе у грађанском и кривичном праву. Изузеци од овог права важе у одређеним случајевима (као што је јавни интерес). Закон о телекомуникацијама у здравству (Health Telematic Act) намеће строге одредбе о размени

¹²³ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹²⁴ Радишић. Ј. *Помоћ пацијентима у остваривању њихових права: Западна Европа као узор Србији*. Југословенско удружење за медицинско право. Београд. 2004.

¹²⁵ <http://www.parlament.gov.rs/upload/archive/files/lat/doc/istrazivanja/Prava%20pacijenata%20lat.docx>

електронских података, који се такође примењују на иностране пацијенте. Кривични, грађански и управни судски поступци могу се покренути ако се не поштује право. Право на приступ евиденцијама је установљено и признато у уставном, управном и грађанском праву. Права у овој области ојачана су путем Закона о електронским здравственим записима (2012). Право на сигурност и квалитетну услугу део је уговора о третману и појављује се у грађанском праву. Здравствени радници имају обавезу да пруже третман који мора да буде адекватан и одговарајући, али не сме да прелази оно што је потребно. Ово право је садржај уговора о третману и као такво се може законски тражити у случају било каквих кршења одговорности за осигурање квалитета у здравственом сектору.

Поред тога, јавна средства и приватне активности имају за циљ побољшање здравствене заштите пацијената у пракси. Пример је Аустријска платформа за сигурност пацијената. Не постоји правни пропис о прихватљивом времену чекања. Међутим, морају се применити транспарентни режими листе чекања за опционе (изборне) операције и инвазивну дијагностику у случају чекања од више од четири седмице. Пацијенти имају могућност да се обрате пацијентовом омбудсману као и могућност покретања судског поступка.

Слободан избор пружалаца услуга и неограничен приступ свим нивоима здравствене заштите (лекари опште праксе, лекари специјалисти и болнице) карактеристике су аустријског здравственог система. Ово право је део општих правила која регулишу уговор о третману. Сваки пацијент има право да изабере свог лекара или болницу, под условом да постоји слободан капацитет. Према Закону о социјалном осигурању преференције пацијената морају се поштовати у мери у којој је то у складу са специфичним стањем пацијента и све док тај избор не узрокује додатне трошкове социјалног осигурања. Ако пацијент одабере неуговореног пружаоца услуга надокнада ће бити нижа (80% од накнаде која би била плаћена за уговореног лекара који обавља исту услугу). У оквиру јавних болница, само приоритетни пацијенти или пацијенти са додатним приватним осигурањем могу да бирају свог лекара. Овде се поставља питање поступања противно уставном начелу једнакости.

Да би одабрали пружатеља здравствених услуга, пацијенти се могу ослонити на различите изворе, као што је болнички каталог који је развио Здравство Аустрије (Health Austria GmbH), Арбитражни одбори медицинских комора савезних држава или омбудсмани или представници пацијената, које организују савезне државе. Не постоје систематски извештаји о квалитету рада здравствених служби који би помогли пацијентима у избору лекара. Недостаје специфичан законски оквир за пружање транспарентних информација о квалитету неге или

учинка појединих здравствених радника. Здравствени портал Министарства здравља или Директоријум болница извештава само о минималном броју интервенција у појединим гранама медицине или објављује извештаје о квалитету рада од стране појединачних болница. Болнице такође не објављују систематски своје листе чекања. Међутим, након 2011. године, Федерални закон о болницама обавезује федералне државе да примењују транспарентне режиме листе чекања за изборне операције и инвазивну дијагностику у случају чекања од више од четири недеље. У неким савезним државама само пацијенти на листама чекања имају право на ове информације. Што се тиче плаћања пружених здравствених услуга болнице морају транспарентно да прикажу информације. Закон о Федералној болници и Закон о лекарима су измењени као резултат примене Директиве о правима пацијената.¹²⁶ Не постоји формално законско право пацијената на друго мишљење, али свим лекарима по уговору (лекарима опште праксе и специјалистима) може се приступити бесплатно без потребе за упућивањем. Упућивање је потребно само за радиолошки преглед или лабораторијску дијагностику.

3.6. Права пацијената у Бугарској

У Бугарској не постоји закон о правима пацијената, већ је део о пацијентовим правима имплементиран у Устав, Закон о здрављу и Закон о здравственом осигурању. Најважнији је Закон о здрављу којим се регулишу статус, обавеза и права грађана у систему здравствене заштите. Њиме се штити и право приступа медицинској документацији. Интересантно је да у оквиру овог закона није предвиђено право на жалбу пацијената. Овим законом је предвиђено конституисање Саветодавног већа за права пацијента при Министарству здравља, које прати и анализира важеће прописе о правима пацијената, припрема предлоге измена постојећих прописа, даје мишљења на предлоге закона. У овом делу закона се налазе и прописи којих репрезентативне здравствене установе треба да се придржавају у циљу заштите пацијентових права. Законом о здравственом осигурању утврђено је обавезно здравствено осигурање којим се гарантује бесплатна здравствена заштита осигураника као и подједнако коришћење прикупљених средстава потребних за лечење.¹²⁷ Међутим, 2009. године је основан Јавни савет за права пацијента, као саветодавно и надзорно тело задужено да прати и анализира све активности у вези са остваривањем права пацијената а у циљу даљег развоја законодавства о

¹²⁶ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹²⁷ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

правима пацијената.¹²⁸ С обзиром на то да у овој земљи не постоји посебан закон о правима и обавезама пацијената формирана је радна група са циљем израде нацрта закона у којој учествују све државне институције, професионалци и удружења грађана за заштиту.¹²⁹

Право на пристанак заштићено је Законом о здравству из 2004. године. Пристанак је обично усмени, а пацијенти имају право да остану неинформисани, уз изузетке. Пацијенти имају право на информације о планираном лечењу и алтернативама. Закон о здравству признаје право на приватност, што је садржано и у Кривичном законнику. Информације се могу делити само уколико се лечење наставља у другој болници, када постоји претња здрављу друге особе, из различитих форензичких, статистичких или јавноздравствених разлога. Пацијенти могу приступити евиденцији уз помоћ медицинског особља; нема електронских записа, иако се резултати лабораторијских анализа могу добити електронским путем.

Уставом Бугарске гарантује се: пружање медицинске помоћи по основу здравственог осигурања као и бесплатне медицинске помоћи, контрола здравствених делатности, производња фармацеутских производа, биоматеријала и медицинских средстава. Спровођење уставно утврђене државне контроле регулисано је посебним законима којима се уводе режими лиценцирања и регистрације за обављање медицинских делатности, малопродаје и veleprodaje лекова. Постоји Закон о издавању дозвола за здравствене установе као део Закона о медицинским институцијама из 1999. године. Закон дефинише врсте болница у земљи и њихов комерцијални и административни правни статус.

Бугарски грађани могу слободно да бирају свог лекара опште праксе, специјалисте, дијагностичке лабораторије и болницу без територијалних ограничења. Међутим, како би искористили покривеност социјалним осигурањем, пружалац здравствене заштите мора бити уговорен. За упућивање на специјалистичке, амбулантне или болничке прегледе потребан је и упут од лекара опште праксе или специјалисте који је ангажован од стране Националног здравственог фонда. Само мајке могу слободно да бирају педијатра за своју децу и гинеколога за себе без упућивања лекара. У болници пацијенти могу да бирају свог лекара само ако су спремни да плате додатно. Слично томе, право на друго мишљење постоји само за пацијента који може да приушти да „плати из џепа“.

Информације о акредитованим здравственим установама доступне су на веб страници Министарства здравља. Законом је Национални здравствени фонд, обавезан да пружи информације осигураницима о уговорним здравственим радницима и апотекама. Грађани могу

¹²⁸Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹²⁹ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

добити најновије информације преко регионалних и општинских канцеларија. Међутим, информациона политика Министарства здравља и Националног здравственог фонда је оцењена као недовољна, посебно у погледу обима и квалитета здравствених услуга.¹³⁰

3.7. Права пацијената у Естонији

У Естонији не постоји посебан закон о здравственој заштити пацијената већ су њихова права регулисана одредбама различитих закона. Главни покретач развоја Закона о правима пацијената је чланство Естоније у међународним институцијама као што су Европска Унија, Савет Европе, Светска здравствена организација и остало.¹³¹ Већина права и обавеза пацијената су регулисана Законом о облигационим односима, који је уређен према холандском моделу уговора којим се регулише однос између лекара и пацијената. Овај закон је фокусиран на обавезе пружаоца здравствених услуга, стога пацијентима гарантује јасно дефинисана права од момента започињања медицинског третмана. Овим законом су регулисана и права пацијената који нису у стању да дају свој пристанак, право на приватност, чување медицинске документације и право на поверљивост информација. Одредбе које се односе на право на пристанак садржане су у различитим посебним актима, а главни је Закон о облигационим односима. Остали су: Закон о истраживању људских гена, Закон о медицинским средствима, Закон о превенцији и контроли заразних болести, Закон о вештачкој оплодњи и заштити ембриона, Закон о престанку трудноће и стерилизације, и набавка, руковање и трансплантација ћелија, Закон о ткивима и органима. Закон о менталном здрављу дефинише “информисани пристанак”. Сагласност се претпоставља и ретко се даје у писаној форми, иако је то прописано законом, обавезна је само уколико је потребна операција пацијента. Захтеви за пружање информација разликују се између пружаоца здравствене неге.

Постоје смернице које се односе на повреду права пацијената. Уколико претрпи штету приликом лечења, терет доказивања је на пацијенту. Закон о облигационим односима гарантује право на приватност. Законом о организацији здравствених услуга обухваћена је заштита података и извршење преко Естонског инспектората за заштиту података. Пацијенти имају право да ограниче приступ својим евиденцијама одређеним здравственим радницима.

Право на приступ евиденцијама предвиђено је Законом о облигационим односима, као и Законом о заштити личних података и Законом о јавном информисању. Приступ записима је

¹³⁰ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹³¹ Исто

олакшан уз помоћ лекара опште праксе, пацијенти уз присуство лекара могу да умноже свој здравствени картон, односно медицинску документацију. Поред Закона о облигационим односима одредбе које се тичу права пацијената садржане су и у Кривичном закону у смислу обавезе чувања лекарске тајне. Затим, Закон о здравственом осигурању садржи одредбу о праву на друго мишљење и Закон о организацији здравствених служби који садржи одредбу о праву на квалитетну здравствену негу.¹³² Од 2006. године грађани Естоније могу слободно да бирају свог лекара или болницу, под условом да су уговорени са Естонским фондом за здравствено осигурање. На нивоу примарне здравствене заштите пацијенти морају да се региструју на листи породичног лекара, у складу са Законом о организацији здравствене заштите. Имају право да промене породичног лекара на основу писменог захтева и трансфер ће ступити на снагу првог дана наредног календарског месеца. Пацијентима је потребан упут од породичног лекара да би могли да посете већину специјалиста и да би били примљени у болницу која није дежурна. Од 2012. године, само пацијенти са тешким стањима, којима је потребан посебан надзор, могу да наставе да посећују специјалисте без новог упута.

Информације о доступним пружаоцима здравствених услуга и третмана могу да се добију од здравствених радника, као и од специфичних непрофитних удружења. Здравствени радници су законски обавезни да пруже информације о доступности, приступачности и ценама према Закону о организацији здравствених услуга. То се углавном остварује путем интернет страница здравствених установа. Естонски фонд за здравствено осигурање пружа информације путем својих интернет страница, локалних сервисних центара, позивног центра и других канала, укључујући листу уговорених пружаоца здравствених услуга, информације о правима и ценама и друго. Здравствени одбор, којим координира Министарство за социјална питања, и који уско сарађује са Естонским фондом, такође израђује информације, али то су углавном статистички подаци о здрављу и извештаји о економским активностима у области здравствене заштите. Јавне информације о учинку и квалитету здравствених услуга су још увек ограниченог карактера. Од 2012. године Естонски фонд је почео да објављује извештаје о одабраним индикаторима за главних 19 болница (део плана развоја болничке мреже) и пружа информације о учинку породичних лекара. Време чекања, такозване, листе чекања пажљиво прати Естонски фонд и најдуже време чекања је уведено 2011. године.

Право на друго мишљење је признато Законом о здравственом осигурању, али подлеже строгим правилима и условима. Фонд преузима трошкове другог мишљења само једном по

¹³² Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

третману у мери која је наведена у листи здравствених услуга. Ако се тражи мишљење другог пружаоца здравствене заштите, који нема уговор у Естонији, мора се склопити писани уговор између осигураника и фонда здравственог осигурања. Такође се могу консултовати лекари и здравствене установе у иностранству. Лекар који обавља лечење мора осигураном лицу дати упутно писмо и доставити све документе у вези са пруженим здравственим услугама.¹³³

У Естонији као ни у Бугарској у било ком од наведених закона не постоји одредба која се тиче права на жалбу. Значајним се чини део Закона о облигационим односима којим се пружалац здравствене услуге сматра одговорним уколико дође до грешке при лечењу, при постављању дијагнозе и процедуре лечења, као и за прекршај уколико не информишу пацијента и не затраже његов пристанак. Такође су одговорни и за грешке својих асистената. Стога у Закону о облигационим односима је уврштено право пацијената на жалбу услед неадекватног лечења и пружања здравствене неге, којим се остварује право на компензацију за насталу штету. У временском периоду од пет година од тренутка када је пацијент постао свестан да је лекар прекршио неку од обавеза или изазвао штету пацијенту, могуће је оставирити право на компензацију.¹³⁴

2. Права пацијената у земљама нашег региона

Након приказа стања права пацијената у развијеним земљама, корисно би, ради анализе и поређења, било приказати и права пацијената у земљама региона. Анализа примене, односно заступљености права пацијената обухватила је и неколико земаља са којима Србија има слично историјско, политичко, друштвено и културно наслеђе, попут Словеније, Босне и Херцеговине, Хрватске и Црне Горе. У Републици Србији закон је донет 2013. године и од тада се активно ради на његовој примени и функционисању. Јасно је да је потребно имати унапређен и развијен систем здравствене заштите како би све унутар њега функционисало без тешкоћа. Стога се у Србији интензивно ради на унапређењу постојећег стања у здравству као и прокламацији и примени права пацијената. Слично је и у земљама окружења које су према својој унутрашњој структури сличне Србији. Земље које се граниче имају сличне системе и неретко законске и правне регулативе им се подударају, разлог је тај што се преузимају модели који функционишу у сродним системима. Босна и Херцеговина и Црна Гора имају институционалну организацију

¹³³ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹³⁴ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenat_lat.doc...

свих система најсличнију Србији, док Хрватска своје уређује према узору на Словенију која се ослања на развијеније земље попут Холандије и Аустрије.

2.1. Права пацијената у Словенији

Примена права пацијената је у Словенији слаба, али се постепено побољшава. Покретач развоја права пацијената је у суштини увођење здравственог права као правне дисциплине заједно са ратификацијом Конвенције о биомедицини. Општа свест код пацијената, лекара и других медицинских стручњака је још увек веома ниска. Поред посебног Закона о правима пацијената, релевантни правни оквир у Словенији укључује посебне одредбе у Закону о здравственим услугама (који прописује индивидуалне обавезе медицинских стручњака), Закону о здравственој заштити и здравственом осигурању, као и лекарима опште праксе. Закон о услугама, који регулише међуљудске односе између лекара и пацијента, као и низ правних аката који се баве специфичним питањима.¹³⁵ Доношењем Закона о правима пацијената 2008. године Словенија је унела велике промене у систем здравствене заштите. Закон прописује права пацијената као корисника здравствених услуга, али одређује и процедуре за остваривање тих права као и казне у случају непоштовања права. Такође, одређује и обавезе проистекле из тих права. Најважније измене које је овај закон донео су поштовање интегритета пацијента, детаљно осмишљена процедура подношења жалбе и мирно решавање евентуалних спорова између лекара и пацијента. Овим Законом обухваћена су следећа права: право на здравствену заштиту и пружање превентивне заштите, право на једнак приступ и третман у здравственој заштити, право на изабраног лекара, право на квалитетну здравствену заштиту, право на поштовање времена пацијента, право на информисаност пацијента и његово учешће у одлучивању у начину лечења, право на поштовање унапред изражене воље, право на умањење бола и патње, право на друго мишљење, право на увид у медицинску документацију, право на приватност и заштиту личних података, право на жалбу, право на бесплатну помоћ при остваривању права пацијената. У овом Закону постоји право пацијента на унапређење и очување личног здравља, који није примећен у законима других држава. Право на информисани пристанак је укорењено у уставу и наведено је у Закону о правима пацијената који допуњује и унапређује већ постојећи Закон о здравственој заштити и здравственом осигурању. Закон о службама опште праксе намеће одговорности лекарима. Усмена сагласност се обично користи, али је у неким случајевима потребна писмена сагласност. Пацијенти имају право да буду информисани о свом здравственом

¹³⁵ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

стању, могућем току и последицама болести или повреде, сврси, врсти, начину спровођења лечења, вероватноћи успеха и очекиваним користима и исходу предложеног лечења. Право да остане неинформисан је такође прописано у Закону о правима пацијената. Пацијент има право да активно учествује у одабиру начина лечења након што му се предоче сва потребна објашњења о третману. Међутим, у пракси се показало да постоје извесни проблеми када је у питању остваривање овог права. Наиме, потешкоће настају услед недостатка времена посвећеног разговору са пацијентима. Право на приватност заштићено је Уставом и Законом о правима пацијената. Законску обавезу чувања поверљивости прописује Закон о здравственим службама. Закон о правима пацијената такође намеће обавезу да се идентификује свако ко је одговоран за кршење права. Уколико је јасно да постоји кршење или повреда неког од права пацијената започиње се кривични поступак против кршиоца. Закон о правима пацијената предвиђа право на приступ медицинској документацији уколико постоје оправдани разлози, у року од пет дана. Постоји и право на измену записа. Закон о базама података о здравству је у процесу ажурирања у вези са применом Директиве 2011/24/ ЕУ о примени права пацијената у здравственој заштити. Пацијент има право на адекватну, квалитетну и сигурну здравствену заштиту у складу са медицинском етиком, што значи да се тежи да одабир лечења и третмана одговара потребама пацијента а у складу са могућностима словеначког здравственог система. Закон о здравственим услугама и Закон о услугама опште праксе су кључни за процену квалитета рада главног пружаоца здравствених услуга, односно лекара. Законодавство предвиђа посебан систем процене који служи као основа за доделу, продужење или одузимање лиценци за самостално обављање здравствених делатности. Лиценца мора да се обнавља сваких седам година, што је решење предвиђено и законодавством наше државе. Задаци који се односе на то су поверени Лекарској комори Словеније.

Закон о правима пацијената налаже здравственим установама и лекарима да осигурају најкраће могуће време чекања, водећи рачуна о томе да се одржава равнотежа између расположивих финансија и (разумног) периода чекања. Ако пацијент мора да чека услугу дуже од три месеца има право да затражи преглед код лекара који га је упутио на службу. Уочено је много проблема у остваривању права у пракси. Најпроблематичније је питање дугог чекања на све врсте првих медицинских прегледа у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоу. Стога је уведен посебан прекршајни поступак за правна лица у случају кршења прописа који се тичу управљања листама чекања. У случају да пружалац здравствене заштите не чува

листе чекања у складу са прописаним стандардима може бити новчано кажњен.¹³⁶ Сваки грађанин Словеније има право да одабере лекара опште праксе, зубара и гинеколога, такође има право да промени лекара уколико није задовољан третманом или начином лечења. Право на жалбу је формално признато као специфично право у Закону о правима пацијената. Овај акт даје пацијенту право да брани своја права следећим поступцима: Процедура заштите права изискује прво саслушање о кршењу права пацијента код одговорног лица пружаоца здравствених услуга, на основу усменог или писаног захтева пацијента. Потом следи, друго саслушање о кршењу права пацијената пред Комисијом Републике Словеније за заштиту права пацијената, на основу писменог захтева пацијента или пацијентовог посредника. Закон о правима пацијената садржи такозвана обавезна обавештења, што значи да сваки пружалац здравствених услуга мора осигурати да сви важни подаци о могућем остваривању права на жалбу буду објављени на видљивом делу чекаонице или огласној табли болнице. Захтев се односи на име, контакт податке и радно место лица које је овлашћено за пријем захтева за заштиту права пацијента, на податке о начину подношења захтева и на време његовог пријема, као и на име и податке за контакт најближег представника права пацијента.¹³⁷

2.2. Права пацијената у Федерацији Босне и Херцеговине

Права пацијената у Федерацији БиХ су сегментално уређена прописима о здравственој заштити и здравственом осигурању. У циљу пружања једнаке, примерене, континуиране, квалитетне и безбедне здравствене заштите која се заснива на партнерском односу пацијента и лекара јавне здравствене установе или приватне лекарске праксе. Парламент Федерације Босне и Херцеговине је 2010. године донео Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената. Овим законом се уређују права, обавезе и одговорности пацијената током коришћења здравствене заштите као и начин коришћења заштите и унапређења права. Закон гарантује широк круг права пацијената: 1) право на доступност здравствене заштите која укључује и хитну медицинску помоћ; 2) право на информације; право на обавештеност и учествовање у поступку лечења; 3) право на слободан избор; на самоодлучивање и пристанак - укључујући и заштиту права пацијента који није способан да да пристанак; 4) право на поверљивост информација и приватност; 5) право на тајност података; право на лично достојанство; 6) право на спречавање и олакшавање патњи и бола; 7) право на поштовање пацијентовог времена; 8)

¹³⁶ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹³⁷ Исто

право на увид у медицинску документацију; 9) право на својевољно напуштање здравствене установе; 10) право пацијента над којим се врши медицинско истраживање; 11) право на превентивне мере и информисање о очувању здравља; 12) право на приговор; 13) право на накнаду штете; 14) право на исхрану у складу са пацијентовим личним ставом и 15) право на обављање верских обреда.

Своја права пацијент остварује на основу савремене медицинске доктрине, стручних стандарда и норми, које су у складу са могућностима здравственог система у БиХ. Предуслов је да претходно испуњава своје обавезе и одговорности које су такође утврђене овим законом. Обавезе и одговорности пацијента односе се на пацијентово лично здравље, друге кориснике здравствених услуга и здравствене раднике који обезбеђују и омогућују здравствене услуге за ширу друштвену заједницу. Како би се пратила примена и поштовање права пацијента, Закон регулише оснивање комисија за приговоре пацијената при здравственим установама, као и здравствене савете јединица локалне самоуправе, кантоналног министарства и Федералног министарства здравља. Поред комисија и савета праћење поштовања права пацијената, прате и надлежна здравствена инспекција, завод здравственог осигурања као и институција омбудсмана. Међутим, омбудсман за права пацијената у Федерацији БиХ не постоји.¹³⁸ Ради остваривања праћења поштовања права пацијената, надлежни органи попут Министарства здравља су дужни да оснују здравствена већа на свим нивоима власти. Здравствена већа представљају једине механизме цивилне контроле над здравственим сектором. Чланови већа су из различитих области здравства и права, с тим што један члан већа обавезно мора бити из редова пацијената или невладине организације која се бави заштитом права пацијената. Поред праћења прописа и примене здравствене заштите, здравствена већа имају обавезу увида у повреду права пацијента или у случају тежих повреда када је услед лекарске грешке угрожен живот пацијента. О свакој врсти повреде права или подношења жалби, здравствена већа обавештавају јавност.

Пацијент своје право брани уколико сматра да му је нанета извесна штета приликом лечења, тако што подноси приговор директору здравствене установе који се потом прослеђује поверенику за права пацијената у здравственој установи. Одговор на приговор или жалбу, пацијент добија најкасније у року од седам дана. Уколико није задовољан одговором директора установе, пацијент има могућност да жалбу даље упути Министарству здравља. Против решења надлежног Министарства пацијент се даље може обратити надлежном суду.¹³⁹ Поред државе и надлежних служби, процес остваривања права пацијената подржавају и невладине организације

¹³⁸ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenata_lat.doc...

¹³⁹ www.pravapacijenata.ba

које додатно освешћују грађане о правима која имају у домену здравствене заштите и промовишу их.¹⁴⁰

2.3. Права пацијената у Хрватској

Хрватска има дугу традицију медицинске и правне науке која фаворизује хумани приступ лекара према пацијентима. Овакав приступ је успоставио др Андрија Штампар лекар чији су принципи постављени као темељ на коме се успоставила грана социјалне медицине и јавног здравља.¹⁴¹ Развио је свеобухватни правни оквир за развој заштите права пацијената.¹⁴²

Права пацијената у Хрватској регулисана су законима, правилницима и професионалним етичким кодексима. Основни закон који регулише права пацијената је Закон о заштити права пацијената из 2004. године. Овим законом регулисане су високе норме хуманости и доступности у заштити права пацијената приликом коришћења здравствене заштите као и начин остваривања тих права.¹⁴³ Поред посебног Закона о заштити права пацијената (2004), различити други акти гарантују права пацијената, укључујући прописе који се односе на медицинску професију, на пример: Закон о лијечништву, Кодекс медицинске етике и деонтологије. Осим кривичног дела које садржи одредбе о злоупотреби, примена му је слаба тачка. Закон о заштити права пацијената предвиђа оснивање комисије за заштиту права пацијената.

У оквиру цивилног друштва, Хрватска удруга за промицање права пацијената се залаже за даље побољшање права пацијената. Права на пристанак, информације и учешће у доношењу одлука садржана су у Закону о заштити права пацијената. Законом је предвиђено да се даје писмена сагласност, али у пракси се може дати усмено, а недостатак писмене сагласности не доказује да сагласност није дата. Информације треба да покривају следеће: здравствено стање, укључујући медицинску процену прихода одређене дијагностичке или терапеутске процедуре, препоручени лекарски преглед и процедуру и датум када се то може урадити, могуће предности или ризике извођења или избегавања одређеног лекарског прегледа или процедуре, одлучивање о одређеном медицинском прегледу или поступку, могућим алтернативама у препорученим медицинским поступцима, току здравствене заштите, даљем поступку здравствене заштите, препорученом начину живота, правима и поступку остваривања њихових права из здравственог осигурања. Хрватска је имплементирала Директиву 2011/14 ЕУ, што значи да је забрањена

¹⁴⁰ Udruzenje kap.com.prava pacijenata u bih.

¹⁴¹ Детаљније видети на: www.stampar.hr/hr/dr-andrija-stampar

¹⁴² Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹⁴³ www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenata_lat.doc...

дискриминација странаца. Право на приватност прописано је Законом о заштити права пацијената и Законом о заштити личних података. Право на приступ евиденцији део је Закона о заштити права пацијената, Закона о медицинској пракси и Закона о стоматолошкој пракси.¹⁴⁴

Новине попут права на друго мишљење а такође се дефинише и контролни механизам поштовања права пацијената оснивањем посебних комисија на националном и регионалном нивоу, уводе се у постојеће законе. Основна права која су регулисана поменутиим законом су: право на информацију; право на прихватање или одбијање дијагностичког, односно терапијског поступка; право на заштиту приватности и достојанства; право увида у медицинску документацију. У ширем смислу регулишу и следећа права: право да информација буде дата пацијенту на њему разумљив начин; право да одреди особу која ће уместо њега/ње бити обавештена; право да буде упознат са идентитетом, специјализацијом и искуством лекара; право на консултације са другим лекаром; право на одржавање личних контаката односно право родитеља и родбине да буду 24 сата присутни уз пацијента; право на својевољно напуштање болнице; право на приватност. Закон третира и права која се односе на заштиту пацијената над којима се обавља научно истраживање; на захвате на људском геному; право на накнаду штете у складу са важећим прописима. Закон о заштити права пацијената регулише оснивање Комисија за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе, тзв. жупанијама, чији је циљ остваривање социјалне заштите и промовисању права пацијената. Петочлана комисија своје чланове окупља на основу јавног конкурса, именује их скупштина јединице локалне самоуправе из редова пацијената, невладиних организација и стручњака на подручју заштите права пацијената. Задаци комисија су да прати примену прописа везаних за заштиту права и интереса пацијената, прати повреде појединачних права пацијената, предлаже предузимање мера за заштиту и промовисање права пацијената, на нивоу јединице локалне самоуправе. Потом без одлагања обавештава Комисију за заштиту права пацијената при Министарству здравља о случајевима тежих повреда права пацијената као и да јавност обавештава о повредама права пацијената.¹⁴⁵

2.4. Права пацијената у Црној Гори

У Црној Гори права пацијената регулисана су Законом о правима пацијената из 2010. године којим се између осталог уређује право пацијента на: 1) слободан избор доктора медицине

¹⁴⁴ Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission

¹⁴⁵ [www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava pacijenata lat.doc...](http://www.parlament.gov.rs/upload/.../Prava_pacijenata_lat.doc...)

или доктора стоматологије; 2) информисање и обавештавање о његовом здравственом стању као и начину пружања здравствених услуга; 3) слободан избор и самоодлучивање о појединостима које се тичу његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава његов живот и здравље других лица; 4) увид у медицинску документацију право на друго стручно мишљење и 5) приватност и поверљивост; право на благовремену здравствену заштиту, приговор и накнаду штете.

Пацијент чије је право повређено има право на приговор директору здравствене установе или овлашћеном лицу односно заштитнику права пацијената. Поред права пацијената прописује још и да надзор над применом његових одредби врши Министарство здравља преко здравствених инспектора.¹⁴⁶ Информисани пацијент и пружалац здравствених услуга предуслов су за успостављање партнерског односа пацијента и здравственог радника, јачање самопоштовања пацијента, оптимизам и веру у оздрављење. Пацијент упознат са својим правима може активно да учествује у свом лечењу, а пацијенту упознатом са правима осигураника доступнија је здравствена услуга. Добро информисан пацијент тј. осигураник доприноси унапређењу квалитета и безбедности здравствене заштите. Такође, добро информисан пацијент доприноси унапређењу заштите права пацијената.

Од децембра 2010. године у свим јавним здравственим установама су именовани заштитници права пацијената, као и у појединим приватним здравственим установама. Рад заштитника права пацијената регулисан је Законом о правима пацијената који је усвојен 2010. године. Заштитници права пацијената су отпочели са радом почетком 2011. године и њихова имена се налазе на интернет страницама свих здравствених установа и Министарства здравља.

Основна права пацијената су дефинисана Законом о здравственој заштити у складу са Европском повељом о правима пацијената - Римска повеља.¹⁴⁷ Последња верзија Закона о здравственој заштити, усвојена је у јануару 2016. године. Законодавац се одлучио за доношење новог закона, уместо измене Закона из 2004. и 2010, из разлога што постојећи законски оквир и постојећа законска решења нису била довољна адекватна подлога за наставак реформи и за остваривање доступне и квалитетне здравствене заштите свих грађана и унапређење здравственог система. Овај Закон садржи неколико кључних делова који су од посебног значаја за процес праћења квалитета здравствених услуга и општег стања здравственог система Црне Горе.

¹⁴⁶ Закон о правима пацијената. („Sl. glasnik Crne Gore“ br 40/2010 i 40/2011 i drugi zakoni)

¹⁴⁷ Права пацијената Црне Горе. Видети више на: www.mzdravlja.gov.me/rubrike/prava-pacijenata

Процес мониторинга и евалуације квалитета здравствених услуга се као и у прошлом примеру састоји у контроли: (1) испуњености прописаних услова рада здравствених установа; (2) примене усвојених стандарда у здравству; (3) смањивања нежељених, непотребних и неодговарајућих процеса и (4) предузетих мера стручног усавршавања и едукације здравствених радника. Овај процес се спроводи на интерном и екстерном нивоу. На интерном нивоу, процес провере стручног рада и квалитета врше Комисије за контролу квалитета здравствене заштите, које именује директор установе. Док, екстерну контролу квалитета врши Комисија за контролу квалитета здравствене заштите коју именује Министарство, а чији чланови су, у складу са Законом, истакнути здравствени радници, представници надлежне коморе и Медицинског факултета. Закон о правима пацијената није мењан од 2010. године. Највећа препрека за ефективност овог Закона је регулисање именовања и начина рада Заштитника права пацијената. Наиме, директор установе именује Заштитника права пацијената из круга стручног и административног особља већ запосленог у институцији. Директор установе може у сваком тренутку да смени Заштитника уколико се њихови ставови поводом одређеног случаја не поклопе. Такође, рок за разматрање приговора од 3 дана од подношења приговора, је врло кратак за прикупљање свих релевантних података и чињеница неопходних за процесуирање случајева. Такође, подзаконски акти за примену овог закона нису донешени ни 6 година након његовог усвајања, тако да нема универзалних процедура у сличним случајевима, које би омогућиле уједначену праксу у свим здравственим институцијама.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Савић. М. *Систем здравствене заштите и права пацијената у Црној Гори-Освајање поверења грађана*. Центар за мониторинг и истраживање. ЦеМи. Подгорица. 2017.

IV КРИТЕРИЈУМИ ЗА ОЦЕНУ ЕФИКАСНОСТИ ЗАШТИТЕ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

1. Оцена ефикасности система заштите права пацијената

Оцена ефикасности здравствених система и система заштите права пацијената зависи од испуњености одређених критеријума који су конципирани на основу резултата унапређених система здравствене заштите развијених земаља. Први критеријум на основу којег се може посматрати ефикасност система јесте *Развијеност здравственог система*. Јасно је да што је систем развијенији приступачнија је здравствена заштита свим грађанима и израженије је задовољство пацијената. И у обрнутом случају, што здравствени систем више заостаје у свом развоју и напредак му је инхибиран то су здравствене услуге слабо доступне или су некавалитетне, чиме су и пацијенти незадовољни. Други критеријум је *Висок степен задовољства пруженом здравственом услугом*. Испуњење овог критеријума, односно уколико пружена здравствена услуга испуњава сва очекивања и доводи до очекиваног исхода лечења онда је и пацијент задовољан и у том случају неће имати разлога да подноси жалбу или има примедбу на лечење. Тиме се долази до смањеног или *малог броја жалби/примедби* који је уједно и трећи критеријум чије испуњење доприноси ефикаснијем здравственом систему. Довођење пацијента у положај да нема разлога за незадовољство или жалбу недвосмислено значи да је *Уважавање и поштовање пацијентових права на високом нивоу*. Ово уједно представља четврти критеријум. Пацијент препознаје да се његова права уважавају једино у случају када има сазнања о томе која су то права, али и обавезе. *Пацијентово познавање права и обавеза*, као пети критеријум доприноси бољем разумевању позиција обе стране, лекара и медицинског особља са једне, и пацијента са друге стране. Пацијент који познаје своја права зна шта треба да прати током свог лечења и на које појединости може да утиче. Док са друге стране, може да препозна када су његова права угрожена и да изнађе начин да их оствари.

2. Инхибитори механизма за заштиту права пацијената

Након доношења Закона о правима пацијената 2013. године, перманентно се пратио рад здравствених установа са посебним нагласком на препознавање права пацијената и њихово уважавање. Уочава се да постоје извесни проблеми при примени права пацијената, те да се она

не поштују и да пацијенти не могу остварити своја пуна права у систему здравствене заштите. Главни налаз Извештаја заштитника грађана¹⁴⁹ је да систем заштите права пацијената није заживео у пракси. Узнемиравајућим закључком извештаја, Заштитник грађана је утврдио да систем новоустановљених механизма за заштиту права пацијената није заживео у пракси јер надлежни органи јединица локалне самоуправе и Министарство здравља нису предузимали мере из своје надлежности на начин и у року прописаним Законом о правима пацијената. Тиме су начињени пропусти који могу да отежавају правни положај пацијената и за последице имају кршење њихових права и стварање правне несигурности. Овакав налаз веома депримира обзиром на то колико је напора и рада уложено од стране надлежних органа. Након што су 2013. године у правни систем уведени нови механизми за заштиту права пацијената: саветник за заштиту права пацијената и савет за здравље, спроведен је низ активности у циљу утврђивања њихове ефикасности и ефективности у процесу заштите права пацијената и унапређивања њиховог рада.

Током две године након доношења Закона о правима пацијената, у више регионалних центара организоване су обуке и радни састанци са саветницима за заштиту права пацијената, пратили су се поступци надлежних органа (саветника за заштиту права пацијената, савета за здравље, органа јединица локалне самоуправе и Министарства здравља) и на концу анализирани достављени извештаји (детаљније у наставку текста).¹⁵⁰

Налази у извештајима указују на следеће:

- 1) Локалне самоуправе нису у потпуности поступиле у складу са својим законским обавезама, на шта указују следеће чињенице:
- 2) У појединим локалним самоуправама чак није организован рад саветника пацијената (Мајданпек и Чајетина) и савета за здравље (Владичин Хан није образовао савет за здравље; а за следеће локалне самоуправе овај орган не располаже потребним подацима: Алексинац, Бач, Бела Црква, Богатић, Ваљево, Власотинце, Врњачка Бања, Житорађа, Зрењанин, Књажевац, Коцељева, Краљево, Кучево, Лебане, Лесковац, Мајданпек, Медвеђа, Меровина, Нова Црња, Петровац на Млави, Пријепоље, Прокупље, Рача, Сјеница, Смедеревска Паланка, Сокобања, Темерин и Трстеник);
- 3) У одређеним локалним самоуправама, где су успостављени механизми за заштиту права пацијената, није обезбеђен њихов континуитет нити неопходни услови за рад – адекватан

¹⁴⁹ Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама. Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

¹⁵⁰ Исто

простор, средства за рад, редовни састанци, благовремена замена саветника или чланова савета (Зајечар, Беочин, Врбас, Деспотовац, Дољевац, Бечеј, Жабал, Жабари, Жагубица, Инђија, Кикинда, Кнић, Лучани, Љубовија, Мали Иђош, Мионица, Неготин, Нови Бечеј, Нови Кнежевац, Смедерево, Србобран, Сурдулица, Тител, Тужина, Ћићевац);

- 4) У локалним самоуправама у којима су основани механизми за заштиту права пацијената, а не функционишу фрустрира податак да не постоји иницијатива код чланова савета, као ни у надлежним органима локалне самоуправе да се покрену активности за обезбеђивање заштите права пацијената у складу с њиховом законском и друштвеном одговорношћу;
- 5) Локалне самоуправе не предузимају довољно активности како би информисале грађане о постојању механизма за заштиту права пацијената, њиховим надлежностима и начину рада (укључујући информативне постере са бројем телефона и адресом саветника);
- 6) Велики број локалних самоуправа нису доставиле свој извештај о раду савета за здравље, што је њихова законска обавеза. Поједине локалне самоуправе нису доставиле извештаје ни након ургенције, нити дале обавештење о разлозима (Алексинач, Бач, Бела Црква, Богатић, Ваљево, Власотинце, Врњачка Бања, Житорађа, Зрењанин, Књажевац, Коцељева, Краљево, Кучево, Лапово, Лебане, Лесковац, Мајданпек, Медвеђа, Меровина, Нова Црња, Петровац на Млави, Пријепоље, Прокупље, Рача, Сјеница, Смедеревска Паланка, Сокобања, Темерин и Трстеник).

Према добијеним подацима из извештаја и на основу јаснијих увида у пропусте може се закључити да ни Министарство здравља не поступа у складу са својом законском обавезом вршења надзора над спровођењем Закона о правима пацијената. До ове детерминације се долази обзиром на то да се не располаже подацима да ли су у свим јединицама локалне самоуправе образовани савети за здравље, нити су предузете активности у вези са одређивањем саветника за заштиту права пацијента и образовањем савета за здравље у локалним самоуправама у којима они нису отпочели с радом, потом не предузимају се неопходне мере у циљу оснаживања саветника за заштиту права пацијената и савета за здравље у локалним самоуправама у којима су успостављени, као и да се не предузимају никакве активности с циљем прибављања годишњих извештаја о раду савета за здравље, у сврху преиспитивања активности и одговорности локалних органа самоуправе.¹⁵¹

Поштовање Уставом и законом прописаних овлашћења и одговорности, а у интересу ефикасног и законитог остваривања права и на закону заснованих интереса грађана и ради

¹⁵¹ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

унапређивања рада морају се испунити потребни критеријуми. То подразумева следеће: Законом о правима пацијената прописана је обавеза локалне самоуправе да обезбеђује заштиту права пацијената одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената и образовањем савета за здравље. Јединице локалне самоуправе биле су у обавези да у року од шест месеци од ступања на снагу овог закона – најкасније до 30.11.2013. године, организују рад и обезбеде услове и финансијска средства за рад саветника пацијената и савета за здравље. Законом је прописано да протеком овог рока престаје да важи одредба којим је било уређено право на приговор, односно рад заштитника пацијентових права – претходне институције у механизму заштите права у овој области, који је уведен законом још 2005. године. На овај начин заштита права пацијената измештена је из здравствене установе у јединицу локалне самоуправе, у складу с децентрализацијом здравства, уз истовремено обезбеђивање веће самосталности и објективности одговорног лица за поступање по приговору пацијента.

Рад саветника би требао да обухвата послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези с правима пацијената. Такође може да обавља послове за више јединица локалне самоуправе. Подносилац приговора, који је незадовољан извештајем саветника пацијената, може се, у складу са законом, обратити савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран. О поднетим приговорима и свом раду саветник пацијената доставља месечни извештај директору здравствене установе, ради његовог информисања и предузимања одређених мера у оквиру његове надлежности, а тромесечни, шестомесечни и годишњи извештај доставља савету за здравље.

Савет за здравље обавља одређене задатке из области права пацијената, прецизније: разматра приговоре о повреди појединачних права пацијената, о утврђеним чињеницама обавештава подносиоца приговора и здравствену установу и даје одговарајуће препоруке. Такође, разматра извештаје саветника пацијената, прати остваривање права пацијената и предлаже мере за заштиту и промоцију права пацијената. Савет подноси годишњи извештај о свом раду и предузетим мерама надлежном органу јединице локалне самоуправе, Министарству здравља и органу покрајинске аутономије надлежном за послове здравља. Ради информисања и остваривања потребне сарадње, овај извештај савет доставља и Заштитнику грађана.¹⁵²

Поред наведених заштитних механизма, Законом о правима пацијената прописано је да заштиту права осигураног лица обезбеђује и организација здравственог осигурања код које је то

¹⁵²Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама. Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

лице здравствено осигурано. Начин и поступак заштите права из здравственог осигурања својим општим актом ближе одређује организација здравственог осигурања. Правилником о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање уређени су начин и поступак рада заштитника права осигураних лица. Ради квалитетног информисања о стварном стању у области заштите права пацијената и суштинског поступања у складу с датим препорукама, спроведен је USAID Пројекат за реформу правосуђа и одговорну власт (JRGА) у сарадњи са још једним механизмом заштите права пацијената, заштитником грађана. Стога је у периоду од октобра 2014. до маја 2015. године спроведена обука за саветнике пацијената и чланове локалних савета за здравље. Током тог периода је организовано 12 обука (у Београду, Шапцу, Пожаревцу, Зајечару, Крагујевцу, Нишу, Врању, Краљеву, Суботици, Чачку, као и две обуке у Новом Саду), на којима је учествовало 146 представника из 86 локалних самоуправа (81 саветник пацијената, 51 председник/члан савета за здравље, 14 остали – стручни сарадник, члан општинског већа, представници удружења пацијената, невладиних организација и сл.). Програм обуке обухватао је неколико сегмената: опште информације о правима пацијената са аспекта надлежности Заштитника грађана, права детета у систему здравствене заштите, родни аспект здравствене заштите, побољшање доступности здравствене заштите Ромима, здравствена заштита особа са инвалидитетом. Учесницима је указано на специфичне потребе појединих рањивих група којима треба посветити посебну пажњу у раду по приговорима пацијената. Након сваког сегмента, учесници су позивани да поделе своја искуства у вези с темом, укажу на уочене проблеме у раду, изнесу своје предлоге за побољшање услова рада, начина вођења поступка итд. У једном делу обуке, учесници су имали прилике да се упознају с надлежностима других независних институција, информацијама од јавног значаја и заштиту података о личности (Агенција за борбу против корупције) и њиховим искуствима у области здравствене заштите и права пацијената. Како би јавност имала увид у унутрашња позицију права пацијената спроведена је анализа рада надлежних органа који су укључени у систем заштите права пацијената – савета за здравље и Министарства здравља, уз претходни непосредни контакт са саветницима пацијената кроз обуке које је спровео уз подршку USAID пројекта за реформу правосуђа и одговорну власт.

Главна сврха анализе била је да се прикупе детаљне информације о раду механизма заштите, сагледа примена релевантних правних прописа, као и да се предложи мере за унапређење рада органа надлежних за заштиту права пацијената, ради ефикасније заштите права грађана. Све добијене информације добијене од саветника пацијената и представника локалних

савета за здравље. Информације су добијане у непосредном контакту, из добијених извештаја савета за здравље и из писаног изјашњења Министарства здравља. Према подацима из Извештаја опажају се диференцијални инхибитори сваког појединачног механизма заштите пацијената, саветника, савета за здравље и Министарства здравља. У тексту који следи биће детаљније представљени.

3. Генератори настанка инхибиције механизма заштите права пацијената

Инхибитори рада саветника пацијената

Услови за рад саветника – Након измена и допуна Закона о правима пацијената Заштитнику пацијентових права је враћен назив Саветник за заштиту права пацијената. У великом броју случајева, наставили су свој рад у канцеларијама у којима су и раније били и деле их са другим запосленима у локалној самоуправи. У њима обављају и пријем грађана односно, незадовољних пацијената, што доводи у питање начин заштите права на приватност пацијената који се обраћају саветнику. Поједини саветници проблем „решавају“ тако што колеге замоле да напусте канцеларију док разговарају с подносиоцем приговора, док други то чине тек на захтев странке. Поједини саветници „сналазе“ се на нешто другачији начин, нпр. саветница пацијената у Јагодини прима странке сваког радног дана у просторијама Дома здравља у Јагодини. Већина саветника не остварује право на додатну зараду за своје ангажовање на пословима заштите права пацијената, што многи сматрају дестимулативним.¹⁵³

Потреба за едукацијом саветника пацијената – Постоји потреба за спровођењем обука саветника за рад са тзв. тешким странкама, али и других додатних обука о темама које саветницима, обзиром на претходно радно искуство, нису биле блиске: људска права, примена прописа из области здравства, комуникацијске вештине, примена протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања и протокола о поступању у ситуацијама насиља над женама итд. Учесници обука истакли су да се догађа да поједини позиви за семинаре и обуке који су упућени саветницима или члановима савета, до њих и не стигну. Чему је разлог недовољна подршка информационог сектора и неадекватна опремљеност сваке појединачке здравствене установе или амбуланте. Такође, саветницима представља проблем да, поред Закона о правима пацијената, Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању, других закона и подзаконских аката донетих за њихово спровођење, морају да познају и готово сваку одлуку или

¹⁵³Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама. Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

инструкцију Републичког фонда за здравствено осигурање, што, имајући у виду њихово ангажовање на редовним пословима, њихов положај додатно оптерећује.¹⁵⁴

Пријем приговора – На основу досадашњих искустава учесници обука су изнели став да је, због физичке издвојености саветника пацијената из здравствене установе, приметан мањи број обраћања саветницима него што је то био случај са заштитницима пацијентових права, који су били смештени у просторијама здравствених установа. Што је са друге стране довело до непристрасности приликом спровођења процеса заштите права. Саветници су изнели податак да се велики број незадовољних пацијената сада чешће обраћа заштитнику права осигураних лица, који је запослени Републичког фонда за здравствено осигурање и физички је присутан у здравственој установи. Истакнуто је и да постоје одређена преклапања надлежности са заштитником права осигураних лица, али да до сада нису имали негативних искустава у сарадњи с њима. Они су такође указали на то да грађанима, пацијентима, али и здравственим и другим радницима није јасно разграничење надлежности саветника за заштиту права пацијената и заштитника права осигураних лица. У највећем броју локалних самоуправа веома је мали број приговора упућених саветнику пацијената: саветници из појединих општина до дана учешћа на обуци нису примили ниједан писани приговор. Број усмених обраћања саветницима је нешто већи. Усмена обраћања се не евидентирају као приговор, већ се њихов број евентуално може утврдити кроз евиденцију укупно датих савета. У току обука је уочено да се грађани у малим срединама ретко одлучују за подношење писаних приговора из различитих разлога, најчешће из страха да се не замере лекару или другом здравственом раднику на које се приговори углавном односе. Поред неспремности странака да поднесу писани приговор, приметно је и њихово очекивање да тренутно реше проблем, те нису спремни да улазе у целокупан поступак.

Саветници такође сматрају да грађани нису довољно упознати са законском могућношћу подношења приговора саветнику и савету за здравље. На пример, на интернет презентацијама локалних самоуправа тешко се проналазе контакт-подаци саветника пацијената. С друге стране, саветници сматрају да су рокови за њихово поступање по приговору прописани Законом о правима пацијената исувише кратки, посебно ако се узме у обзир чињеница да саветници у највећем броју општина обављају и друге послове, који такође не трпе одлагање. Значајно се разликују искуства саветника из већих градова и општина, у којима постоји више здравствених установа. Они, сразмерно значајно већем броју приговора и већем практичном искуству у раду с подносиоцима приговора, најчешће обављају само послове саветника пацијената и имају

¹⁵⁴ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

адекватне просторије за пријем грађана. Поједине локалне самоуправе имају и канцеларију саветника пацијената с више запослених (нпр. у Крагујевцу, саветник има своју канцеларију у којој, поред правника, ради и здравствени радник, који анализира приговор са аспекта медицинске струке, док у Граду Београду у тој канцеларији ради више саветника). Број обраћања саветима за здравље још је мањи: грађани им се понекад обраћају непосредним приговором, а некада и након пријема извештаја саветника пацијената којим нису задовољни.¹⁵⁵

Питања која су саветницима пацијената спорна – Закон о правима пацијената је недовољно јасан када је у питању надлежност за поступање по приговору, јер, како се напомиње, саветнику након спроведеног поступка по приговору пацијента остаје само да се определи „коме ће да верује“, пошто свакако не може да улази у стручна, медицинска питања. Поједини саветници су као проблем истакли и то што, према закону, саветник пацијената нема превентивну улогу, којом би могао и без приговора пацијента, самоиницијативно да утврђује стање у здравственим установама и оцењује степен остваривања права пацијената прописаних законом, с тим што нису дали конкретан предлог таквог евентуалног поступка по сопственој иницијативи. Питања која се тичу уредности писаног приговора и формалних услова које он мора да испуњава да би се по њему поступало нису довољно прецизирана Законом о правима пацијената и Правилником о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената. То даље доводи до нејасноћа у поступању саветника када пацијент не одговори на захтев да уреди приговор. Прописима није предвиђено да ли такав приговор треба одбацити као неуредан.

Највећи проблем у пракси проузрокује питање активне легитимације за подношење приговора (ко има право да у име пацијента поднесе приговор; ко може да поднесе приговор у име пацијента када га здравствено стање онемогућава да то учини самостално, а није му одузета пословна способност; да ли приговор могу да поднесу сродници преминулог пацијента у случају сумње да је пацијенту за живота повређено неко од права), рок застарелости за подношење приговора саветнику пацијената, као и питање да ли су саветници дужни да поступају по приговорима који се односе на случајеве који су се догодили пре ступања на снагу Закона о правима пацијената. Поред ових, дискусија је често вођена и о питању начина даљег поступања у случајевима када подносилац повуче приговор (на пример, здравствена установа је у току поступка по приговору отклонила пропуст на који се приговор односио), те на који начин би били евидентирани такви случајеви, као и да ли могу да обуставе поступак. Уопште, проблем је

¹⁵⁵ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама. Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.*

у томе што Закон и Правилник познају само основане и неосноване приговоре: саветницима не остаје ништа друго него да све приговоре у којима из формалних разлога нису могли да поступају по приговору евидентирају као неосноване приговоре. Већина саветника, без обзира на до сада примљен број приговора и евентуална искуства у раду, изражава извесну дозу незадовољства због кратког законског рока за окончање поступка по приговору пацијента.

Сарадња са здравственим установама у поступку по приговору – Када је у питању поступак по формалним приговорима (када саветник одлази у здравствену установу, обавља контролу, сачињава извештај, итд.), готово да није указано ни на један проблем у пракси. Већина саветника задовољна је сарадњом коју има с представницима здравствених установа с подручја своје територијалне надлежности.¹⁵⁶ Током обуке којој су присуствовали саветници пацијената прикупљено је довољно информација које могу да укажу на реални приказ позиције права пацијената и систему здравствене заштите. Јединице локалне самоуправе нису у довољној мери заинтересоване за решавање проблема заштите права пацијената на својој територији. Стиче се утисак да локалне самоуправе и лица која су ангажована на овим „новим“ пословима промене доживљавају само као додатно оптерећење, а без јасне представе о томе шта тај посао представља. Када се томе дода и чињеница да саветници не добијају додатну надокнаду за тај посао, извесно је да је степен мотивације низак. Иако већина саветника хвали сарадњу с органима локалне самоуправе, кроз посредне информације може се закључити да она није у потпуности остварена, о чему нпр. сведочи чињеница да саветници у већини случајева немају ни адекватне услове за рад.

Према извештају који је достављен Заштитнику грађана, од успостављања нових механизма заштите права пацијената 2013. године, лица која су ангажована на овим пословима примила су веома мали број приговора пацијената. Непостојање приговора у појединим локалним самоуправама може довести до погрешног закључка да проблема готово и да нема. Мали број приговора, као и недовољан број обука за саветнике, проузрокује недостатак праксе, што онемогућава развој система заштите права пацијената у локалним самоуправама. Недостатак искуства саветника у овим случајевима значи и мањак предлога за побољшање стања у овој области. Овај податак може да се представи као водећи узрок недовољне посвећености саветника пацијената проблемима у којима се њихови штићеници налазе.

¹⁵⁶ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

Како се наводи у извештају Заштитника грађана, постоји још један проблем, саветници углавном не охрабрују грађане да подносе писане приговоре. Усмени „приговор“ решава се најчешће телефонским позивом: саветник позива контакт-особу из здравствене установе и решава или доприноси решавању проблема грађана који му се обратио. Иако је ово ефикаснији начин поступања, неопходно је, у складу са законском обавезом, сачињавати записнике о пријему усмених приговора и осмислити квалитетан систем њиховог евидентирања. Неретко у пракси саветника изостаје писање записника о решеном проблему, чиме се поништава његово постојање што није добро за вођење евиденције и подношење извештаја. Пракса је показала да саветници у највећем броју случајева својим личним залагањем решавају већину проблема. Овакво поступање је неприхватљиво будући да се тиме не доприноси успостављању одрживог институционалног система заштите права пацијената. Може се закључити да се у највећем броју јединица локалне самоуправе расположиви механизми заштите недовољно користе и да, с друге стране, не постоји потребан степен посвећености да се таква ситуација промени. Као разлоге за то саветници наводе, малу средину, менталитет грађана, кратке рокови и слично.¹⁵⁷

Инхибитори рада Савета за здравље

Наводи према извештају Заштитника грађана указују на то да извештаји Савета за здравље по својој садржини и форми у највећем броју случајева не пружају ни квантитативне ни квалитативне податке на основу којих би могао да се изведе поуздан закључак о функционисању механизма за заштиту права пацијената у тим јединицама локалне самоуправе. Рад савета за здравље најчешће је представљен у виду података о броју одржаних седница, информација о разматрању приговора пацијената и околностима које отежавају рад саветника пацијената и/или савета за здравље у датој локалној самоуправи. Поједини извештаји савета за здравље садрже потпуне информације о приговорима пацијената које је савет разматрао, о томе да ли је разматран извештај саветника пацијената, о начину праћења остваривања права пацијената на територији локалне самоуправе, мерама које савет предлаже у циљу заштите и промоције права пацијената, као и предузетим мерама за заштиту права пацијената. Као примере добре праксе наводе се извештаји савета за здравље следећих локалних самоуправа: Београда, Врања, Крагујевца, Зајечара, Општине Горњи Милановац, Панчева, Сврљига.

¹⁵⁷ Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама. Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

На основу садржине примљених извештаја о раду савета за здравље произилази да се активности овог органа огледају првенствено у следећем:

Поступање по приговорима пацијената који су упућени савету за здравље – Савети за здравље обично не решавају проблеме ове врсте, јер није било примљених приговора. Број примљених приговора је изузетно низак, до 10 приговора, са изузетком Савета за здравље града Београда, који је примио 16 приговора. Савети ову чињеницу тумаче као резултат законитог и квалитетног рада и поступања саветника пацијената (оставимо простора и оном другом налазу, да понеки проблеми пацијената нису ни стигли да прерасту у форму приговора или жалбе већ су решени разговором између саветника и здравствене установе). Приговори савету су, у већини случајева, разматрани након што су претходно разматрани од стране саветника пацијената, па је савет за здравље поступао као другостепени орган, а било је и случајева разматрања приговора пацијената који се претходно нису обратили саветнику пацијената. Пацијенти најчешће имају неколико приговора и то на: квалитет пружања здравствене заштите, право на доступност здравствене заштите, право на поштовање пацијентовог времена и др. Исход поступања по приговорима пацијената је упућивање препорука здравственој установи.¹⁵⁸ Овакав налаз инсинуира да се проблем који пацијенти имају са здравственим установама не може решити упућивањем препорука већ да се мора предложити другачији приступ и конкретно решење за проблематичну ситуацију.

Проблем у раду Савета за здравље се огледа у следећем: 1) Постојећи начин извештавања савета за здравље у јединицама локалне самоуправе не обезбеђује прикупљање информација које би биле довољан основ за доношење аргументованих закључака о остваривању права пацијената и предузимање одговарајућих мера с циљем њиховог унапређења; 2) Закон није прописао децидно нити начин поступања савета за здравље по појединачним приговорима, начин вршења других задатака савета у области заштите права пацијената, нити начин на који савет евидентира податке и извештава о раду и предузетим мерама; 3) Ниједним подзаконским актом није ближе уређен начин на који савет за здравље извештава надлежне органе и Заштитника грађана о свом раду и предузетим мерама.

¹⁵⁸ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

Инхибитори рада Министарства здравља

Приговори пацијената који су упућени Министарству здравља, најчешће су се односили на право на поштовање времена пацијената, право на квалитет и право на доступност здравствене заштите. Највећи проблем који пацијенти наводе у процесу остваривања права на здравствену заштиту, јесте недостатак квалитетне комуникације у односу пацијент – здравствени радник (незаинтересованост здравственог радника током комуникације, нељубазност и сл.), немогућност заказивања специјалистичких и дијагностичких прегледа у за то прописаном времену и незадовољство квалитетом пружене здравствене услуге. Одговарајући на наведени проблем, препорука је здравственим установама да се фокусирају на унапређење комуникације на релацији пацијент – здравствени радник, смањење чекања на здравствене услуге на најразумнију могућу меру и упознавање здравствених радника са законским оквирима у области здравствене заштите. Ради унапређења здравствене заштите и права пацијената, савети су имали иницијативе у смислу измена и допуна Правилника о медицинским и техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и партиципацији, као и Правилника о листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања.¹⁵⁹

Значајан проблем у раду саветника у појединим срединама представљали су приговори у вези с обезбеђивањем права на доступност здравствене заштите за запослене у предузећима у реструктурирању, као и оних којима послодавци нису уплатили доприносе за обавезно здравствено осигурање. Према њиховом мишљењу, овај проблем указује на неопходност покретања иницијативе за измену Закона о здравственом осигурању.

Из свих напред набројаних разлога може се рећи да Министарство здравља нема воље за надзор нити за предузимање мера у случају неиспуњења прописаних дужности локалне самоуправе у заштити права пацијената на локалном нивоу. Можда се оправдање може наћи у томе да рад локалних самоуправа обухвата рад саветника пацијената и савета за здравље који се руководе и поштују налоге за рад Министарства здравља као и прописе из Закона о правима пацијената.

¹⁵⁹ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

Препоруке за успешнији рад

Локалне самоуправе, с обзиром на то да имају аутономију у пословању, треба да обезбеде све потребне услове за континуиран рад: саветника за заштиту права пацијената и савета за здравље. Имајући у виду дате ингеренције, локалне самоуправе треба да предузму расположиве мере и активности с циљем обезбеђења ефективног рада савета за здравље. Обавеза организовања рада и обезбеђивања услова за рад саветника за заштиту права пацијената и савета за здравље не престаје одређивањем лица које ће обављати те послове, односно именовањем председника и чланова савета за здравље, већ се огледа у обезбеђивању услова за њихов континуиран рад.

Задаци локалне самоуправе, између осталог су и да: 1) Обезбеде континуирану и потпуну информисаност грађана, односно пацијената о постојећим механизмима за заштиту њихових права; 2) Обезбеде једнообразно поступање савета за здравље приликом евидентирања података и сачињавања њихових извештаја о раду и предузетим мерама за заштиту права пацијената; 3) Уређује начин прикупљања годишњих извештаја савета за здравље. Да установи евиденцију о извештајима о раду које подносе савети за здравље, као и да врши једнообразну обраду и анализу података из поднетих извештаја према јасно утврђеној методологији; 4) Утврђује пропусте и нормативне недостатке и проналази одговарајућа решења и доноси подзаконска акта и/или иницира измену релевантних прописа; 5) Спроводи редовне периодичне анализе ефеката примене Закона о правима пацијената, с циљем ефикасног и законитог остваривања права пацијената и унапређивања рада механизма за заштиту њихових права; 6) У сарадњи с локалним самоуправама, редовно и плански организују едукације и да информишу саветнике за заштиту права пацијената и чланове савета за здравље о примени релевантних прописа, а с циљем уједначавања праксе у поступању органа; 7) Предузме и све друге радње за које је овлашћено и да сарађује с другим органима с циљем вршења послова одређених Законом о правима пацијената.¹⁶⁰

Питање права пацијената је изузетно комплексно. Ово се може закључити на основу изнетих потешкоћа са којима се пацијент сусреће при коришћењу услуга здравствене заштите. Што је сложенији механизам за остваривање права, већа је и вероватноћа за манипулацијама и непроцесуирањем одговорности.

¹⁶⁰ *Посебан извештај заштитника грађана о раду механизма за заштиту права пацијената са препорукама.* Заштитник грађана. Службени гласник. Београд. 2016.

Закључна разматрања

Системи здравствене заштите у свету су веома различити. Разлике међу системима се огледају у начину на који је становништву обезбеђена доступност и покриће трошкова за здравствене услуге, укљученост у систем солидарности, начин управљања, организација, финансирање, као и у расположивим ресурсима. Здравствени системи су под сталним притиском очекивања јавности, социјално-демографских промена, економске нестабилности, промене у моделима болести и факторима ризика, промене у научним сазнањима. У свету још увек не постоји “савршени” здравствени систем али постоји тежња ка истом који ће бити у стању да задовољи потребе како пацијената, тако и здравствених радника и сарадника, економиста и политичара. Такође, проблеми система здравствене заштите ретко, или никада, не могу се решити заувек. Како се земље развијају, тако и њихови системи здравствене заштите морају да одговоре на нове изазове.

Србија са својим здравственим системом, се налази у периоду опоравка након опште друштвене и економске кризе, чиме је систем здравствене заштите под лупом стручне јавности као и корисника односно, пацијената. Корисници здравствених услуга неоспорно имају могућност да остваре здравствену заштиту као и то да сугеришу/укажу на недостатке које су приметили током лечења. Своја права остварују уз подршку Закона о правима пацијената којим се информисају о својим правима али и о потенцијалним могућностима уколико су она угрожена. Имајући у виду све наведено указала се као потреба и неопходно решење спровести истраживање управо у овој области, чиме би се барем једним делом потврдиле или одбациле тврдње које често изазивају неосноване или основане сумње. У раду је истраживано да ли је здравствени систем, са свом тежином пропратних друштвено-економских околности, успешан у пружању подршке пацијентима у виду остављања њихових права, као и пружању здравствених услуга, захваљујући доброј организацији пословања и имплементацији потврђено ефикасних система развијених земаља.

Генерални закључак овог истраживања је да здравствени систем Србије у овако тешком и турбулентном времену финансијске, политичке и економске кризе успешно/са напором одговара на постављене захтеве, барем у делу који је третиран у овом истраживању, а то је остваривање и унапређивање права пацијената, захваљујући чему се и сам здравствени систем унапређује. Као што је више пута у раду назначено, поштовање права пацијента се увећава када је систем здравствене заштите стабилан, и реверзибилно када се права пацијената уважавају и развијају, тада се развија и унапређује здравствени систем. Ова међузависна веза је нераскидива, али

очигледно стимулативна по оба чиниоца. На развој оба наведена система поред брзих промена у политичком, економском, социјалном систему, експанзија информатичке технологије, интеграциони процеси у међународним односима, утичу и унутрашња организација здравствених установа и менаџмент. Менаџмент све више постаје нова генеричка функција свих организација од друштвеног значаја, који има изузетно тешку улогу да усагласи комплексне проблеме којима обилује у светлу специфичне делатности здравствених служби. Последица тога је измена позиције менаџера здравствене установе, како улога, тако и особине и вештине. Усавршавањем својих вештина менаџери у здравству су стратешки елементи у трансформацији здравственог менаџмента. Савремен и добро организован менаџер постиже најбоље резултате кроз ојачавање људских потенцијала и задовољење индивидуалних потреба запослених, а у складу са општим и специфичним циљевима здравствене организације.¹⁶¹

Применом квалитетно осмишљених стратегија у сврху побољшања, уз опрезно коришћење ресурса, са чврстином колективних напора, уз укључивање запослених у процес одлучивања и подстицање тимског рада, као и групно решавање проблема могу бити круцијални за решавање постојећих проблема у здравству, које води ка напреднијем поштовању права пацијената и прогресу целокупног здравственог система. Још једна могућност којом би се унапредила права пацијената јесте оснаживање примарне здравствене заштите са акцентом на превенцији и раном откривању болести. Оснаживање се постиже прибављањем додатних средстава у сарадњи са локалном заједницом, локалним привредним организацијама, кроз размену услуга, активирање и остварење приватних-јавних партнерстава, као и променом организације посла унутар саме здравствене организације, чиме би се повећала ефикасност и квалитет пружене услуге, чиме би директно пацијенти били задовољнији. При томе је неопходно додатно едуковати здравствени кадар, уколико се здравствени радник третира као најважнији ресурс организације, чиме се може постићи очекивани резултат а то је да ће запослени осетити припадност здравственој установи и тежити њеном успешнијем и бољем пословању и то доживети као лични подухват. Овакав третман ће довести до већег задовољства код здравственог радника који ће улагати додатне напоре како би се и пацијенти осећали што задовољније. Када су пацијенти задовољни пруженом здравственом услугом од стране здравственог радника то значи да систем здравства функционише на правилан начин.

У друштву у каквом живимо и што је можда још важније на начин на који живимо, неминовно се намеће потреба да заштитимо, сачувамо и унапредимо здравље. Да ли држава

¹⁶¹ Митровић М., Митровић У., Менаџмент у теорији и пракси; Факултет за менаџмент малих и средњих предузећа и Удружење менаџера и консултаната Србије – УМИКС. 2013.

путем полуга моћи и институционалног оквира чини све? Не, не чини све ни држава, ни институције, ни појединци, зато што је и немогуће чинити све. Ко је тај ко може да каже да је то све и коначно и да не може више и боље. Предострожности ради, овде треба употребити законску одредбу „највише могуће“. Упоредимо само поступак лечења у древним цивилизацијама са данашњим лечењем. Сигурно да је магнетна резонанца незаменљива у дијагностици многих болести, открива узроке бројних здравствених тегоба, помаже успостављању тачних и прецизних дијагноза, даје конкретну слику читавог организма и сваког појединог органа, али и што је најважније одређује ток и мере даљег лечења. Безболна је и неинвазивна метода, која ако се благовремено користи позитивно утиче на исход лечења. Оно што је магнетна резонанца данас то је рендген апарат био пре једног века. Услед све динамичнијег технолошког развоја с правом се очекује да данашња врхунска дијагностика већ сутра буде застарела, непотпуна или пак да не буде у складу са временом. То би исто могли да применимо и на поступак лечења и пружања здравствених услуга у целини. Икс нож замењује гама нож, а њега ће опет да замени и превазиђе нека нова верзија система за стереотоксичну хирургију и радиотерапију. То је точак који се покренуо некада давно и који са мање или више успеха окрећемо, и који је најбољи доказ нашег постојања и бивствовања у универзуму. Борба и покретачка снага саставни су део сваког људског бића само је треба пробудити и усмерити у нашем случају на унапређење здравственог система, на унапређење здравља и у овом редоследу на крају, али суштински на почетку унапређење живота. Када су здравље и живот у питању не сме бити „трулих“ компромиса и стереотипа, већ континуиране акције са јасним и прецизним циљевима. Сложићемо се да само уз тај услов можемо партиципирати у савременом друштву и бити део квалитетног здравственог система, било као његови стваратељи, критичари или тумачи, као радници, али и као корисници услуга тог и таквог система.

1. Резултати истраживања

Анализом података прикупљених на основу прегледа постојеће литературе препознаје се неколико чињеница у вези са поштовањем/остваривањем права пацијената које се понављају ако не у свим, онда се може рећи у великом броју анализираних земаља. Како би била приказана детаљнија анализа постојећих пацијентових права заступљених у помињаним земљама, чини се кориснијим представити их у већ законски формираним групама и правити паралелни приказ у посматраним земљама. Грађани Европе, не могу прихватити идеју да права пацијената могу бити потврђена у теорији а ускраћена у пракси, услед извесних финансијских ограничења. Ма

колико оправдана, финансијска ограничења не смеју бити разлог за ускраћивање или компромитовање пацијентових права.¹⁶² О међусобној корелацији између ова два параметра (финансијска ограничења и примена права пацијената), последицама њиховог склада или несклада на примеру развијених и земаља у развоју биће говора у тексту који следи.

Прва група права пацијената тиче се начина пружања здравствене заштите и чине је: Право на доступност здравствене заштите, Право на квалитет пружања здравствене услуге, Право на превентивне мере, Право на безбедност пацијента, Право на олакшавање патњи и бола и Право на поштовање пацијентовог времена. Ова права су заступљена у свим поменутих земљама које обухвата анализа. Како се развојем цивилизацијског друштва човек све више ставља у центар друштвених система, то се све више брине о његовом општем стању самим тим и о здрављу. Стога се у свим посматраним земљама уочава јединствени принцип да пацијент мора бити збринут на што примеренији начин. Сасвим је јасно да у развијеним земљама где се увелико поштују сва људска права па тако и право пацијената, сва наведена права имају широку примену. Земље попут Холандије, Немачке, Аустрије, Француске уважавајући права пацијената и сва појединачна према првој групи, заправо ниво здравствене заштите својих пацијената подижу на висок ниво, коме могу парирати само државе сличног или истог положаја и развоја. Наведена права повлаче са собом поштовање свих следећих јер није могуће спроводити их парцијално већ Право на доступност повлачи са собом и Право на олакшавање патњи и бола и тако даље. Земље у развоју међу којима је и Србија, чини се да немају довољно развијену свест о повезаности свих појединачних права пацијената груписаних у свеукупна права. Право на превентивне мере повлачи са собом остваривање права на поштовање пацијентовог времена што није случај којим се може похвалити здравство Србије, с обзиром да се често на превентивне прегледе чека и по неколико месеци. Стога се може рећи да су ова два права што се тиче примене права пацијената у Србији, у нескладу. Сличан проблем постоји и са остваривањем Права на квалитет пружања здравствене заштите, где пацијенти често нису задовољни пруженом негом, поред које, између осталог нису задовољни ни односом лекара, као ни медицинског особља према пацијентима.

Друга група права пацијената су у погледу поступања са информацијама од значаја за пацијента коју чине: Право на информације, Право на обавештење, Право на увид у медицинску документацију и Право на друго стручно мишљење. Такође су присутна у законодавним

¹⁶² Марковић. М. *Декларација о промоцији пацијентових права у Европи*, превод са енглеског. у Пацијентова права у систему здравства- Србија и европске перспективе. 119-132 стр. Институт за друштвена истраживања. Београд. 2010.

оквирима свих земаља. Заштита информација је од изузетне важности у савременом друштву. Познато је из више примера у новијој историји у коликој мери оне могу бити штетне и по појединца и по целокупно друштво уколико се злоупотребе. Стога се морају обазриво користити чак и када је здравље човека у питању. Пацијенти и чланови уже породице, као и друга лица која пацијент овласти, имају право увида у сву медицинску документацију у сврху боље информисаности односно, бољег упознавања са врстом болести, самим тим бољим разумевањем начина лечења предложеног од стране лекара. Познато је да земље са унапређеним системом здравствене заштите имају добро развијен и систем информационе подршке, али и ограничен приступ медицинској документацији. У Србији, пацијенти такође имају право увида у медицинску документацију, стога остављање овог права није спорно. Оно што није познато (и помало спорно) и о чему нема података јесте на који начин се може доћи до података које интересују пацијента или његову ближу родбину, тачније колико је временски размак од тренутка када се захтева увид до тренутка остварења овог права. Иако се поштује ово право, нисмо сигурни колико је оно доступно. Да ли пацијент, може током прегледа да захтева од лекара да изврши увид у свој здравствени картон и информише се о његовом садржају или за тај подухват мора да се испоштују правила процедуре? Према Закону о здравственој заштити¹⁶³ пацијент током прегледа може да захтева од свог лекара опште праксе да погледа документацију, и записе у свом здравственом картону, али уз присуство лекара. Колико је то заправо у пракси применљиво можемо сазнати само уколико сами од свог лекара будемо захтевали увид у сопствену медицинску документацију. Том приликом можемо да приметимо колико је лекар сусретљив и расположен да растумачи записе и налазе који си наведени у здравственом картону. Уређење у другим земљама које обухвата ова анализа, улива дозу оптимизма, бар када је у питању Аустрија која има развијен и електронски картон, преко којег пацијенти могу лако приступити поверљивим информацијама о свом здравственом стању. Иако Немачка има одлично развијен систем заштите права пацијената, самим тим омогућен приступ медицинској документацији, остаје непознаница да ли се подаци из здравственог картона пацијента чувају као поверљиви. Обзиром на то колико су лако доступни отвара се питање да ли се чувају као службена тајна?

Трећу групу чине одлуке пацијената о начину лечења и то: Право на слободан избор, Право на пристанак, Право пацијента да на сопствену одговорност напусти стационарну здравствену установу и Право пацијента који учествује у медицинском истраживању. Ова права

¹⁶³ Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“ 107/05)

која се тичу учешћа пацијента у ток и начин лечења сусрећу се у различитим законским и правним списима али су присутни у свим земљама које обухвата ова анализа. Наведена права су темељ права и основа уважавања личности пацијената. Сваки здравствени систем уколико држи до поштовања пацијената, ову групу мора да стави на зачеље, јер су основа свих осталих изведених права. Све анализиране земље како развијене као што су Немачка, Аустрија, Италија, Француска, Естонија, тако и земље у развоју и из нашег региона попут Словеније, Хрватске и осталих, међу најважнијима (ако се права пацијената уопште могу тако градуисати) истичу Право на пристанак, Право на слободан избор које је чини се у основи модерног друштва у коме живимо. Право на учествовање у медицинском истраживању подразумева поштовање есенције етичког кодекса на коме се заснива медицина и рад у здравству. Наиме, пацијенту се мора предочити свака појединост везана за експеримент, уз истицање могућих нежељених ефеката и последица. Ово право је врло специфично јер подразумева (било би етички коректно) да особа која учествује у експерименту буде здравствено и емоционално стабилна, и да без психолошких тешкоћа схвата и прихвата потенцијални ризик, што процењује лекар.

Четврта група права пацијената тиче се безбедности информација: Право на приватност и поверљивост и Право на поверљивост података о здравственом стању пацијента. Права која чине ову групу су слична правима из друге групе јер се дотичу информација о здрављу пацијента. Потребно је заштитити информације које указују на здравствено стање пацијената а са друге стране омогућити њихову транспарентност уколико то захтева пацијент или чланови уже породице. При анализи друге групе права пацијената било је речи о доступности информација. У времену технолошког развоја где друштво пролази кроз информациону револуцију, може се рећи да је информација највреднији ентитет. Као таква се мора заштити, јер је могућа злоупотреба информација на било ком нивоу. Стога, што је неко сазнање важније оно мора бити тешко доступно и апсолутно заштићено. Подаци о пацијентима нису од круцијалне важности за опстанак човечанстава, али су од важности пацијенту и његовој породици и треба их заштити како не би били злоупотребљени из било каквих побуда. Развијене земље имају и електронску базу података која је доступна пацијентима и преко које они могу имати увид у свој медицински картон. У Србији се уводе различити информациони системи који унутар здравствене установе умрежују постојеће податке о пацијенту и чине их доступнији за сада, само лекарима и медицинском особљу установе. Овакви поступци нас уверавају да ће даљим протоком времена постојати информациона повезаност између здравствених установа, чиме би се знатно олакшао поступак лечења пацијената.

Пета група права пацијената се односи на децу пацијенте а међу којима је најзначајније Право детета у стационарним здравственим установама, које је регулисано Повељом о правима детета и представља посебан сегмент здравственог система. Како не би било изопштено из свог социјалног окружења детету се док је хоспитализовано организује настава. Наставни програм болничке школе прати план и програм којим се води и матична школа пацијента. Болница је дужна да омогући детету приступ настави, захваљујући болничкој школи¹⁶⁴ која наставне активности прилагођава потребама и способностима сваког детета понаособ. Настава је у потпуности индивидуализована, чиме деца пацијенти потпуно остварују своје право на континуирану едукацију и током болничког или кућног лечења. Овај податак веома радује, обзиром на то да се поред најважнијег права детета на адекватно збрињавање, негу и лечење, остварује и право на образовање, јер је важно да се дете током лечења и даље осећа делом своје заједнице, а никако да је искључено из ње. Деца као најосетљивија категорија пацијената заслужују посебан третман у здравственом систему свих земаља. Јасно је да развијене земље и земље ЕУ могу свим својим пацијентима, укључујући и децу, да обезбеде адекватно лечење и негу јер немају извесна финансијска ограничења као неразвијене земље. Ове друге, уколико нису у могућности да одговоре на специфичне облике лечења, своје пацијенте морају да упуте у друге земље на лечење. Неретко су за такав начин лечења потребна додатна средства која се прикупљају на различите начине. Зависно од терапије и начина лечења, део средстава може да обезбеди Републички фонд за здравствено осигурање, ако је потребно додатна средства прикупљају грађани преко различитих фондација и удружења.

Може се закључити да све анализиране земље имају слична права пацијената што није изненађујуће обзиром на то да су многе земље прихватиле моделе Европске уније прилагодивши га свом систему, док су оне слабије развијене своје здравствене системе модификовале према угледу на развијене земље чланице ЕУ. Заправо сва побројана права постоје у упоредном праву са том разликом што нису сва садржана у посебним законима попут Закона о правима пацијената, већ су уврштена у неки други правни акт или закон, као што су Устав, Грађански законик, Закон о здравственој заштити и други. У делу права пацијената који се тиче права на жалбу, битно је поменути да у појединим земљама (Бугарска и Естонија) не постоји жалба у том облику ни у једном правном акту. Што свакако не значи да пацијент нема право да искаже незадовољство начином или исходом лечења. Пацијент се може жалити позивањем на Закон о облигационим односима где се лекари сматрају одговорним за учињене

¹⁶⁴ „Др Драган Херцог“ је такозвана „болничка школа“ у Београду. Ова школа свој рад организује према потребама дечијих здравствених установа и саме деце. Видети више на: <http://www.osdrdraganhercog.edu.rs/>

пропусте. Примери из праксе говоре да се у Србији највећи број приговора односи на нељубазност особља и третман који се пружа пацијентима. Мањи број поднетих приговора односи се на пружену медицинску услугу/третман. Приговори који су поднети анонимно се не евидентирају, а једино се поступа по анонимним пријавама везаним за корупцију. Такве пријаве Саветник права пацијената подноси тужилаштву које преузима надлежност за даље вођење поступка.¹⁶⁵

2. Узорак истраживања

Узорак истраживања чини једанаест земаља Европе: Аустрија, Босна и Херцеговина, Бугарска, Естонија, Италија, Немачка, Словенија, Француска, Холандија, Хрватска и Црна Гора. Поједине од наведених земаља попут Холандије, Аустрије, Немачке, Италије и Словеније су, у смислу економског развоја, стабилније и имају развијеније друштвено-политико-економске системе, међу којима се налази и систем здравствене заштите. Стога у овој упоредној анализи оне служе као огледало на основу којег увиђамо шта недостаје у здравственом систему Републике Србије. Остале земље чији је статус система здравствене заштите приказан, Бугарска, Босна и Херцеговина, Хрватска и Црна Гора, окружују Србију и сродне су како према географском положају тако и према социо-економским приликама, те на сличан начин имају уређене унутрашње системе, укључујући и здравствени систем.

Унапређење здравственог система огледа се, између осталог, у примени и остваривању права пацијената. Развијеније земље имају боље организовану структуру заштите права пацијената. Србија, као и земље из окружења теже да се што више приближе развијеним системима у циљу остваривања појединачних права свих грађана, заштите и унапређења њиховог здравља. У корак са тим, унапређује се и здравствени систем, као део друштвеног система, који константним напредовањем може довести до бољег позиционирања државе Србије приликом поређења са другим земљама. Како би једна земља увидела по чему је у повољнијем положају а по чему у неповољном, мора се упоредити првенствено са земљама из окружења, а потом и са развијеним земљама како би преузела њихов модел ради унапређивања својих подструктура.

¹⁶⁵ www.pravni-skener.org/pdf/sr/zastita_prava_pacijenata.pdf

3. Ток истраживања

Одабир теме “Утицај остваривања права пацијената на унапређење здравственог система Републике Србије” начињен је на основу увида у извесне пропусте што у законодавној регулативи што у начину примене права у пракси. Обзиром на то да поменути сегменти потпадају под здравствени систем, указала се потреба за приказивањем дисфункционалности у ове две изузетно повезане области. Потребно је било ограничити период у оквиру ког ће бити анализиран проблем права пацијената и развој система здравствене заштите. Истраживање обухвата временски опсег од 1998-2018. године, током овог периода, Србија је у транзицији, што узрокује промену свих саставних и градивних елемената на свим нивоима. Ове промене захватају земљу на макро, мезо и микро нивоу. Током истраживања фокус је био на појединцу, тачније пацијент са свим својим правима али у склопу једног од друштвених система, пре свега здравственог. Не може се посматрати појединац као такав, већ његов положај у оквиру неког система. Након дефинисања централне тачке истраживања требало је проширити гледиште и приказати дијапазон различитих земаља, њихово уређење, законску регулативу и степен развоја система здравствене заштите и бригу о пацијенту. На тај начин се посматрана и анализирана земља односно, начин бриге о пацијенту, ставља у шири контекст и сагледава се реалан положај и стање целокупног здравственог система као и целе државе. Кроз призму права пацијената приказан је степен развоја једне земље. Што су више и јасније дефинисана права пацијената то је адекватнија и њихова примена, што говори о томе да развој права пацијената прати развој здравственог система, који пак нивоом сопственог развоја потврђује положај посматране земље.

4. Анализа резултата истраживања у односу на постављене хипотезе

Резултати истраживања указују на то да постоји изузетно тесна веза између развијености и ефикасности здравственог система. Уколико је систем развијенији утолико ће бити ефикаснији, када је систем ефикасан и правилно функционише онда се и код пацијената примећује задовољство пруженом здравственом негом што указује да се права пацијената више поштују. Овакви налази поткрепљују генералну хипотезу која гласи:

Х₀: „Што су претпоставке за испуњавање права пацијената остварене у већој мери, то је ниво унапређености здравственог система виши јер је ефикасност здравственог система већа“. Према примерима поменутих у раду, оваква пракса се среће у примеру Холандског здравственог система који је у потпуности подређен самоопредељењу пацијента. Пацијент има право да самостално доноси одлуке везане за превентиву болести или лечење. Уважавање

потреба и права пацијената, према његовим критеријумима може да обезбеди само онај систем који располаже са широким дијапазоном средстава и могућности, јер може да пацијенту пружи оно што му је потребно уз поштовање његових одлука. Холандија, Аустрија, Француска и надамце Немачка имају добро развијену мрежу заштите права пацијената кроз остваривање њихових права. Такви системи здравствене заштите су развијени, самим тим ефикасни и структурирани тако да су у могућности да одговоре на потребе пацијената. Примери ових земаља могу бити подстицајни за унапређење здравственог система Србије. Потврђујући генералну хипотезу потребно је осврнути се на примере из праксе који говоре о томе колико је наша земља удаљена од развијених земаља по питању унутрашње структуре здравственог система и поштовања права пацијената. Србија у посматраном периоду је пролазила кроз различите структуралне промене које се одражавају и на здравствени систем. Ово говори о томе да пацијенти у нашој држави неретко нису у могућности да остваре своја права на лечење услед недостатка кадра, средстава за рад, неисправности дијагностичких уређаја, лоше организације унутар установе, недовољне заинтересованости и посвећености здравствених радника. Наведене неповољности су последица неразвијености тачније закржљалости/заосталости система здравствене заштите услед друштвених криза које су га задесиле, те није имао могућности да се унапређује. Због оваквих неприлика здравствени систем Србије је у лошем положају и као такав нема могућности да задовољи потребе пацијената, али се може рећи да има потенцијала ка развоју јер следећи развијене земље тежи уједињењу са њима што би значило обезбеђење средстава којима се може утицати на осавремењивање здравствене заштите.

Детаљнија анализа следи приказивањем стања у посматраним земљама, као и примерима из праксе у Србији, успостављајући корелацију тумачењем постављених помоћних хипотеза.

Прва помоћна хипотеза на коју се ослања главна гласи:

Х-1: *„Уколико су боље дефинисани механизми за остваривање права пацијената, утолико је мање пацијената код којих су прекршена права у односу на укупан број пацијената којима је пружена здравствена услуга.“* Налази истраживања такође потврђују хипотезу Х-1. Наиме, како је дефинисано Законом о правима пацијената из 2013. године, постављени си и именовани Институт заштите права пацијената. Током посматраног периода (1998-2018), тај институт су чинили Заштитник пацијентових права, Савет за здравље и Заштитник осигураних лица. Подручје ангажмана института било је заштита пацијената уз уважавање њихових личности и права. Свака здравствена установа је имала изложене контакт податке Заштитника пацијентових права и Заштитника осигураних лица, те су на тај начин пацијенти упућивани

коме и којој ситуацији могу да се обратe уколико сматрају да им је неко право угрожено. Користећи се оваквим механизмима здравствени систем не оставља простора нејасноћама и манипулацијама од стране лекарског и медицинског особља.

Анализиране земље препознају и користе се овим механизмом како би пацијентима олакшале процес остваривања здравствене заштите. У Италији уместо заштитника права пацијената постоји омбудсман који штити њихова права, али поред тога имају основане различите центре уз промоцију и кампање за помоћ пацијентима. Ови центри као и различита удружење оболелих су повезани са мрежом адвоката и правника. У Немачкој поред различитих удружења грађана и савеза за подршку пацијентима организована је помоћ пацијентима на државном нивоу конституисана законом а остварена преко различитих служби, комора, комисија, институција.

Х-2: *„Уколико је правни систем земље ефикаснији са јасно дефинисаним последицама по субјекте и појединце који крше права пацијената, утолико је мањи проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга.“* Законом о правима пацијената гарантује се поштовање истих али и санкционисање оних који се не понашају у складу са актима које прописује закон. У развијеним земљама, у којима је изражена дисциплина грађана и понашање у складу са законом, тешко може доћи до повреде права пацијената. Уколико се лекари и здравствени радници руководе препорукама из Закона биће мање грешака самим тим мање незадовољства и жалби пацијената. У односу на прикупљена сазнања о практичној примени права пацијената, те на основу дугогодишњег радног искуства у здравству, мишљења сам да у Србији недостају механизми, који би уз препоруку да се уважавају права пацијената дали још једну додатну мотивацију здравственим радницима да се адекватније опходе према пацијентима како би се избегле несугласице и жалбе пацијената. У пракси се често дешава да здравствени радници не размишљају о последицама свог потенцијално неодговорног понашања према пацијенту. Често не рачунају на решеност незадовољног пацијента да уложи жалбу и своја права оствари у потпуности.

Х-3: *„Што је институт заштите права пацијената заступљенији, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи.“* Резултати истраживања показују да када је институт заштите права пацијената устоличен и када се правила и прописи строго поштују, као на пример, у Холандији, Немачкој и Италији, права пацијената се штите у самом систему пружања здравствених услуга, онемогућавајући отварање простора за непоштовање пацијентових права. Унапређени системи

имају толико развијену подршку правима пацијената да су какво кршење или неуважавање истих готово искључени. Здравствени радници и сарадници су свесни да пацијенти сва своја права на лечење и збрињавање могу и морају да остваре стога се и тежи томе, јер су пацијентима на располагању и различита удружења као подршка у сврху остваривања њихових права која се служе сопственим средствима и стратегијама, због тога ниједна здравствена установа или њени радници не желе да се конфронтирају и излажу беспотребним тужбама. Јасно је да развијене и добростојеће земље имају квалитетно развијену заштиту права пацијената, али су пацијентима на располагању и други механизми (удружења, групе грађана и друго) којима је циљ уважавање и пошовање свих пацијентових права.

Примери из праксе и подаци добијени на основу анкетања пацијената показују да је информисаност пацијената о постојању заштитника на задовољавајућем нивоу (80%), док само 20% никада није чуло за заштитника. Највећи број пацијената је сазнао за овај механизам заштите права од других пацијената и са информативних постера у установи (по 30%). Међутим, 60% испитаних није знало да наведе ниједно право на основу којег може поднети приговор, начин на који се може обратити заштитнику и која су му права након добијања одговора. Дакле, од увођења институције заштитника, спровођења кампање и плаката у здравственим установама, грађани су углавном минимално информисани. Сама свест о постојању заштитника је недовољна, јер грађани немају пуну информацију о заштити својих права као пацијената.¹⁶⁶

Х-4: „Што је институт заштите права пацијената независнији од здравствених установа, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи.“ Како би потврдили тврдње хипотезе 4, корисно је прво указати како се временом мењале одговорности, обавезе и локација заштитника права пацијената. У Србији, од 2013. године, је била пракса да се заштитник пацијентових права бира из редова запослених, то је углавном био дипломирани правник запослен у тој здравственој установи. Касније се посао заштитника права пацијената пренео на запослене у Фонду за здравствено осигурање, који су обављали најчешће правници, економисти, али и лекари и фармацеути. Касније се канцеларија заштитника права пацијената изместила у локалну самоуправу тачније у зграду општине, дакле ван здравствене установе. На овом поступку почива независност института заштите права пацијената. Ова независност се огледа у избору заштитника који више није из здравствене установе и није ни смештен у њој. Наиме,

¹⁶⁶ www.pravni-skener.org/pdf/sr/zastita_prava_pacijenata.pdf

здравствена установа добија натраг своју просторију и свог запосленог. Чини се да се на овај начин постиже објективнији и непристраснији рад заштитника, као и немогућност утицаја здравствене установе на рад заштитника или поступак који се води унутар установе. Са друге стране, заштитник права пацијената добија независност у раду, није више физички везан за здравствену установу, послом који обавља може самосталније да руководи јер не мора да води унутрашњу дилему око двоструке заштите, заштите права пацијената и заштите извесне здравствене установе. У пракси се показало да већина испитаних пацијената има негативан став према овој институцији и сматрају да не могу добити објективан одговор, јер заштитник ради у здравственом центру. Нико од испитаних се никада није обраћао заштитнику, највише због страха за даљи третман у болници и што су сигурни да подношењем приговора неће решити проблем.¹⁶⁷

Х-5: *„Што су овлашћења институције која штити права пацијената већа, то је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи.“* У раду је на више места назначено која су права пацијената која се морају уважавати. Кренуло се од Декларације о људским правима, која људима признаје „урођено достојанство“ и „једнака и неотуђива права свих чланова људске породице“ и права на здравље и здравствену негу. Након ове декларације потписани су многи Међународни уговори и пактови, као и разне Конвенције, који поред ових основних садрже и друга разложенија и конкретнија права. Долажење до посебних права значајно је са аспекта њиховог поштовања. Што су јасније дефинисана права то ће и начин њиховог уважавања бити конкретнији, тиме разумљивији и лакши за прихватање, што свакако доводи до боље сарадње између лекара и пацијената, и смањеног незадовољства овом сарадњом. Свако право из горе наведених пет група права пацијената, заштитник штити захваљујући овлашћењима која му даје локална самоуправа. Што објашњава потврду ове хипотезе. Наиме, када су заштитнику права пацијената „одрешене руке“ да дела у складу са законом, и када су му дата овлашћења и приступ свим здравственим установама, он тада може да штити права пацијената и ради у њиховом интересу. Са већим овлашћењима, заштитник може да, на пример закаже пацијенту специјалистички преглед у одређеној болници, уколико пацијент није могао то сам да учини из неког разлога. Такође, може да повеже пацијента са другом здравственом установом уколико из оправданих разлога није био задовољан претходном и тако даље, бројни су примери позитивне праксе коју заштитник може

¹⁶⁷ www.pravni-skener.org/pdf/sr/zastita_prava_pacijenata.pdf

да оствари у сврху задовољства пацијената само уколико се уклоне сви инхибитори овог процеса и омогуће овлашћења.

X-6: „Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то је задовољство пацијената веће.“ Сваки здравствени систем дела у циљу задовољења здравствених потреба пацијената, стога се улажу сви расположиви ресурси и напори да се то и оствари. Када се пацијенту остави могућност избора самог лекара, понуди више алтернативних начина лечења тешко да ће се у њему пробудити незадовољство. Задовољство корисника/пацијента је опште опредељење појединца према свом укупном искуству о здравству. Мера окренутости према задовољству пацијената не огледа се у индикаторима здравственог стања, већ у начину на који се систем односи према њиховим немедицинским очекивањима. Задовољство се мора разумети унутар склопа различитих елемената који могу у већој или мањој мери да задовоље корисника. Циљ за обезбеђивање квалитета у здравству више не лежи у техничкој и стручној савршености система, већ у оптималном квалитету који одговара потребама пацијената, те је сасвим природно да је мишљење пацијената од непроцењивог значаја за квалитет¹⁶⁸. Многе земље, међу њима и Србија, стављају нагласак на слободан избор пацијента у начину лечења, који може бити веома уско повезан са задовољством постигним лечењем. Наметање одређеног начина лечења, коришћења лекова и третмана од стране лекара, без претходног упознавања пацијента са могућим последицама и нежељеним пропратним ефектима који могу довести до незадовољавајућег исхода лечења свакако ће у пацијенту пробудити незадовољство. Уколико лекар пацијенту појасни све могуће и очекиване исходе примарног начина лечења, и примети колебање код пацијента, тада је лекар дужан да заједно са пацијентом изнађе компромисно решење уважавајући пацијентово право на могућност избора. Након таквог приступа пацијент ће можда бити задовољан постигнутим лечењем, можда ће бити незадовољан, али лекар је понудивши више решења и слушајући жеље пацијента показао да поштује личност и права пацијента. Резултати испитивања задовољства пруженом здравственом заштитом у здравственим државним установама показује следеће: средња оцена задовољства корисника примарне здравствене заштите у Републици Србији за 2016. годину износи 3,92, односно нижа је за 0,04 у односу на 2015. Резултати истраживања општег задовољства корисника у службама примарне здравствене заштите показују мале варијације у службама. Скоро је подједнак проценат задовољних и веома задовољних корисника у 2016. години у службама опште

¹⁶⁸ www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202016.pdf

медицине и педијатрије (75,2% и 75,9%) док је у служби за здравствену заштиту жена тај проценат 74%, што је за 4,4% мање у односу на претходну годину. Средња оцена задовољства корисника у установама примарне здравствене заштите је највиша у Београду, а најнижа у Војводини. Осим у Београду где је средња оцена на истом нивоу као и претходне године, у другим регионима је дошло до благог пада средње оцене задовољства у односу на претходну годину (за 0,1 у Војводини и на Косову и Метохији), док је укупна средња оцена задовољства за ниво Републике нижа за 0,04 у односу на претходну годину. На нивоу Републике забележен је пад средње оцене општег задовољства корисника за 0,04. Пораст средње оцене општег задовољства корисника у односу на претходну годину забележен је у пет округа и то: Подунавском, Зајечарском, Моравичком, Рашком и Пиротском. У 2016. години најнижа просечна оцена задовољства је забележена у Западнобачком округу (3,55), а највиша у Рашком округу (4,22). На опште задовољство здравственом заштитом утицали су: материјално стање домаћинства, начин избора свог лекара, дужина лечења код свог лекара, задовољство радним временом Дома здравља, опремљеност истог и број места за седење у чекаоницама, могућност да се у хитним стањима преглед обави истог дана, упознатост лекара са личном ситуацијом пацијента, спремност лекара да саслуша пацијента и одвоји довољно времена за разговор с њим, као и да пружи јасна објашњења о болести и лековима које прописује, савети о начинима одбране од стреса и опасностима злоупотребе дрога, љубазност медицинских сестара и њихова спремност да дају информације. Интересантан је налаз истраживања да средња оцена општег задовољства пруженом здравственом заштитом у свим службама показује корелацију са самопроценом материјалног стања домаћинства испитаника. Просечна оцена задовољства расте са порастом материјалних прихода у домаћинству.¹⁶⁹ Сваки пацијент коме су уважена мишљења и сумње, и предложена друга могућност лечења, уз уважавање свих критеријума на основу којих се процењује задовољство, биће задовољан лечењем јер је спроведено у складу са његовим личним потребама и аспирацијама. Овим се може потврдити хипотеза. Уколико се поштује право пацијената на слободан избор и њихова очекивања, и правилан начин лечења доведе до жељеног исхода, задовољство пацијента ће бити веће, а самим тим нема разлога за жалбу. Када се направи инверзија постављене хипотезе долази се до налаза садржаног у тексту изнад а укратко исказаног у претходној реченици.

Х-7: „Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то је задовољство запослених веће.“

¹⁶⁹ www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202016.pdf

Уколико врло мало генерализујемо сазнања о правима пацијената, може се закључити да поштовање истих свима доноси бенефите како самим пацијентима који су у центру пажње, тако и свим запосленима у здравственим установама. Свака одрасла особа са неким животним искуством ће рећи да је рад са људима веома тешак, посебно болесним људима односно, пацијентима. У основи ове тврдње лежи истинит део, људи понекад нису у стању да услед узнемирености или болести сагледају шири контекст у којем се налазе. Наиме, често здравствени радници бивају окривљени од стране пацијената за недовољну бригу и недостатак саосећања са оболелим. Разлози таквог понашања могу бити разнолики мада, као водећи може се истаћи, на пример, недовољан број здравствених радника на неком одељењу, одакле произилази да се они не могу квалитетно посветити сваком пацијенту већ могу само да ураде свој део посла и укажу здравственој негу без психолошке подршке пацијентима. Оваква проблематична ситуација се може решити побољшањем система здравствене заштите. Унапређење здравственог система довело би до увећања средстава, што би значило стабилизацију финансијског сектора, ово би резултирало запошљавањем већег броја здравствених радника и увећањем плата. Мишљења сам, да када би се ови захтеви обистинили обема странама, пацијентима и запосленима у здравству би било боље. Када су пацијенти задовољни лечењем и негом тада то задовољство преносе на здравствени кадар, уз изостајање незадовољства изостају притужбе на рад запослених у здравству. Анализа резултата истраживања задовољства запослених у здравственим установама показује да је задовољство међу запосленима континуирано расло од 2006. до 2009. године. Од 2009. до 2014. године проценат задовољних опада и у 2014. проценат задовољних и веома задовољних износи 41,6%. Године 2015. се овај однос одржава. Задовољних и веома задовољних је 41,9%, незадовољних и веома незадовољних је 23,1%. У 2016. години поново се уочава благи пад задовољства послом и пораст незадовољства. Број оних који су индиферентни према послу из године у годину одржава се отприлике на истом нивоу – око 35%. Упоређивањем општег задовољства послом према нивоима здравствене заштите, закључује се да су, најзадовољнији запослени у примарној здравственој заштити. Иако на овом нивоу постоји 45% задовољних и веома задовољних, то је за читавих 3 процентних поена мање него у 2015. години (када их је било 47,8%). На секундарном нивоу је мање задовољних (38%), а на терцијарном још мање (36%) задовољних и веома задовољних. И ове вредности су исте као и у 2015. Задовољство запослених, посматрано по регионима, показује да је од 2011. године највећи проценат незадовољних запослених на територији града Београда. Тај број је из године у годину већи. У међувремену, број задовољних

се исто толико смањило, тако да је последњих година на територији града Београда број задовољних, незадовољних и оних који су индиферентни према послу приближно исти. Тренд смањења задовољства и повећања незадовољства је настављен и у 2016. години. Однос пацијената према запосленима оцењени је највећом средњом оценом, док је очекивано задовољство финансијском надокнадом оцењено најнижом оценом 2,3.¹⁷⁰ Овај налаз може бити разлог изостанка задовољства или боље речено, исказивања незадовољства запослених. Истраживања су показала да је највеће незадовољство запослених месечном надокнадом за пружени рад и да сваке године оно расте, а такође евидентан је повећани стрес на послу, што је други разлог незадовољства запослених у здравству. Потврда ове хипотезе лежи у сазнању да када су здравствени радници мотивисани (пored осећања хуманости и алтруизма), за рад са оболелима у здравственим установама, пацијенти се мање жале и задовољнији су третманом а самим тим задовољство се може препознати и код запослених. Уколико би запослени били додатно мотивисани да уложе више снаге, времена у свој рад, некаквом „наградом“ могуће је да би у том случају сви задовољнији. Додатна мотивисаност не мора да се огледа само у новчаним износима за оне који су похваљени и чији је додатни труд препознат, већ може бити у виду слодобних дана, плаћеног одсуства, плаћене континуиране едукације (која је сада већ обавезна за све запослене у здравству, како лекаре тако и све здравствене раднике). Уложени труд треба да буде уочен и награђен, тиме су радници стимулисани да свој посао обављају без притиска и са више воље што би пацијенти препознали и били задовољни комуникацијом и пруженом услугом у здравственој установи.

Х-8: *„Што је проценат пацијената код којих су прекршена права у односу на све пацијенте којима је пружена здравствена услуга мањи, то су трошкови лечења нижи, имајући у виду премису да је успешно лечење ефикасно и да не захтева различите облике реинтервенције.“* Анализа прикупљених података у поређењу са последњом хипотезом, могућа је једино сагледавањем веома широког контекста целокупног здравственог система. Сви саставни делови овог гигантског система (који су горе у тексту наведени), треба да функционишу синхронизовано као један, како би се то одразило на кориснике здравствених услуга али и запослене у здравству. Сваки од делова здравственог система, Министарство здравља, Фонд за здравствено осигурање и Институт за јавно здравље, чине зупчанике на часовнику, а сви заједно механизам захваљујући коме сат функционише када се ови зупчаници покрену. Рад тј покретање једног саставног дела условљава покретање следећег, овај опет

¹⁷⁰ www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202016.pdf

покреће онај трећи и сви заједно функционишу. Њихово правилно кретање условљава покретање казаљки где једна представља пружаоце здравствених услуга (здравствене установе) а друга кориснике (пацијенте). Услед правилног рада зупчаника покренуте су казаљке које када правилно раде прате једна другу. Ова метафора се може објаснити тиме, да правилно и складно функционисање делова здравственог система, доводи до складног функционисања између здравствених установа и пацијената који свој рад улажују пратећи потребе (рад) оних других. У случају оваквог теоретског склада, могуће је потврдити тврдњу хипотезе. У практичном смислу, то би значило да када је здравствени систем довољно оснажен посредством убирања пореза од запослених, он то рефлектује тако што пацијентима пружа могућност квалитетне здравствене неге која условљава осећај задовољства код пацијената. Када се једном устоличи такав однос, у коме је постигнута равнотежа између давања и узимања за здравствено осигурање, систем може и да умањи потребе за већа улагања у сопствени развој и на тај начин растерети запослене. Добро развијен систем пружа квалитетне здравствене услуге, што доводи до задовољства пацијената и запослених. Такав систем не изискује додатне приливе те сами тим не оптерећује своје запослене ванредним или повећаним издвајањима. Додатни предлог је споменут горе у тексту. Тиче се односа запослених у здравству и њиховог односа према пацијентима. Наиме, као што је потврђена претпоставка да што је мањи број пацијената који улажу жалбе то је веће задовољство међу запосленима. У пракси заштите права пацијената се показало да је највећи проблем непоштовања права пацијената, недостатак финансијских средстава. Од целокупног буџета којим здравствена установа располаже 60% одлази на плате запослених, а само 40% на улагања у лечење пацијената. Поред тога постоји неправедна дистрибуција средстава медицинским центрима, тако да у одређеним срединама, као што је Београд, пацијенти добијају бољу услугу, која се огледа како у већем дијапазону услуга које им стоје на располагању, тако и у њиховом квалитету. Не може се прихватити тврдња да се сва права пацијената крше само због недостатка материјалних средстава, а посебно јер велики број здравствених центара поседује савремене апарате и велики број служби. Такође, Министарство здравља здравственим установама упућује налоге да одређене врсте медикамената или опреме/помагала лекари не треба да прописују одређеним категоријама пацијената, као што су ортопедска помагала за особе старије од 65 година. Запослени у болницама у оваквим ситуацијама сугеришу пацијентима да сами покрију део трошкова, на шта пацијенти углавном не пристају, што аутоматски ствара основ за кршење права пацијената.

Генерална сугестија је да у циљу побољшања здравствених услуга пацијентима, целокупан здравствени систем мора да се реформише, да систем осигурања мора да буде прилагођен пацијентима и економски ефикаснији, а да пацијенти морају да буду упознати на шта се троше средства која издвајају од својих прихода за здравствено осигурање.¹⁷¹

5. Предлог мера

1. Општа препорука

- Организовати едукацију за све запослене о правима пацијената;
- На сајту болнице видљивије означити контакт заштитника пацијентових права;
- Приближити рад заштитника пацијентима и спровести интерну кампању у оквиру болнице у којој ће активно учествовати заштитник;
- Обезбедити независан и непристрасан рад заштитника права пацијената.

2. Посебне препоруке

- *Контролисање финансијских токова здравствених установа*

Ради остваривања финансијске стабилности здравствених установа Министарство здравља је у сарадњи са Републичким фондом за здравствено осигурање предузима мере на имплементирању новог система начина плаћања болничких услуга по систему дијагностички сродних група. Неопходно је применити све организационе и техничке мере које ће омогућити правовремено фактурисање пружених услуга у складу са актима Републичког фонда за здравствено осигурање. Прикупљање и обрада података везаних за пружене услуге омогућавају управним и руководећим органима здравствених установа ефикаснију анализу радног учинка, сагледавање структурних и техничких проблема у финансијском сектору установе и доношење плана за њихово отклањање. Здравствене установе у сарадњи са Министарством здравља, пратећи упутства РФЗО-а континуирано треба да прате податке које прикупљају о трошковима лечења и осталим финансијским токовима одређене установе. Ове мере се спроводе у циљу лакшег увида и контролисања финансијских токова здравствених установа. На овај начин се

¹⁷¹ www.pravni-skener.org/pdf/sr/zastita_prava_pacijenata.pdf

подиже одговорност и финансијска дисциплина како директора тако и свих организационих јединица одређене здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа.¹⁷²

- Доступност здравствене заштите

Према Закону о правима пацијената сваки пацијент има право да му здравствена заштита буде доступна. Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите. У поступку остваривања здравствене заштите, пацијент има право на једнак приступ здравственој служби, без дискриминације у односу на финансијске могућности, место становања, врсту обољења, време приступа здравственој служби или у односу на неку другу различитост која може да буде узрок дискриминације.¹⁷³ Поред овога, доступност здравствене заштите може да се односи и на доступност/недоступност превентивних прегледа, нарочито када су у питању социјално угрожене или маргинализоване друшвене групе. Општепознато је да поменуте категорије становништва често не поседују нити лична документа као ни здравствену књижицу тј картицу, којом могу остварити право на здравствену заштиту. Иако то своје право могу да остваре уколико су запослени преко послодавца а уколико нису преко Националне службе за запошљавање то не чине. Услед болести се дешава да буду прегледани, или лечени о трошку свих других пореских обвезника, јер немају документа и њихови третмани не могу бити фактурисани а самим тим ни наплаћени. На овај начин, који се може схватити као суров и апсолутно нехуманистички, установа надокнађује „губитке“ услед оваквог лечења док би у другим околностима та иста средства могла да искористи за унапређење услова и квалитета рада. Решење је, наравно да сви грађани једне земље имају прилику и обавезу да обезбеде себи лична документа ако не због себе самих онда због својих суграђана. Република Србија у сарадњи са другим земљама и организацијама из невладиног сектора, покреће пројекте у којима се отварају нове амбуланте за прегледе, где се свим грађанима може пружити адекватна нега. Стога је потребно оснаживање и проширивање оваквих алтруистичких подухвата како би здравствена заштита била свима доступна и пружена. Доступност здравствене заштите се може пратити на основу плаћања партиципације и лекова, као индикатора солвентности (материјалног стања) пацијената која уколико је неадекватна, онемогућава пацијента да оствари своје право на лечење. Према истраживању задовољства пацијената пруженом здравственом заштитом у државним здравственим установама, један сегмент се тиче доступности здравствене заштите. Резултати показују следеће: најчешће корисници партиципирају за прописану терапију (лекове

¹⁷² Одлука Министарства здравља бр 401-00-686/2019-08, дана 18. март 2019. године

¹⁷³ Закон о правима пацијената. („Сл. гласник РС“ 45/2013 и 25/2019)

или инекције), 34,9%. Уколико се доступност здравствених услуга посматра по службама, највећи проценат бесплатних услуга се остварује у служби за здравствену заштиту деце. Од услуга, најчешће се у свим службама бесплатно остварује преглед изабраног лекара. У свим услугама најчешће партиципирају корисници службе опште медицине (мање од корисника службе стоматологије, гинекологије и педијатрије). Сваки осми корисник (12,2%) је одложио здравствену услугу бар једном у последњих 12 месеци јер није могао да плати учешће или лекове. Овај проценат је, са малим осцилацијама, стабилан од почетка испитивања задовољства корисника 2009. године¹⁷⁴

- Идеја-изградња паметних болница, уопште здравствених установа

Паметне зграде су објекти код којих се у изградњи користе материјали и системи који ће допринети што мањој потрошњи енергије и што једноставнијем руковању свим садржајима. Зграда се назива паметном јер се прилагођава тренутној активности, расположењу, навикама и животном стилу сваког корисника, а притом остварује енергетске уштеде. Изграђене су квалитетно пројектованим и уграђеним материјалима, термоизолацији објекта који су основа рационалног коришћења система хлађења и грејања. Системом паметних зграда контролише се: расвета, електропотрошачи, термодинамика, контрола приступа и присуства у просторијама, безбедносни систем и друго. Паметна зграда значи да је све аутоматизовано. Оног тренутка када се отвори прозор, клима престане да ради, оног тренутка када је толика температура, клима почиње да хлади, ако је превисок притисак, отварају се нека врата, укључује вентилација и сл. За индустријске, комерцијалне и услужне системе ту су силне уштеде.¹⁷⁵

Изградњом „паметних“ болница и других здравствених установа који су општепознати велики потрошачи електричне енергије, умањила би се количина енергије која је потребна. Као потрошачи наводе се велики апарати за различите примене, монитори, лабораторијски аналајзери, рентген апарати, ултразвучни апарати, стерилизатори, апарати који се користе за најразноврсније могуће намене у сврху лечења или дијагностиковања болести, осветљење операционих сала, одељења, амбуланти и свих других просторија које се користе. Уколико би просторије биле празне светло би било угашено, када се активно не користе апарати доток струје би био стопиран и тако даље, бројни су примери уштеде. Самим смањењем коришћене електричне енергије добијамо (намерно кажем добијамо, јер сви ми корисници здравственог осигурања и услуга плаћајући осигурање, своја средстава усмеравамо на РФЗО који касније финансира комуналне услуге болница) и смањене рачуне за струју. Мањи издаци здравствених

¹⁷⁴ www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202016.pdf

¹⁷⁵ www.4zida.rs/blog/sta-su-pametne-zgrade/

установа значе, мања издвајања за здравствено и социјално осигурање, што би свакако обрадовало све порезне платише. Друго, установа би сачувани новац могла да инвестира у друге потребе и унапређивање свог пословања и квалитета здравствених услуга које пружа пацијентима. На тај начин, пацијенти су задовољнији пруженом негом и лечењем, што смањује вероватноћу за незадовољством.

- Повећање одговорности здравствених радника и пацијената према себи

Редовни и превентивни прегледи могу помоћи пацијентима да на време док је болест још у повоју, започну са лечењем. Брига о сопственом здрављу је предуслов за функционисање здравственог система. Када пацијент редовно посећује лекара, у прилици је да на време открије уколико дође до појаве болести или каквог погоршања. Сходно томе може отпочети лечење како би постигао што позитивније резултате, са минималним улагањем у лечење. Када то није случај, већ буде ситуација да је обољење већ унапредовало тада лечење изискује већи ангажман лекара, медицинског особља, средстава од осигурања, додатне третмане и неретко лечење ван граница државе Србије. Такав тип лечења има високе финансијске захтеве које пацијент није у могућности сам да регулише те су потребни додатни приливи из разних извора (то могу бити различита удружења, хуманитарне организације, пеј пал рачуни (*pay pall*) којима се дотирају новчана средства из земље и иностранства, и остало), што све додатно оштећује већ унесрећени буџет. Пацијент чувајући своје здравље утиче на смањење трошкова лечења што се одликује на здравствени систем који нема додатних издатака већ се та средства могу преусмерити где су потребна. Када здравствени радници брину о свом раду и улажу напоре да он буде што квалитетнији, пацијенти ће бити задовољнији пруженом негом што води ка општем задовољству обе стране.

Списак табела

Табела 1. *Годишња стопа раста БДП-а*

Табела 2. *Приказ БДП-а од 2014-2018. године*

Табела 3. *Издајање буџетских средстава за здравствени систем*

Попис коришћене литературе

1. Amon J., *Abusing patients: health providers complicity in torture and cruel inhuman or degrading treatment - 2010*, World report 2010 Human rights Watch, New York, 2010.
2. Annas J. G., *The right of patients* NYU Press, New York, 2004.
3. Живковић Шуловић М., Атанасијевић Д., Брцански Ј., Вукша А. *Анализа задовољства корисника здравственом заштитом у државним здравственим установама Републике Србије за 2016. годину*. Институт за јавно здравље Батут. 2017. Преузето са:
<http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202016.pdf>
4. Ackerman F.T., Carson S., *A casebook Medical Ethics*, Oxford University Press, Oxford, 1992.
5. Active Citizenship Network, *European Charter of Patients' Rights – Basic document*, Rome, 2002.
6. Blaauwbroek H. G. *Patient organizations and patient rights within the Dutch health care system*. and A. Schrijvers in *Health and health care in Netherlands*. Pg 223-273. Utrecht: De Tijdstroom. Nederland. 1997.
7. Браш М., Ђорђевић В., Миличић Д., *Комуникација лијечника и болесника*, Медицински факултет, Загреб, 2011.
8. Вукоњански, И., *Посебно управно право*, Универзитет Мегатренд, Београд, 2018.
9. Гавриловић А., Трмчић С., *Здравствено осигурање у Србији – финансијски одржив систем*, Међународна научна конференција менаџмент, Београд, 2012.
10. Гајић-Стевановић М., Димитријевић С., Вукша А., Јовановић Д., *Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008*, Институт за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут, 2010.
11. Гајић-Стевановић М., Теодоровић Н., Димитријевић С., Јовановић Д., *Испитивање финансијских токова у здравственом систему Републике Србије у периоду од 2003. до 2006. године*, Војносанитетски преглед Вол. 67 Бр. 5, Београд, 2007.
12. Gibis. B. Koch-Wulkan. P. Bultman. J. *Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems*. Social Health Insurance Systems in Western Europe
13. Глинтић М., *Европски здравствени потрошачки индекс - оцена нивоа здравствене заштите у Републици Србији*, Институт за упоредно право, Београд, 2014.

-
14. Грујић Мартинов В., Цвејин М., Лековић Б., *Менаџмент у здравству*, Медицински факултет, Нови Сад, 2007.
 15. Дулчић К., Бодирога-Вукобрат Н., *Заштита особних података пацијената у еуропском и хрватском праву*, Правни факултет, Ријека, 2008.
 16. Драшкић М., *Права пацијената у Србији: старо вино у новој боци*, Правни факултет, Београд, 2013.
 17. Живаљевић А., *Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система*, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012.
 18. Живаљевић А., Врцељ Н., *Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета*, Пословна Економија, 2015.
 19. Ezer I., *Making law work for patients*, Open Society Foundations, New York, 2013.
 20. Зекић М., Шегрт С., *Утицај приватног здравственог осигурања на макроекономски амбијент Републике Србије*, Часопис за менаџмент, право и финансије, Београд, 2015.
 21. *Извештај о раду центара за социјални рад*, Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2017. Преузето са: [www.zavodsz.gov.rs>media>извештај-о раду-цент...](http://www.zavodsz.gov.rs/media/izvештај-о-раду-цент...)
-
22. Јовановић С., Миловановић С., Мандић Ј., Јововић С., *Системи здравствене заштите*, вол. 37 бр. 1, Енграми, Београд, 2015.
 23. Јовићевић-Бекић А., Божанић В., *Кључни аспекти управљања квалитетом здравствене услуге*, СИМОРГ, Београд, 2002.
 24. Ковичић К., *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - Упоредноправна анализа у европским земљама*. Институт за упоредно право. Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда. Београд, 2014.
 25. Каличанин П., *Медицинска етика и медицинско право*, Институт за ментално здравље, Београд, 1999.
 26. Р. Косановић, *Социјално право*, НИП „Радничка штампа“, Београд. 2011.
 27. Косановић Р., Симић С., Јелача П., *Плаћање здравственој служби за њен рад: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији*, Центар за проучавање алтернатива и Самиздат Б92, Београд 2001.
 28. Кулић Ж., *Управљање људским ресурсима са организационим понашањем*, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2003.
 29. Loeffler I.J.P., *Health care in human rights*, British medical journal, London, 1999.

-
30. Марковић Б., Вукић С., *Модели организације и финансирања здравства у одабраним земљама свијета*, Економски Вјесник, Осијек 22/2009
31. Марковић. М., *Опита питања заштите пацијентових права са посебним освртом на Закон о здравственој заштити Србије*. Пацијентова права у систему здравства. 89-102 стр. Институт за друштвена истраживања. Београд, 2010.
32. Марковић. М., Декларација о промоцији пацијентових права у Европи. Пацијентова права у систему здравства. Превод са енглеског 119-132 стр. у *Пацијентова права у систему здравства, Србија и европске перспективе*. Институт за друштвена истраживања. Београд. 2010.
33. Матковић Г., *Дневни боравак као право и услуга у систему социјалне заштите*, Становништво бр. 1, ISSN 0038-982X. Оригинални научни рад. Београд, 2009.
34. Машић И., Торомановић С., Смајкић А., *Социјална медицина с основама здравствене његе у заједници и поливалентној патронажи*, Авицена, Сарајево, 2009.
35. Миленковић М., *Доношење одлука у здравственом систему и заштита права пацијената – дуг пут до проналажења адекватног институционалног оквира*, Институт друштвених наука, Београд, 2010.
36. Митровић М. Гавриловић А. *Организација и менаџмент у здравственом систему Србије*. FBIM Transactions. Вол.1 Бр. 2. стр 145-158 MESTE NVO. SZ & Associates. Toronto. Canada. 2013.
37. Митровић М., Митровић У., *Менаџмент у теорији и пракси*, Факултет за менаџмент малих и средњих предузећа и Удружење менаџера и консултаната Србије - УМИКС, Београд, 2013.
38. Митровић М, Гавриловић А., *Организација и менаџмент у здравственом систему Србије*, FBIM Transactions, Београд, 2013.
39. Митровић, Н., Иванек, Р., Пендић З. - *Темељ рационализације у здравству, Менаџмент тоталним квалитетом*, вол. 27, бр. 1, стр 173-178. Београд, 1999.
40. Мишковић З., *Утицај власничке структуре на систем за менаџмент квалитета здравствених установа Републике Србије*, Докторска дисертација, Факултет за пословне студије, Универзитет Џон Незбит, Београд, 2017.
41. Мићовић П., *Здравствени менаџмент: Менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Комора здравствених установа Србије, Београд, 2008.

-
42. Mona M.. *Patient rights - are his rights really recognized?*. Bioethics. Management in health. XXI/2/2017. Str 34-37.
43. Мујовић Зорнић Х., Сјеничић М., Миленковић М., *Права пацијената и законодавне промене у Србији*, Вол. XL, Бр 1. Часопис за друштвене науке, Универзитет у Нишу, Ниш, 2016.
44. Мујовић-Зорнић Х. Клајн-Татић В., Радишић Ј., Сјеничић М., Марковић М., Јовић О., *Пацијентова права у систему здравства-Србија и европске перспективе*, Институт друштвених наука, Београд, 2010.
45. Мујовић-Зорнић Х., *Позиција пацијената у Републици Србији: јавноправни механизми и њихова заштита*, Фондација Центар за јавно право, Београд 2014.
46. OECD Publishing. Health at a Glance 2011 – OECD Indicators. 2011. str. 157
-
47. Ожеговић Н., *Права пацијената и заштита лица са менталним сметњама*, Пословни биро, Београд, 2013.
48. Пендић З., Вујотић Љ., Мајсторовић В., Донфрид Б., Контић М., Пендић Р., Полак С., Јовановић Т., Шуловић В., Јанчев М. *Квалитет и иновације у здравству - један корак напред*. Техника. вол. 7, бр. 6. Савез инжењера и техничара Србије. Београд. 2007.
49. Пендић, З. Шуловић В. Мајсторовић В. Пендић, Р., *Примена ИМС-а у оквиру здравственог сектора у републици Србији-неке препоруке*, Техника. вол. 6, бр. 2, стр. 1-10. Савез инжењера и техничара Србије. Београд. 2006.
50. Поповић Б, Шкрбић М., *Становништво и здравље*, Јумена, Загреб, 1987.
51. Радишић Ј., *Медицинско право*, Номос, Београд, 2007.
52. Радишић Ј., *Одговорност због штете изазване лекарском грешком у лечењу и у обавештавању пацијената*, Номос, Београд, 2007.
53. Радишић, Ј., Мујовић-Зорнић, Х., *Помоћ пацијентима у остваривању њихових права - Западна Европа као узор Србији*, Југословенско удружење за медицинско право, Београд, 2004.
54. Ракоњац-Антић, Т. *Пензијско и здравствено осигурање*. Центар за издавачку делатност Економског факултета Универзитета у Београду. Београд. 2012.
55. G. Ridic, S. Gleason, O. Ridic, *Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada*, Materia socio-medica. Сарајево 2012, Vol. 24, No. 2, 112

56. Римац Б., Вичић-Худоровић В., *Утјецај образовања здравствених дјелатника на сигурност пацијената*. Сестрински гласник. Вол. 18 Бр. 1, Загреб. 2013.
57. Савић М. *Систем здравствене заштите и права пацијената у Црној Гори - Освајање поверења грађана*, Центар за мониторинг и истраживање (ЦеМи). Подгорица. 2017.
58. Самарџић М. *Повеља о правима пацијената*. Право - теорија и пракса. Центар за унапређивање правних студија. Београд. 1999.
59. Сатарић Н. *Како организације цивилног друштва у Србији доприносе развоју ванинституционалне заштите старијих*. Амиту. Београд. 2008.
60. Siddiqi, S., *Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from evidence to action in seven developing country hospitals*. International Journal for Quality in Health Care. Oxford. 2012.
61. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Легетић Б., *Здравствено осигурање: теорија и пракса*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд. 1995.
62. Стошић С., Рабреновић М., *Здравствено осигурање и права пацијената у земљама Европске Уније*. Институт за упоредно право. Београд. 2016.
63. *Стратегија за смањење сиромаштва за 2002. годину*. Влада Републике Србије. Београд. 2003. Преузето са: https://www.srbija.gov.rs/extfile/sr/211704/strategija-za-smanjenje-siromastva-u-srbiji_cyr.pdf
64. Таланга Ј., *Однос лијечника и пацијента према медицинској етици*, Институт за филозофију, Загреб, 2006.
65. Tritter J., Koivusalo M., Ollia E., Dorfman P., *Globalisation Markets and Health care Policy. Redrawing the patient as consumer. Critical studies in health and society*. Routledge. New York. 2009.
66. Fallberg, L., *Patients rights in the Nordic Countries*. European Journal of Health Law. Leiden. Nederland. 2000.
67. Цуцић В, Симић С, Бјеговић В, Живковић М, Вуковић Д, Докнић-Стефановић Д., *Социјална медицина*. Савремена администрација. Београд. 2000.
68. Чизмић Ј., *Право на приступ подацима у медицинској документацији*. Правни факултет Свеучилишта у Сплиту. 2008.
69. Шагрић Ч., Радуловић О., Богдановић М., Марковић Р., *Социјална маргинализација и здравља*, Acta Medica Medianaе. Ниш. 2007.
70. Шешић, Б. *Основи методологије друштвених наука, друго издање*. Научна књига. Београд. 1977.

71. Штифанић М., *Криза здравства: пријетње и могућности : здравље постаје роба која богати купују, а сиромашни умиру*. Удруга Хрватски покрет за права пацијената (НРРР) Загреб. 2010.
72. Штифанић М., *Притужбе пацијената: како до правде*. Удруга Хрватски покрет за права пацијената (НРРР) Загреб. 2011.

Чланци:

73. „Двострука заштита пацијената“
<http://www.rts.rs/page/stories/ci/story/124/drustvo/1479029/dvostruka-zastita-pacijenata.html>
74. *Платформа за успостављање ефикасног и одрживог механизма заштите права пацијената*, у оквиру пројекта „Независна и ефикасна институција као гарант заштите права пацијената“. Правни скенер. Фондација за отворено друштво Србије. Београд. 2013.

Правни извори:

75. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015)
76. Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 - одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - одлука УС, 106/2015 и 10/2016 - др. закон)
77. Закон о правима пацијената („Сл. гласник РС“, бр. 45/2013)
78. Закон о пациентових правима („Урадни лист Републике Словеније“, бр. 15/2008)
79. Закон о правима пацијената („Службени гласник Црне Горе“ бр. 40/2010 и 40/2011 и други закони)
80. Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника, („Сл. гласник РС“, бр. 35/2011)
81. Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. WHO. 1981/1995
82. Charter of the Hospital patient, Hospital Committee of the E. E. C, Luxembourg, 1979.

Интернет извори:

83. *Извештај о раду заштитника осигураних лица за 2018. годину.* Доступно на www.rfzo.rs/index.php/zastita-osiguranika-stat
84. www.government.nl/.../11/.../patients-rights-care-sector-act. Patients Righth Act. Care sector. Regulation. Government NL.
85. www.bmj.com/content/357/bmj.j2277. Italy recognises patient safety as a fundamental right
86. <http://www.pravapacijenata.ba/>
87. <https://www.paragraf.me/propisi-crnegore/zakon-o-pravima-pacijenata>.
88. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=455&urlid=200815>
89. udruzenje-kap.com/prava-pacijenata-u-bih.
90. <http://www.mzdravlja.gov.me/rubrike/prava-pacijenata>
100. www.nbs.rs/export/sites/SBRS01.xls
101. www.pravni-skener.org/pdf/sr/zastita_prava_pacijenata.pdf
102. <http://www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2015/Casopis%20ZZ%202015-5.pdf>
103. <http://www.rfzo.rs/> http://www.bbvt.nl/files/patientorganizations_netherlands_herzien.pdf
104. www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_mapping_patientsrights_frep_en.pdf. Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise. (2016) Final Report. European Commission.
105. www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_mapping_patientsrights_frep_en.pdf
106. www.eu.patienten.de/en/behandlung_deutschland/einsicht_in_die_patientenakte/einsicht_patientenakte.jsp EU- Patienten.DE. The right to inspect the medical records.
107. www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG. European Convention on Human Rights - European Court of Human
109. www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/droits-patients-en-france_en.html. Patients's rights in France. CLEIS.
110. www.coe.int/en/web/european-social-charter. The European Social Charter-Conseil de l'Europe
111. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>. Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Ljubljana Conference, 1996.
112. <http://privatnapraksa.org/>

113. <http://www.prsp.sr.gov.yu/index.jsp>