

ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ

**САВРЕМЕНИ ПРАВНИ ПРОМЕТ
И УСЛУГЕ**

**Уредник
МИОДРАГ МИЋОВИЋ**

**Крагујевац
2018.**

САВРЕМЕНИ ПРАВНИ ПРОМЕТ И УСЛУГЕ

Зборник реферата са Међународног научног скупа одржаног 25. маја 2018. године, на Правном факултету у Крагујевцу.

Међународни научни одбор Мајског саветовања:

Проф. др Мирослав Миловић, Филозофски факултет Универзитета у Бразилији; Проф. др Маркус Фаро де Кастро, Правни факултет Универзитета у Бразилији; Проф. др Данче Манолева-Митровска, Правни факултет "Јустинијан I", Универзитета "Кирил и Методије" Скопље; Проф. др Миха Јухарт, Правни факултет Универзитета у Љубљани; Проф. др Хрвоје Качер, Правни факултет Свеучилишта у Сплиту; Проф. др Един Ризвановић, Правни факултет Универзитета "Џемал Биједић" у Мостару; Проф. др Снежана Миладиновић, Правни факултет Универзитета Црне Горе; Проф. др Миодраг Мићовић, Правни факултет Универзитета у Крагујевцу

ИЗДАВАЧ: Правни факултет Универзитета у Крагујевцу
Јована Цвијића 1, 34000 Крагујевац
Тел: (034) 306 510
телефакс: (034) 306 540
е-пошта: faculty@jura.kg.ac.rs
веб: <http://.jura.kg.ac.rs>

РЕЦЕНЗЕНТИ Проф. др Хрвоје Качер
Проф. др Снежана Миладиновић
Проф. др Миодраг Мићовић

ЗА ИЗДАВАЧА: Проф. др Драган Вујисић

УРЕДНИК: Проф. др Миодраг Мићовић

ШТАМПА: Графичка радња "Кварк", Краљево

ТИРАЖ: 100

ISBN 978-86-7623-081-5

Штампање Зборника подржало Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије

*Зоран Павловић, редовни професор
Правног факултета за привреду и правосуђе
Универзитета Привредна академија у Новом Саду,
Покрајински заштитник грађана – омбудсман АП Војводине
Милан Дакић, заменик Покрајинског заштитника грађана –
омбудсмана АП Војводине*

*УДК: 364.69(497.11)
DOI: 10.46793/XIVMajsko.549P*

ИНСТИТУТИ И МЕХАНИЗМИ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ДОСТУПНОСТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Резиме

Полазећи од значаја омогућавања доступности здравствене службе као услова остварења квалитетне здравствене заштите, те индикатора који указују да је из корпуса права пацијената право на доступност здравствене заштите на врху листе најчешће угрожених, аутори кроз критички приказ нормативних, институционалних и функционалних механизма заштите, желе да изнађу кључне разлоге оваквог стања. Препознајући најчешће појавне облике повреда права, као централни предмет анализе узет је посебни законски институт којим је уређен начин и поступак остваривања права на најбројније здравствене услуге, а чије кључно обележје представља изричито утврђен рок у којем се исте морају пружити. Оно што додатно отежава задатак аутора јесте постојање супсидијарног метода остваривања истих права, који представља корективни елемент и нормирану екстензију домаћаја права на здравствену заштиту, на начин да иста и даље задовољава законски оквир оличен у одредби „у границама материјалних могућности система здравствене заштите“ као јединог реалног ограничења рада здравственог система. Постојање овако квалитетног и целовитог модела, али и свести о свакодневним проблемима грађана да закажу и обаве лекарски преглед, представљају посебан изазов у изнајлажењу целисходних решења. Ово је истовремено разлог и основни мотив да адекватни одговори буду препознати у позитивноправном систему здравствене заштите, имајући на уму да до сада спроведене реформе система заштите права пацијената нису дале задовољавајуће резултате.

Кључне речи: *право на доступност здравствене заштите, рефундација трошкова здравствене заштите, заштита права пацијената, саветник пацијената.*

„Није право питање да ли државе могу приуштити да улажу у своје здравствене системе, већ да ли могу приуштити да то не чине.“

*др Тедрос Адханом Гебрејесус,
директор Светске здравствене организације*

1. Увод

Оно што претпостављамо као услове постојања и развоја, у најширем значењу речи, „здравог“ друштва: поштовање начела грађанске демократије и основних људских права и слобода, елиминисање друштвених, патолошких аномалија, као што је криминалитет, подстицање научног и уметничког стваралаштва те многе друге, нужно почива на опстанку људске врсте, које се обезбеђује њеним здравим појединцима. И зато је оно ствар од општег и темељног значаја, услов али и циљ друштвеног развоја. Право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, иако по свом карактеру лично људско право, не представља искључиви интерес појединца са чијим физичким и психичким интегритетом је непосредно у вези, већ је део најширег концепта углавном познатог под називом јавно здравље¹. Према позитивноправном утврђењу „скуп знања, вештина и активности усмерених на унапређење здравља, спречавање и сузбијање болести, продужење и побољшање квалитета живота путем организованих мера друштва“², прихваћени је појам јавног здравља, као основног полазишта али и саставног дела здравствене политике која на стратешки начин треба да идентификује приоритетна подручја где је унапређење здравља и квалитета живота могуће, појасни циљеве и дефинише основне активности и одговорности свих релевантних партнера у области јавног здравља.³ Здравствену политику у овом смислу карактерише јасна и недвосмислена брига за здравље и правичност у свим сферама политике и одговорност за утицај на здравље.⁴ Без обзира на облик система здравствене заштите за чије успостављање и управљање се определи, генерални циљеви

¹ Према настаријој прихваћеној дефиницији јавно здравље је „наука и уметност спречавања болести, продужења живота, унапређења менталног и физичког здравља, ефикасности кроз организоване напоре заједнице за заштиту животне околине, контролу инфекција у заједници, едукацију индивидуа о принципима личне хигијене, организовање здравствене службе за рану дијагнозу и превентивну терапију болести и развој социјалних механизма који ће обезбедити да свака индивидуа у заједници има стандард живота који ће јој омогућити да очува здравље.“ Winslow, C. E. A., *The Untilled Field of Public Health*, Modern Medicine. 2, 1920, стр. 183–191.

² Чл. 2. Закона о јавном здрављу ("Службени гласник РС", бр. 15/2016)

³ Више: Стратегија јавног здравља Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 22/2009)

⁴ Nutbeam, D., *Health promotion glossary*, Health Promotion International, 1998, V 0113. no.

4. Oxford University Press. <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF>

здравствене политике по правилу су универзални. Поред циљева обезбеђивања материјалне сигурности грађана, макроекономске и микроекономске ефикасности, слободе избора за кориснике, те одговарајуће аутономије за даваоце услуга, на првом месту се истиче доступност здравствене заштите и равноправност корисника у систему, који предвиђа постојање минимума здравствене заштите доступног свим грађанима и једнак третман за једнаке потребе унутар државног сектора здравства.⁵ Омогућавање приступа појединца здравственом систему, које је прокламовано као једно од основних људских права у корпусу права на здравствену заштиту и чије обезбеђење представља предуслов испуњења свих осталих ових права, један је од критеријума на основу којих се вреднује остваривање права на здравље људи.⁶ Стога, уз минимум неопходног теоретског разматрања о предмету овог рада чији је значај ноторан, овај општи оквир искористићемо као паралелу ка конкретизованим посебним облицима и начинима свакодневног остваривања права на доступност здравствене заштите, у казуистичком маниру, пре свега анализирајући поједина позитивноправна решења и проблеме који се јављају у пракси.

Уставом Републике Србије зајемчено људско право сваког на заштиту свог физичког и психичког здравља⁷ непосредно се примењује на начин утврђен законом. Основним законима којима су прописана права у овој области и на основу чијих одредби се оно остварује уређују се: систем здравствене заштите као организоване и свеобухватне делатности друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља; права из обавезног здравственог осигурања којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђује право на здравствену заштиту; права пацијената приликом коришћења здравствене заштите. Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних

⁵ Више о овоме: Бјеговић, В., Симић, С., Косановић, Р., *Одговарајућа здравствена политика као предуслов реформе система здравствене заштите*, Зборник радова: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији, Београд, 2001, стр. 69-97

⁶ Доступност као критеријум укључује ефикасну инфраструктуру и услуге јавног здравља као и доступну квалитетну здравствену заштиту. Приступачност подразумева недискриминацију, физичку приступачност, приступачне цене и информације. Прихватљивост подразумева поштовање начела лекарске етике, осетљивости за различита животна доба и здравствене институције, у циљу побољшања здравља и здравственог стања свих корисника. Квалитет подразумева комплетну здравствену инфраструктуру, која би требало да буде научно и медицински квалитетна. Чиплић С., Ђуричић, М., Булатовић И., Спасојевић, Д., *Људска права и медицина*, Војносанитетски преглед, Волумен 67, бр. 9/2010, стр. 771-773.

⁷ Чл. 68. Устава Републике Србије (“Сл. гласник РС“ 98/2006)

могућности система здравствене заштите.⁸ Када не постоје услови да се медицинска мера пружи одмах, пацијент има право на заказивање прегледа, дијагностичких процедура, као и других медицинских мера и поступака у најкраћем могућем року.⁹ На овом месту посебно треба назначити да се под појмом „пацијент“ сматра лице, односно осигурано лице у смислу Закона о здравственом осигурању¹⁰, 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.¹¹

Проблем доступности здравствене заштите, као основни предмет овог рада, посматраћемо у контексту приступа пацијената здравственој служби¹² ради добијања здравствених услуга које се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања, имајући у виду да број осигураних лица и лица осигураних за одређене случајеве који уживају права из обавезног здравственог осигурања¹³ (право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене законом) представља приближно 97% укупног броја становништва.¹⁴ По истом квантитативном критеријуму – уделу у укупном броју здравствених услуга, анализа се односи на доступност здравственим услугама утврђеним важећим номенклатурама, које представљају специјалистичко-консултативне прегледе, дијагностичке прегледе (лабораторијске анализе, рендген прегледе, ултразвучне прегледе) и медицинску рехабилитацију, као најбројнијих услуга, сагласно стратешком и оперативном документу у спровођењу политике обавезног здравственог

⁸ Чл. 6 ст. 1 Закона о правима пацијената (“Сл. гласник РС“ 45/2013, 105/2017)

⁹ Чл. 29. ст. 1. Закона о правима пацијената

¹⁰ “Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012 (Одлука Уставног суда), 119/2012, 55/2013 (Решење Уставног суда), 99/2014, 123/2014 (Одлука Уставног суда), 106/2015, 10/2016

¹¹ Чл. 2. Закона о правима пацијената

¹² Здравствену службу у Републици чине здравствене установе и други облици здравствене службе (приватна пракса), који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са овим законом. - Чл. 6. Закона о здравственој заштити “Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 72/2009 (други закон), 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 (други закон), 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017 (други закон)

¹³ 6.826.231 осигураника на дан 21.05.2017. године <https://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/230517/230517-vest9.html> (приступљено 10.03.2018. године)

¹⁴ 7.040.272 је процењени број становника Републике Србије (без података за АП Косово и Метохија) на дан 01.01.2017. године <http://www.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=162> (приступљено 10.03.2018. године)

осигурања којим се уређује план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у свакој календарској години.¹⁵

2. Начин и поступак остваривања права на највећи број услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања

Посебан предмет разматрања, као огледни пример остваривања права на доступност здравствене заштите у свакодневном животу, који се тиче приступа именованим здравственим услугама – специјалистичко-консултативним и дијагностичким прегледима, те медицинској рехабилитацији, није изабран искључиво из разлога поменутог удела у укупном броју здравствених услуга које се пружају као права из обавезног здравственог осигурања, а како ће бити приказано, следствено и највећем броју повреда права пацијента које се управо односе на немогућност или ограничену могућност уживања ових услуга. Наиме, као целисходан механизам конкретизације законских права који обезбеђује сигурност пацијента да ће остварити здравствену заштиту, установљен је посебан законски институт којим је уређен начин и поступак остваривања права на ове здравствене услуге, а чије кључно обележје представља изричито утврђен рок у којем се исте морају пружити. Међутим, поред овога, доносилац прописа, који је истовремено и надлежна организација за обавезно социјално осигурање у којој се остварују права из обавезног здравственог осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање, предвидео је додатни, супсидијарни метод остваривања истих права, који представља корективни елемент и нормирану екстензију домашаја права на здравствену заштиту, на начин да иста и даље задовољава законски оквир оличен у одредби „у границама материјалних могућности система здравствене заштите“ као јединог реалног ограничења рада здравственог система.

¹⁵ Планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2018. годину ("Службени гласник РС", бр. 119/2017), у оквиру дијагностике у примарној здравственој заштити на име лабораторијских анализа, микробиолошких анализа, као и услуга рендген и ултразвучне дијагностике, планирано је укупно 37.705.224 услуга, а у оквиру организованих специјалистичко-консултативних служби, по упуту изабраног лекара планира се око 3.414.100 специјалистичко-консултативних прегледа лекара и око 8.377.100 дијагностичко-терапијских услуга. На секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите планира се око 13.700.000 специјалистичко-консултативних прегледа, око 54.412.300 лабораторијских анализа, око 3.467.600 услуга микробиолошке дијагностике, око 2.102.000 услуга рендген дијагностике, око 1.000.000 услуга ултразвучне дијагностике, око 230.000 услуга доплер дијагностике, око 341.000 услуга скенер дијагностике, те око 20.000.000 услуга физикалне медицине и рехабилитације.

Подзаконским општим актом¹⁶ разрађене су одредбе закона које утврђују право на доступну и квалитетну здравствену заштиту тако што је ближе уређен начин и поступак остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања. Наведена права на доступност здравствене заштите и поштовање пацијентовог времена конкретизована су кроз обавезу здравствене установе да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се код здравствене установе не може обавити одмах по јављању осигураног лица на преглед. Осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у овом року, здравствена установа је дужна да на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му изда писану потврду (образац ПЗ). Потврда садржи писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију. Осигурано лице коме је на лекарском упуту уписан датум заказаног прегледа, односно издата потврда, може да обави потребан преглед или медицинску рехабилитацију у приватној пракси или у допунском раду код здравствене установе са којом је закључен уговор. Трошкове овог прегледа сноси осигурано лице из сопствених средстава, а после обављеног прегледа осигурано лице има право да поднесе матичној филијали Републичког фонда за здравствено осигурање захтев за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси, односно допунском раду код здравствене установе.¹⁷ Уколико матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова осигураном лицу у висини стварних трошкова уз умањење за износ партиципације ако осигурано лице има обавезу плаћања партиципације за пружену услугу.

Специјалистичко-консултативна заштита, одређена на наведени начин, подразумева јављање на преглед пацијента - осигураног лица лекару специјалисти на основу упута свог изабраног лекара, с обзиром да код изабраног лекара осигурано лице остварује здравствену заштиту непосредно без упута.¹⁸ Сагласно утврђеној политици јавног здравља која се темељи на

¹⁶ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/2010, 80/2010, 60/2011, 1/2013, 108/2017) – даље: Правилник

¹⁷ Захтев се подноси на "Обрасцу РЕФ-1". Уз захтев за рефундацију трошкова осигурано лице подноси: упут за преглед код здравствене установе са евидентираним датумом заказивања прегледа или упут за преглед у здравственој установи са потврдом; рачун о плаћеном прегледу; медицинску документацију (специјалистички налаз и др.) и фотокопију здравствене књижице. (Чл. 69. Правилника)

¹⁸ Чл. 34. ст. 1. Правилника.

примарној превенцији у здравственој заштити¹⁹, ово упућивање се пре свега базира на исцрпљивању могућности здравствене заштите у здравственој установи на примарном нивоу²⁰ (најчешће у домовима здравља), а тек након испуњења овог услова у здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу²¹ (опште болнице, клинички центри, институти итд).²² Од наведених услуга изричито су изузете оне за које је прописано утврђивање листе чекања, односно за које се може утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица.²³ Ове услуге утврђују се према "Клиничким критеријумима и методологији за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама", таксативно су наведене у општем акту²⁴ (десет врста), представљају значајно мањи у односу на укупни

¹⁹ Више о овоме: Стратегија јавног здравља Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 22/2009)

²⁰ Здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу може да заказује, дијагностичке прегледе (лабораторијске анализе, рендген прегледе, ултразвучне прегледе), медицинску рехабилитацију и специјалистичко-консултативне прегледе. (Чл. 67. ст. 1. Правилника)

²¹ Здравствена установа која обавља здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу може да заказује специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе. (Чл. 67. ст. 2. Правилника)

²² Изабрани лекар упућује осигурано лице интерним упутом на преглед код доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине у здравствену установу на примарном нивоу код кога осигурано лице има изабраног лекара, или другу здравствену установу на подручју филијале која обавља здравствену делатност на примарном нивоу, ако је таква здравствена услуга прописана актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите. Изабрани лекар упућује осигурано лице на специјалистичко-консултативни преглед у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу здравствене заштите, на основу мишљења доктора медицине-специјалисте одговарајуће гране медицине из здравствене установе која обавља здравствену делатност на примарном нивоу. Ако здравствене услуге доктора медицине-специјалисте нису прописане актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите, изабрани лекар упућује осигурано лице у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу, без претходно прибављеног мишљења доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине. (чл. 39а. Правилника).

²³ Чл. 56 Закона о здравственом осигурању

²⁴ Листа чекања утврђује се за: 1) преглед методом компјутеризоване томографије (ЦТ) и методом магнетне резонанције (МР); 2) дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца; 3) реваскуларизацију миокарда; 4) уградњу трајног вештачког водича срца (ТВЕС) и кардиовертер дефибрилатора (ИЦД); 5) имплантацију вештачких валвула; 6) уграђивање графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт

број свих здравствених услуга које се обезбеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања и за њих је, такође, прописано максимално време чекања (у зависности од типа услуге – до два, три, шест, односно дванаест месеци).

Концепт обавезе рефундације трошкова које је осигурано лице имало за пружену здравствену услугу која је прописана као услуга коју осигураник начелно ужива на терет средстава обавезног здравственог осигурања, компатибилна је и са законским принципом забране наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања²⁵

Посебан облик права на рефундацију трошкова који нам, с обзиром на специфичност својства осигураног лица чију заштиту омогућава, још више приближава циљ због којег је установљена примена овог института у здравственом систему, јесте право на рефундацију трошкова трудницама. Овај облик почива на правилима основног модела, али га карактерише шири спектар могућности остваривања иницијалног права на здравствену услугу, а потом и једноставније процедуре и краћи рокови за рефундацију, што представља легитиман и целисходан начин поштовања и извршења уставне одредбе по којој се мајци пружа посебна подршка и заштита пре и после порођаја, те зајемченог људског права да труднице остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин. Осигурано лице - трудница има право на рефундацију трошкова за здравствену услугу, дијагностику, лек, односно медицинско средство у вези са трудноћом које је платила код здравствене установе са којом је закључен уговор о пружању здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, односно у приватној пракси због немогућности да јој се код здравствене установе са којом је закључен уговор о пружању здравствене заштите обезбеди здравствена услуга или дијагностика ради чијег обављања је упућена, односно лек или медицинско средство које јој је прописано. Трудница има право на рефундацију трошкова за здравствене услуге, дијагностику, лек, односно медицинско средство ако јој нису обезбеђени у року од три дана од дана јављања здравственој установи, а спадају у обим и садржај здравствене заштите који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања. За рефундацију трошкова, трудница

протеза; 7) уградњу ендопротеза кука и колена; 8) инструменталну сегменталну корекцију деформација кичменог стуба код деце; 9) операцију катаракте и 10) уградњу интраокуларног сочива. (чл. 64. ст. 3. Правилника)

²⁵ Забрањено је да давалац здравствених услуга, односно лице запослено код даваоца здравствених услуга, односно друго лице које обавља одређене послове код давалаца здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно да тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако овим законом није друкчије одређено. (Чл. 49а ст. 1 Закона о здравственом осигурању)

подноси захтев матичној филијали уз који прилаже медицинску документацију, рачун о плаћеним трошковима и фотокопију здравствене књижице. Ако матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова трудници у висини стварних трошкова.²⁶

Како су у питању основни елементи здравствене заштите - превентивна заштита, рано откривање здравствених сметњи као и правовремено и ефикасно лечење - омогућавање осигураним лицима да обаве специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе у, тумачењем *argumentum a contrario* законске одредбе „у најкраћем могућем року“ као најдужем року од тридесет дана, институт је који је прописан како би обезбедио додатне гаранције да ће нужна здравствена заштита бити остварена. Он садржи сложен, али јасан, скуп права и обавеза више страна и поступак у којима се остварују. Поступање сагласно сваком прописаном кораку омогућава целовито остварење крајњег права на здравствену заштиту, јер ће она бити пружена на терет средстава обавезног здравственог осигурања, уз евентуално предујмљивање трошкова, а пре свега обезбеђује непосредну заштиту здравља обављањем здравствене услуге. Након добијања упута изабраног лекара за специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед који може бити са термином, без термина, приоритетни, хитни и упут за контролу (са термином)²⁷, уколико је одређен термин на који се чека дуже од 30 дана, односно ако је издат упут без термина, осигураник треба да се јави у здравствену установу у коју је упућен, ради заказивања прегледа у законском року. Сматрамо да је јављање, односно у ширем смислу обраћање здравственој установи у којој треба да се изврши услуга, услов за остваривање даљег права по овом основу, имајући у виду прописану одредницу „од дана јављања осигураног лица здравственој установи“. Уколико у непосредном контакту са здравственим радницима и сарадницима не може заказати преглед о којем се води књига заказивања са личним подацима и термином у коме осигурано лице треба да се јави на заказани преглед, односно преглед закаже у дужем року од прописаног, здравствена установа је дужна да изда наведену потврду односно овери упут на којем је заказан преглед по истеку прописаног рока. Ако здравствена установа не поступи у складу са својом обавезом, као и у случају немогућности доказивања акта обраћања здравственој установи ради заказивања прегледа (у случајевима када овај податак није забележен у књизи заказивања), осигурано лице има могућност писменог обраћања директору исте али и коришћење других правних средстава која чине корпус права на приговор, о чему ће бити речи касније. Уз претпоставку извршења ове фазе (прибављања потврде или овереног упута), након што обави потребан преглед у приватној пракси или у допунском раду код здравствене установе са којом је закључен уговор,

²⁶ Чл. 70. Правилника.

²⁷ Опис процеса за заказивање, упућивање, креирање и реализација рецепта, Министарство здравља Републике Србије, www.mojdoktor.gov.rs

осигураник може поднети матичној филијали организације за обавезно здравствено осигурање захтев, уз нужну документацију, за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге. Имајући у виду да, начелно, матична филијала одлучује о правима из обавезног здравственог осигурања, на основу достављених доказа, без доношења решења, а да изузетке представљају случајеви када је доношење решења утврђено законом, односно општим актом Републичког фонда за здравствено осигурање, или кад доношење решења захтева осигурано лице, односно послодавац²⁸, од пресудне важности за остварење даљих права је да осигураник у самом писменом захтеву изричито тражи да се о његовом праву одлучи решењем које ће му бити достављено, у складу са законом. С обзиром на штуро законско уређење заштите права осигураних лица коју пружа организација за обавезно здравствено осигурање, значајно је навођење оних законских правила управног поступка, чија супсидијарна примена је изричито прописана.²⁹ Поступак се сматра покренутим пријемом захтева странке, те рокови за одлучивање почињу да теку од дана када је захтев непосредно предат у матичној филијали, односно даном предаје пошти, уколико се захтев шаље препорученом поштом.³⁰ Уколико захтев има недостатке који матичну филијалу спречавају да поступи по њему (недостаје медицинска документација, рачун о плаћеном прегледу или други прописани докази), ако није разумљив или ако није потпун, орган ће у року од осам дана од пријема поднеска обавестити подносиоца на који начин да уреди поднесак и то у року који не може бити краћи од осам дана, уз упозорење да ће захтев одбацити решењем ако га не уреди у року. Ако захтев буде уређен у року, сматра се да је од почетка био уредан.³¹ Против решења којим орган одбацује захтев јер није уређен у датом року може се изјавити жалба с обзиром на то да иста није изричито законом искључена. Рок за издавање решења по захтеву (доношење и обавештавање странке о донетом решењу) није прописан посебним законом, те се примењују општи рокови за издавање решења у управном поступку, односно најкасније у року од 30 дана од покретања поступка када се о управној ствари одлучује у поступку непосредног одлучивања или најкасније у року од 60 дана од покретања поступка када се о управној ствари не одлучује у поступку непосредног одлучивања.³² Како се у овом поступку одлучује о испуњењу формалних, јасно прописаних услова, што искључује дискрециону оцену, сматрамо да је примеренији наведени краћи рок за издавање решења, али да би жалба због „ћутања управе“ ипак била преурањена уколико би била поднета након истека

²⁸ Чл. 173. ст. 1. Закона о здравственом осигурању

²⁹ Чл. 173. ст. 2. Закона о здравственом осигурању

³⁰ Чл. 81 ст. 2. и чл. 91. ст. 1. Закона о општем управном поступку ("Службени гласник РС", бр. 18/2016)

³¹ Чл. 59. Закона о општем управном поступку

³² Чл. 145. Закона о општем управном поступку

30 дана, а пре истека 60 дана од предаје захтева. У другом степену, по жалби на решење које је издала матична филијала, а која се може изјавити у року од 15 дана од обавештавања подносиоца о решењу, одлучује Републички фонд за здравствено осигурање, односно Покрајински фонд за подручје аутономне покрајине.³³ Против коначног акта Републичког фонда, којим је одлучено о праву из здравственог осигурања, може се покренути управни спор.³⁴ Занимљиво је да је овакво законско решење, до измена и допуна закона које се примењују од 9. августа 2011. године, изричито искључивало могућност покретања управног спора против коначног акта којим је одлучено о праву на здравствену заштиту, као једног од права из здравственог осигурања, а међу које управо убрајамо и право на рефундацију о којем је реч. Против оваквог акта могла се тражити заштита права у парничном поступку пред надлежним судом у року од 30 дана од дана пријема одлуке, а поступак је одређен као хитан. Тако је за ову врсту поступка био надлежан Виши суд, имајући у виду законске одредбе по којима је овај суд, између осталог, надлежан да суди у споровима поводом обавезног социјалног осигурања.³⁵ Укидање овог изузетка и остављање могућности за вођење управног спора против свих коначних аката о којима је одлучено о праву из обавезног здравственог осигурања не искључује надлежност редовног суда да одлучује о захтеву тужиоца за накнаду штете која му је причињена у поступку остваривања права из здравственог осигурања.³⁶

На основу изложеног можемо закључити да представљени институт почива на људскоправном и законском становишту да осигурана лица имају неприкосновено право на уживање свих, осим оних малобројних таксативно утврђених, здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања, те ово право унапређује и оснажује укључивањем ресурса других облика здравствене службе у укупан механизам процеса остваривања здравствене заштите. Међутим, упркос сврси којој служи, дуго чекање и немогућност приступа овим услугама, као основни појавни облици кршења права на доступност здравствене заштите, представљају данашњу реалност.

³³ Чл. 174. ст. 3. Закона о здравственом осигурању и чл. 154. ст. 1. Закона о општем управном поступку

³⁴ Чл. 175. Закона о здравственом осигурању

³⁵ Чл. 23. ст. 1. тач. 8. Закона о уређењу судова ("Службени гласник РС", бр. 116/2008...113/2017)

³⁶ Врховни касациони суд је у Решењу Рев. 1148/2012 од 23.01.2014. године оценио као неправилно становиште другостепеног суда да су тужиоци своје право на судску заштиту искористили у управном поступку тако да им судска правна заштита у парничном поступку не припада. Наиме, одредба Закона о здравственом осигурању (...) којом је прописано да се против коначног акта Републичког фонда, којим је одлучено о праву из здравственог осигурања, може покренути управни спор не искључује надлежност суда опште надлежности да одлучује о захтеву тужиоца за накнаду штете у грађанскоправном спору, која му је причињена у поступку остваривања ових права.

3. Индикатори повреда права на доступност здравствене заштите

Број захтева за здравственим услугама је увек већи од коришћења здравствених услуга, јер један део захтева остаје нереализован у здравственом систему или је упућен алтернативним системима (тзв. традиционална медицина) или приватном сектору.³⁷ Упућивање у овом смислу не представља поступање сагласно изложеној законској процедури, јер би у том случају здравствена услуга била извршена у оквиру здравственог система (чији саставни део је и приватна пракса), а у крајности и на терет средстава обавезног здравственог осигурања. Овде је реч о принуђености осигураних лица да здравствену помоћ потраже у приватној пракси, јер им иста не може бити пружена у здравственој установи, а које услуге грађани у великом броју не могу да искористе, пре свега из разлога немогућности плаћања, што у коначности представља доминантни облик повреде права на доступност здравствене заштите.

Свакодневни проблеми грађана да закажу специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе, о чему имамо сазнања из средстава јавног информисања, али не ретко и из сопственог искуства, сведоче о значајној диспропорцији броја захтева и броја искоришћених здравствених услуга, на шта указују и резултати многих истраживања која су спроведена последњих година.

У извештају Министарства здравља Републике Србије под називом „Истраживање здравља становника Републике Србије - 2013. година“, објављеног јула 2014. године у прелиминарној верзији, наводи се да је лекара специјалисту, у периоду од годину дана пре тренутка испитивања посетило 40.1% становника Србије³⁸, док је у АП Војводини тај проценат 35,4%, као и да је у поменутом периоду услуге приватне праксе користило 15.1% становника Србије³⁹. Здравствену заштиту током поменутог периода није добило 18.2% становника Србије иако је имало потребу за њом.⁴⁰ Дуго чекање на здравствену заштиту чешће представља проблем у поређењу са немогућношћу да се дође до здравствене заштите услед удаљености: 16.6% грађана Србије нису остварили потребе за здравственом заштитом услед предугог чекања на заказани преглед или посету, док је 5.7% грађана као проблем навело удаљеност или проблеме са превозом до места пружања здравствене заштите. Једна од четири особе у Србији имала је потребу за здравственом заштитом у последњих годину дана коју није остварила услед финансијских препрека (24.8%).⁴¹

³⁷ Поповић М. Н., *Незадовољене здравствене потребе као показатељ доступности, приступачности и прихватљивости здравствене заштите*, докторска дисертација, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2017. године, стр. 9.

³⁸ Стр. 26 поменутог извештаја.

³⁹ *Исто*, стр. 27.

⁴⁰ *Исто*, стр. 29.

⁴¹ *Исто*.

Поред права на све врсте информација о стању свога здравља, здравственој служби и начину како је користи, као и на све информације које су на основу научних истраживања и технолошких иновација доступне, закон пацијенту гарантује и посебно право на информације о правима из здравственог осигурања и поступцима за остваривање тих права, које треба да добије благовремено и на начин који је у његовом најбољем интересу.⁴² Резултати истраживања „Ја у центру пажње - Ставови грађана о задовољству јавним услугама у примарној здравственој заштити”, спроведеног у децембру 2016. године, указују да више од половине испитаника (58%) сматра да нису или да су минимално информисани о правима пацијената, а нешто мањи број њих (51%) тврди да не зна коме треба да се обрати уколико сматра да су му нека од ових права ускраћена. Скоро половина њих (преко 40%) сматра да грађане о овим правима треба да информишу лекари, а потом и медији. Један од проблема идентификованих истраживањем „Могући правци повећања ефикасности здравственог система у Републици Србији” из 2016. године су „дуге листе чекања за поједине процедуре и лош проток информација о пацијентима међу здравственим установама”⁴³ Посебно се наводи да постојање великог броја пацијената који чекају терапије које превазилазе клинички прихватљиво време има озбиљне последице не само на појединце (повећање патње, смањење успеха терапије, компликованије терапије) већ и на друштво (скупље коришћење ресурса, више одсуствовања итд). Такође, постоји недостатак, а у већини случајева и потпуно непостојање координације између приватног и јавног система због коришћења различитих система, процедура и стандарда.⁴⁴ Укључивање приватног сектора је на веома ниском нивоу и могуће користи од већег учешћа приватних пружалаца здравствених услуга нису искоришћене. Приватни здравствени сектор у Србији још увек није на задовољавајућем нивоу развоја, јер се већина услуга, посебно на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, и даље претежно пружа у установама јавног карактера.⁴⁵ Најрелевантније препоруке поменутог истраживања су то да је потребно веће укључивање приватних пружалаца здравствених услуга у оквиру здравственог система у Републици Србији, да пацијентима треба омогућити да имају изабраног лекара из приватне праксе, као и да се развије и модел учешћа у трошковима у коме би пацијенти који су за то заинтересовани сносили разлику у цени између цене у приватним здравственим установама и износа трошкова које покрива организација за обавезно здравствено осигурање.⁴⁶

⁴² Чл. 7. Закона о правима пацијената.

⁴³ Стр. 126 поменутог истраживања.

⁴⁴ Исто.

⁴⁵ Исто, стр. 8.

⁴⁶ Исто.

Извештај под називом „Европски индекс корисника здравствене заштите у 2016. години“⁴⁷ садржи поређење здравствених система 35 европских држава са становишта доступности, приступачности и прилагођености здравствене заштите потребама њених корисника. Полазећи од искуствено засноване и истраживањима доказане чињенице да чекање на прегледе у здравству, са или без листа, поскупљује услуге целокупног система, један од закључака је и тај да је ниво учинка и квалитета услуга у здравственим системима земаља на југу Европе исувише заостао од могућности корисника да здравствене услуге, уколико су недоступне у државним установама, користе у приватној пракси⁴⁸. Република Србија је овим извештајем први пут била обухваћена 2012. године, када је била на последњем месту. У 2016. години, Србија је учинила највећи појединачни помак од свих обухваћених земаља у односу на 2015. годину и налазила се на 24. месту ранг-листе 35 здравствених система оцењиваних са аспекта њихове доступности, приступачности и прилагођености потребама корисника. Процењује се да је овакав резултат у највећој мери ефекат увођења заказивања прегледа код доктора медицине - специјалиста путем система ИЗИС⁴⁹ по македонском моделу. Међутим, будући да је Република Србија већа од Македоније, овај систем током 2016. године, сматра аутор извештаја, још није показао свој пуни капацитет и предности. Исти извештај за 2017. годину⁵⁰ почиње констатацијом да се, на основу анализе резултата ових истраживања прикупљених током више од десет година, може извести закључак да је корелација између уложених средстава и учинка здравствене заштите очигледна када су у питању (медицински) резултати третмана, али да иста не постоји када је у питању аспект доступности, односно времена чекања на здравствене услуге.

⁴⁷ Енгл. *Euro Health Consumer Index (EHCI)*. Од 2004. године до данас, британска фирма *Health Consumer Powerhouse Ltd.* овај извештај објављује сваке године како би увела и одржавала праксу отвореног, систематичног поређења резултата рада здравствених система као начина да се унапреди њихов учинак по питању оснаживања пацијената, односно корисника услуга здравствене заштите. По речима др Витениса Андриукаитиса */Vytenis Andriukaiitis/*, некадашњег литванског министра здравља, а од новембра 2014. године комесара ЕУ за заштиту пацијената и потрошача, „знамо да је (*EHCI*) данас у јавности водеће мерило учинка здравствених система у појединим државама. [...] Недавно смо схватили да је Европска комисија, након процене различитих метода и техника, установила да (*EHCI*) даје најтачније и најпоузданије поређење.“ Извор: <http://www.healthpowerhouse.com/en/about-us/> (Приступљено 18. марта 2018. године)

⁴⁸ Björnberg 2017: 7.

⁴⁹ Чл. 74. Закона о здравственој заштити прописано је да се, ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здравствене службе, односно прикупљања и обраде здравствених информација, организује и развија интегрисани здравствени информациони систем у Републици Србији.

⁵⁰ Euro Health Consumer Index 2017 Report, Health Consumer Powerhouse 2018-01-29

Истраживањем Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана о праву на доступност здравствене заштите⁵¹, које је објављено 2018. године, утврђено је да је грађанима током 2016. године било отежано остваривање права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у оквиру постојећег система здравствене заштите у Републици Србији, у делу који се односи на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АП Војводине.⁵² На питање о томе да ли је током 2016. године здравствена установа издавала писане потврде на прописаном обрасцу о томе да не може осигураницима да пружи здравствену услугу специјалистичко-консултативног или дијагностичког прегледа у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом, пет опшних болница и Клинички центар Војводине (даље: КЦВ) тврде да нису издавали овакве потврде. Две опште болнице тврде да су у њима издаване поменуте потврде. Једна општа болница на ово питање није одговорила, док у једној тврде да не знају да ли су овакве потврде издаване јер се о томе не води евиденција. Пет опшних болница и КЦВ навели су да осигураном лицу које није могло да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом ове здравствене установе нису на лекарском упуту уписивале и печатом оверавале датум заказаног прегледа који је у року дужем од 30 дана, а ради обављања прегледа у приватној пракси. Две опште болнице навеле су да о оверовању поменутих упута немају сазнања, односно да се о томе не води евиденција, док једна општа болница на ово питање није одговорила, а једна је потврдно одговорила на ово питање. Упути су оверавани у случајевима када је постојала потреба за специјалистичком радиолошком и ултразвучном дијагностиком (нпр. ЦТ мозга, ултразвук срца), као и ендокринолошким, неуролошким и офталмолошким прегледима. Близу три четвртине грађана који су испитани у истраживању тврди да су искусили то да здравствена установа није била у ситуацији да им закаже потребни специјалистички преглед у року од 30 дана од дана јављања са упутом изабраног лекара. На питање о томе да ли су, након што су сазнали да одређена установа није у могућности да им закаже преглед у прописаном року, тражили да им се о томе изда прописана потврда, две трећине грађана одговара одрично. Близу једне трећине њих тврди да нису знали да је таква могућност прописана, односно да на то имају право. Свега близу десет процената од оних који тврде да су затражили издавање потврде, односно

⁵¹ “Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини“, Извештај о истраживању, Покрајински заштитник грађана – омбудсман, Нови Сад, 2018. године

⁵² Девет опшних болница и Клинички центар Војводине, који је основан као здравствена установа терцијарног нивоа, али обавља и делатност опште болнице, с обзиром на одредбу чл. 118 ст. 4 Закона о здравственој заштити по којој клинички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница за територију за коју је основан обавља и делатност опште болнице.

оверавање одговарајућег упута од изабраног лекара, то право је и остварило. Из резултата истраживања стиче се утисак да здравствене установе у недовољној мери, односно на неадекватан начин врше функцију информисања пацијената на елементарном нивоу, а што се непосредно одражава на задовољство пацијената њиховим услугама. Посебно забрињавају подаци који указују на то да се немогућност заказивања специјалистичких прегледа у општим болницама у АП Војводини (без КЦВ-а) у 2016. и првих осам месеци 2017. године четвороструко повећала у односу на 2014. годину, а само у Клиничком центру Војводине у првих осам месеци 2017. године готово троструко повећала у односу на 2015. годину.

У извештају о раду заштитника права осигураних лица⁵³ за 2016. годину⁵⁴ наводи се да је због проблема у остваривању права из обавезног здравственог осигурања, у периоду 01.01-31.12.2016. године укупно поднето 297 пријава о повреди права из здравственог осигурања. Од овог броја, поступањем заштитника утврђена је основаност повреда права у 181 случају, за 93 поднете пријаве утврђено је да није дошло до повреде права из здравственог осигурања, док 12 пријава није разматрано из разлога што исте нису поднете од стране осигураних лица, односно њихових законских заступника, а 11 пријава је повучено од стране подносиоца истих. Најчешћи разлог подношења пријаве заштитнику права осигураних лица из надлежности заштитника права осигураних лица је немогућност остваривања права на специјалистичко-консултативни, односно дијагностички преглед. У наведеним случајевима, поступањем заштитника, осигураним лицима је омогућено остваривање права на преглед у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи. У случајевима када поступањем заштитника осигураном лицу није омогућено заказивање прегледа у прописаном року, заштитник је у свом одговору обавештавао осигурано лице о датуму када му се исто обратило са проблемом у вези са заказивањем прегледа и истовремено је поучавао осигурано лице о могућностима и начину рефундације трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси или у допунском раду здравствене установе са којом је закључен уговор. Укупан број осигураних лица која су се обратила заштитницима права осигураних лица у извештајном периоду, ради добијања информација у вези са правима из здравственог осигурања и која су се обратила због проблема у остваривању права из здравственог осигурања је 18850. Имајући у виду претходно изложене показатеље, оправдано можемо поставити питање да ли се оволики број обраћања, наспрам којег је број поднетих пријава практично занемарљив, искључиво односи на питања, односно добијање информација о

⁵³ Заштитник осигураних лица је запослени у Републичком фонду за здравствено осигурање кога ова организација за социјално осигурање одређује за обављање послова заштите права осигураних лица, о чему ће више речи бити у следећем делу рада.

⁵⁴ Извештај доступан на: <http://www.rfzo.rs/download/pravilnici/zastitaprava/Izvestaj%20o%20radu%20zastitnika%20za%202016.%20godinu.pdf> (приступљено 19.03.2018. године)

правима из здравственог осигурања, или пак представља врсту жалби пацијената у већини из поменутог најчешћег разлога, које организација за обавезно здравствено осигурање не препознаје као такве, а против којих располаже ефикасним системом заштите.

4. Систем вансудске заштите права на доступност здравствене заштите

Републички фонд за здравствено осигурање, односно матичне филијале и Покрајински фонд као његове организационе јединице, дужни су да осигураним лицима обезбеде стручну и правну помоћ у случајевима када осигурано лице сматра да му је давалац здравствене услуге неоправдано онемогућио остваривање права из здравственог осигурања, односно да су му права из здравственог осигурања пружена у супротности са Законом о здравственом осигурању и прописима донетим за спровођење овог закона. У овом случају, одговорне организације дужне су да осигураном лицу пруже савете и упутства о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, односно да предузму мере према даваоцу здравствене услуге који не поступа у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона. Матична филијала, односно Републички фонд, као и Покрајински фонд, дужни су да разматрају све представке и поднеске осигураних лица који се односе на овакве случајеве и да предузму потребне мере у складу са законом.⁵⁵ Оваква законска одредба односи се на претходно изложену заштиту права осигураних лица у управном поступку, те управном и парничном спору. Сувише апстрактним одредницама она непотребно упућује на судску заштиту коју иначе начелно гарантује Устав, уместо других алтернативних правних средстава чија имплементација и адекватна примена, у области заштите људских права, представља легитимну тенденцију модерног друштва, у циљу предупређивања и избегавања, најчешће, неефикасног и неекономичног судског процеса, посебно у корелацији са степеном повреде права које штити. Оваква решења присутна су, нажалост, и у другим областима која се тичу заштите права уживаоца неких услуга, пре свега оних од општег интереса, као што су комуналне и енергетске делатности, те друга заштита потрошача.

Прва кодификација права пацијената и утврђивање њихове вансудске институционалне заштите, уређена је Законом о здравственој заштити из 2005. године. Додуше, претходно је предметна ствар једним делом била регулисана правно необавезујућим документом „Објашњење о поступку заштите права пацијената“ из 2002. године, чији је доносилац био министар здравља, а који је предвиђао да директор здравствене установе именује лице из редова запослених дипломираних правника које ће обављати послове заштите права пацијената под називом „пацијентов адвокат“, а у циљу ефикаснијег одлучивања по

⁵⁵ Чл. 176. Закона о здравственом осигурању.

приговорима пацијената. Овај акт је регулисао могућност овог лица да покрене поступак заштите права пацијената по приговору пацијента али и по сопственој иницијативи, када уочи неправилности у примени прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања. О овоме је био дужан да обавести здравственог радника, директора здравствене установе и Републички фонд (тадашњи завод) за здравствено осигурање, а могао је и да поднесе захтев за заштиту права пацијената здравственој инспекцији, ако неправилности не буду отклоњене на други начин. Међутим, систематизација права пацијената са људскоправног становишта и прописивање посебног механизма њихове заштите, који је и сам био интегрални део здравственог система, започета је у поменутом закону.⁵⁶ У одељку V „Људска права и вредности у здравственој заштити и права пацијената“ закона, таксативно је било наведено 12 права пацијента, а на првом месту је било истакнуто право на доступност здравствене заштите. Правом пацијента на приговор била је прописана обавеза здравствене установе, односно директора, да организује рад заштитника пацијентових права и одреди лице запослено у здравственој установи које обавља послове заштите пацијентових права. Даље је регулисан начин подношења приговора, рок у којем заштитник пацијентових права мора да поступи, друге законске могућности пацијента уколико није задовољан налазом, као и обавеза заштитника да подноси редовне извештаје о поднетим приговорима органима здравствене установе, односно надлежном министарству. Заштитник пацијентових права је самосталан у свом раду и директор здравствене установе, односно други здравствени радник не може утицати на његов рад и одлучивање. Предвиђене су биле новчане казне за прекршај здравствене установе, односно другог правног лица које обавља здравствену делатност, ако не организује рад заштитника пацијентових права или ако ускрати право на приговор пацијента здравственом раднику који руководи процесом рада, односно заштитнику пацијентових права, или ако онемогући самосталан рад заштитника пацијентових права.

Мада је решење законодавца да послове заштите пацијентових права обавља лице које је запослено у здравственој установи на чији рад, односно запослене се пацијент управо и жали, у начелу било добро, у пракси су се показале бројне негативне последице. Спровођење законске обавезе именовања заштитника пацијентових права од стране здравствених установа, односно директора, извршено је само формално, не водећи пре тога рачуна о обезбеђивању услова и механизма за рад којим би се у пракси остварило начело самосталности у раду заштитника. Ово начело је тако остало само декларативног карактера, а без испуњавања овог основног услова није се могло говорити о потпуној и целисходној заштити права пацијената. Наиме, чињеница да послове заштите пацијентових права врши лице које је део колектива здравствене установе, упознато са специфичностима рада у здравственој установи, представља

⁵⁶ Закон о здравственој заштити ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009 (други закон), 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013)

целисходан начин, обзиром да се најчешће налази на „извору проблема“, да је заштитничково познанство са запосленима и положај који има као део колектива од значаја за решавање проблема на неформалан начин, договором и помирењем, кад год је то могуће. Међутим, чињеница да су за послове заштите пацијентових права били именовани запослени у здравственим установама, који су претходно обављали послове у организацији рада и функционисању установе, мимо основне медицинске делатности, те су исте настављали и даље да раде у несмањеном обиму, обезвредила је значај и суштину функције заштитника пацијентових права, а на тај начин, уз друге факторе, довела у питање самосталност рада. У скоро свим установама, заштитници пацијентових права су били дипломирани правници, запослени на руководилачким радним местима као што су: помоћници директора за правне послове, директори сектора, начелници службе, секретари установе, шефови одељења и сл, као и други запослени у правним службама, а неретко и једини из своје струке, који су наставили да обављају текуће послове, који по својој природи не трпе одлагање, а неопходни су за нормално функционисање рада здравствене установе. У оваквој ситуацији, највише је трпео њихов рад као заштитника пацијентових права, а тако су директно била угрожена и сама права пацијената. Такође, положај заштитника пацијентових права као запосленог у здравственој установи у којој обавља неку врсту „унутрашње контроле рада“, те поступа према колегама како би утврдио постојање евентуалних неправилности и повреда права пацијената, неминовно присуство неке врсте психичког притиска и тзв „сукоба интереса“, као и његов субјективни, лични однос према колегама, умногоме је утицало на непристраност и објективност његовог рада. Само штуро законом прописани начин подношења приговора пацијената и недовољно добро прецизиран рок за поступање заштитника, те потпуно одсуство регулисања обавезе и начина вођења евиденције о приговорима, осим обавезе подношења извештаја о приговорима, али без прописивања форме, обавезних елемената и сл, у пракси су доводили до великих проблема. Постојале су огромне несразмере у броју поднетих приговора, те даље евиденције о начину поступања, предузетим мерама итд. Резултати истраживања указивали су да је од 1000 поднетих приговора пацијената утврђено 250 повреда права, на основу којих је предузето само двадесетак мера (најчешће суспензија, упозорење пред отказ и премештај на друго радно место).⁵⁷ Непостојање законске или одговарајуће подзаконске регулативе у овом делу, резултирало је неуредном и неусаглашеном евиденцијом, због чега се није могла са потпуном поузданошћу утврдити стварна статистика, као начин праћења степена остваривања права пацијената и квалитета здравствене заштите и полазни основ у развијању стратегија за унапређење у овој области. Стицао се утисак да су поједини заштитници пацијентових права примали далеко више притужби или су обављали свој посао

⁵⁷ Више о овоме: „Заштитници пацијентових права у здравственим установама на територији АП Војводине“, Покрајински омбудсман, септембар 2011. године

ревностније од других, иако такав закључак уопште није морао бити показатељ стварне ситуације, већ пре последица недостатка, односно лоше евиденције. С друге стране, код самог пацијента стварао се осећај несигурности, јер непоседовање писменог трага о извршеном по његовом приговору, који би му омогућио и лакшу доступност другим правним средствима у заштити евентуално повређеног права, обезвређивао је како његово обраћање заштитнику, а тако и „снагу“ одлука и мера које је доносио сам заштитник, које и уколико нису биле спроведене у први мах, могле су бити усвојене у неком даљем поступку, те тако додатно оснажити положај и утицај заштитника. С обзиром на поменути оптерећеност послом заштитника пацијентових права, као и да је законска формулација „утврђивања свих битних околности и чињеница у вези са наводима изнетим у приговору“ представљала, у стварности, велики број различитих радњи које су се понекада морале спровести у циљу истраге, као што је позивање на разговор и узимање изјава и додатних обавештења од актера и других лица, непосредан увид у медицинску и другу документацију, консултовање стручњака и сл, законом прописани рок за поступање заштитника је у многим, а пре свега комплекснијим предметима, који по правилу представљају и евентуалне озбиљније повреде права пацијената, био сувише кратак.

Неефикасност овог института довела је и до његовог коначног укидања. Ступањем на снагу Закона о правима пацијената из 2013. године⁵⁸ престале су да важе одредбе Закона о здравственој заштити које су уређивале права пацијената, а новим законом иста су преузета, модификована и проширена сагласно међународним стандардима. Као основни покретач заштите појединца, одредба која је прописивала право на приговор и начин његовог остварења, укинута је након шест месеци од ступања новог закона на снагу, а овај рок је закон предвидео за организовање рада и обезбеђења услова и финансијских средстава за рад нових механизма заштите, која обавеза је по први пут пренета на јединице локалне самоуправе. Градови и општине у Србији биле су дужне да до 1. децембра 2013. године обезбеде заштиту права пацијената одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената и образовањем Савета за здравље. Закон је прописао да послове саветника за заштиту права пацијената (у даљем тексту: саветник 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, а ове послове 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

⁵⁸ Закон је ступио на снагу 30. маја 2013. године.

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 друга наведена правна лица дужни су да на видном месту истакну име и презиме, радно време саветника пацијената, као и адресу и број телефона на који се пацијент може обратити ради заштите својих права, те да саветнику пацијената, у присуству здравственог радника, омогуће увид у медицинску документацију пацијента, која је у вези са наводима изнетим у приговору. Такође, на захтев саветника пацијената, у поступку по приговору, дужни су да без одлагања, а најкасније у року од пет радних дана, доставе саветнику пацијената све тражене информације, податке и мишљења. Одређено је да приговор саветнику пацијената може поднети пацијент, односно његов законски заступник, писмено или усмено на записник, по којем саветник пацијената утврђује све битне околности и чињенице у вези са изнетим наводима одмах, а најкасније у року од пет радних дана од дана подношења приговора. 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, 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. Саветник пацијената доставља тромесечни, шестомесечни и годишњи извештај Савету за здравље. 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 одговарајуће 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. Ради информисања и остваривања потребне сарадње, годишњи извештај доставља се Заштитнику грађана. 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. Саветник пацијената и чланови Савета за здравље обавезни су да у свом раду поступају у складу са прописима којима се уређује заштита података о личности.⁵⁹

Мада је чињеница доношења посебног закона који уређује ову материју, као и решење законодавца да послове заштите права пацијената обавља лице које није запослено у здравственој установи на чији рад, односно запослене се пацијент управо и жали, те детаљно прописивање начина поступања саветника пацијената, вођења евиденције о раду и подношења извештаја⁶⁰, на почетку примене давало неке обећавајуће резултате⁶¹, у каснијем периоду пракса је показала да реформа ове значајне области заштите људских права није испунила своја очекивања. Данас се може рећи да је овоме у највећој мери допринело преношење система заштите права пацијената у изворну надлежност јединица локалних самоуправа, које тако није могла пратити обавеза финансирања ових послова од стране Републике⁶², преузимање нових послова од стране запослених

⁵⁹ Чл. 38 – 43. Закона о правима пацијената.

⁶⁰ Непуна два месеца по ступању закона на снагу министар здравља донела је Правилник о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената.

⁶¹ С обзиром на једнаку територијалну покривеност, на основу поређења рада заштитника пацијентских права у периоду од 2005. до 2011. године и првих шест месеци постојања саветника пацијената, утврђено је да су заштитници у здравственим установама на територији Војводине током шест година примили око 2500 притужби, док су у периоду од 1. децембра 2013. до 30. маја 2014. године, саветници у градовима и општинама у Војводини, поступали у око 250 случајева приговора, што је указивало на просечно већи број обраћања саветницима, а овај податак је добијао више на значају имајући у виду да је институт саветника тада практично тек заживео. Такође, приметан је значајан пораст писмених обраћања пацијената саветницима, као поузданијег начина покретања поступка заштите: у 2011. години само 25% пацијената обратило се заштитницима писменим путем, у односу на већину која је притужбе поднела усмено (лично или телефоном), док је у 2014. години удео писмених приговора поднетих саветницима износио 43%. Више о овоме: „Заштитници пацијентских права у здравственим установама на територији АП Војводине“, Покрајински омбудсман, септембар 2011. године и „Шест месеци рада саветника за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе на територији АП Војводине“, Покрајински заштитник грађана – омбудсман, септембар 2014. године.

⁶² Република или аутономна покрајина обезбеђују средства јединицама локалне самоуправе за вршење поверених надлежности, док је Законом о правима пацијената

у органима градова и општина без неопходне претходне прерасподеле рада, недовољно посвећивање пажње обуци и едукацији саветника, те на првом месту непостојање довољно оштрих извршилачких инструмената у раду на заштити права пацијената. Наведени разлози су, између осталог, узроковали да је највећи број лица која су одређена за саветнике пацијената пре именованја на ову функцију био већ запослен у органима јединице локалне самоуправе, те су наставили у несмањеном обиму да обављају послове на којима су радили, а који се односе на широк дијапазон послова правника, у значајном броју без додирних тачака са питањима из области здравствене заштите (имовинско-правни, комунално-стамбени послови, послови опште управе и сл.).⁶³ Разлози који онемогућавају ефикасност рада саветника пацијената, огледају се у поменутој преоптерећености различитим пословима, непостојању одговарајуће комуникације у виду повратних информација о свом раду, законом онемогућеној адекватној евиденцији усмених, као најчешћих облика, приговора пацијената и поступања по њима⁶⁴, те недовољном броју неопходних едукација и отежаном приступу информацијама о разним смерницама о начинима и поступцима остваривања појединих права из области здравствене заштите, које често доносе ресорно министарство и организација за обавезно здравствено осигурање, у форми упутстава и мишљења. С друге стране, сами саветници пацијената, као отежавајуће околности у свом раду, на првом месту истичу неинформисаност грађана о својим правима, али још чешће и њихов страх да ће им одређена услуга лекара специјалисте у здравственој установи бити ускраћена, односно недоступна уколико буду покушали да своја права остваре у поступку пред саветником за заштиту права пацијената, а о коме ће остати трага у његовој евиденцији. Након што се обрате саветницима и информишу се о својим правима, односно поступку пред саветником за заштиту права пацијената, велики број њих одустаје од подношења приговора. Саветници сматрају да је то још један од разлога зашто су подаци и информације о обиму и природи

прописано да заштиту права пацијената обезбеђује јединица локалне самоуправе, дакле као своју изворну надлежност.

⁶³ Више: „Шест месеци рада саветника за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе на територији АП Војводине“, Покрајински заштитник грађана – омбудсман, септембар 2014. године.

⁶⁴ Саветницима пацијената се намеће питање доказивања веродостојности усмених обраћања пацијената који не желе да уложе приговор по ком би се водио поступак, као и добијања повратне информације о томе да ли су пацијенти, који су се истовремено усмено обратили и њима и некоме од одговорних лица у здравственој установи, на крају остварили право на преглед у прописаном року. Саветници сматрају да би тек тада подаци и информације којима они располажу били веродостојни, односно приказивали реално стање по овом питању.

проблема доступности здравствене заштите и могућности остваривања права на њу непотпуни и неконклузивни.⁶⁵

Како специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није утврђена листа чекања, односно који није индикован хитним медицинским стањем, представља здравствену услугу која се пружа на терет средстава обавезног здравственог осигурања, а евентуалну рефундацију трошкова које је осигурано лице сносило јер му ова услуга у здравственој установи није могла бити пружена у прописаном року врши Републички фонд за здравствено осигурање, значајно је поменути још једну могућност институционалне заштите. Наиме, поред прописивања обавезе обезбеђивања заштите права пацијената за јединице локалне самоуправе, Закон о правима пацијената утврдио је да заштиту права осигураног лица обезбеђује и организација здравственог осигурања код које је то лице здравствено осигурано.⁶⁶ На основу ове законске одредбе, Републички фонд за здравствено осигурање је на седници од 7. јуна 2013. године донео Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање.⁶⁷ Овим актом одређено је да заштиту права осигураних лица врши запослени у Републичком фонду (у даљем тексту: заштитник права осигураних лица), који је обавезан да поступа савесно и непристрасно.⁶⁸ Доступност заштитника права осигураних лица обезбеђује се организовањем његовог рада у просторијама даваоца здравствених услуга, а број извршиоца одређен је у односу на број запослених у здравственим установама на примарном нивоу здравствене заштите, односно број постеља у здравственим установама на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.⁶⁹ У заштити права осигураних лица из здравственог осигурања заштитник права осигураних лица: 1) пружа информације осигураним лицима у вези са заштитом права осигураних лица из здравственог осигурања; 2) пружа и обезбеђује пружање стручне и техничке помоћи осигураном лицу у вези са остваривањем права из здравственог осигурања; 3) обавештава надлежну организациону јединицу Републичког фонда о неправилностима у вези са извршавањем уговорних обавеза даваоца здравствених услуга; 4) води податке о броју и врсти повреда права осигураних лица из здравственог осигурања; 5) израђује и доставља извештаје о раду надлежној организационој јединици Републичког фонда.⁷⁰ Осигурано лице које сматра да му је ускраћено или повређено право из здравственог осигурања, односно његов законски заступник подноси заштитнику права осигураних лица пријаву о повреди права из здравственог осигурања

⁶⁵ Више о овоме: „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини“, Извештај Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана, Нови Сад, 2018. године.

⁶⁶ Чл. 38. ст. 2. Закона о правима пацијената.

⁶⁷ Објављен у Службеном гласнику бр. 38 из 2013. године.

⁶⁸ Чл. 4. Правилника о начину и поступку заштите права осигураних лица.

⁶⁹ Чл. 5. истог.

⁷⁰ Чл. 6. истог.

писмено или усмено на записник. У поступку по пријави о повреди права из здравственог осигурања заштитник права осигураних лица ће затражити обавештење од одговорног лица, односно руководиоца организационе јединице даваоца здравствене услуге на кога се пријава односи о битним чињеницама и околностима, са обавештењем о садржају пријаве о повреди права по којој се поступа. Ако је пријава о повреди права неразумљива или непотпуна, односно ако се по пријави не може поступати, заштитник права осигураних лица затражиће од подносиоца пријаве да у што краћем року употпуни пријаву, односно уклони уочене недостатке. На основу утврђених свих релевантних околности заштитник права осигураних лица писменим путем обавештава осигурано лице о поступању и предузетим мерама у вези са поднетом пријавом о повреди права из здравственог осигурања одмах, а најкасније у року од пет радних дана од дана пријема пријаве о повреди права. Заштитник права осигураних лица у овом року обавештава осигурано лице да је његову пријаву о повреди права проследио надлежној организационој јединици Републичког фонда ради предузимања мера према даваоцу здравствене услуге који не поступа у складу са законом и другим прописима којима се уређује здравствено осигурање, односно да је његову пријаву проследио надлежном органу, као и како би осигурано лице требало да поступи у случају утврђене повреде права. Подносилац пријаве који је незадовољан одговором заштитника права осигураних лица може да се обрати надлежној организационој јединици Републичког фонда, ради предузимања мера из њене надлежности. У поступању по пријави о повреди права заштитник права осигураних лица остварује сарадњу са саветником за заштиту права пацијената, надлежним инспекцијским службама и другим надлежним органима.⁷¹ Чини се да је једна од основних премиса успешног функционисања заштите права пацијената – начин одређивања лица које ће ову функцију вршити, успешно решена у овом облику заштите. Пронађена је „златна средина“, јер је с једне стране као седиште заштитника осигураника предвиђена здравствена установа, те је на тај начин он и физички доступнији пацијентима, а са друге је обезбеђена његова већа независност и самосталност у раду јер није у радном односу у самој установи. Међутим, имајући у виду проблеме са којима се суочавају саветници пацијената због недостатка у прописаној процедури, који их онемогућава да адекватно евидентирају лична, усмена и телефонска, обраћања као пријаве повреде права по којима би тако могли поступати, симптоматична је за исти овакав исход одредба по којој заштитници осигураника поступају само по писменим односно усменим пријавама датим на записник. Оваква слутња се испоставила као тачна с обзиром на раније поменути мали број пријава заштитницима осигураника, а пре свега непропорционалан однос са бројем обраћања ради добијања информација у вези са правима из здравственог осигурања и због проблема у остваривању права из здравственог осигурања (297 наспрам 18850 у 2016. години).

⁷¹ Чл. 7-11 истог.

Крајњу, вансудску, заштиту права пацијената, по правилу када претходни облици закажу, пружа здравствена инспекција. Одредбе које упућују на инспекцијски надзор у овој области садржане су првенствено у основном закону који уређује здравствену заштиту, а по којем инспекцијски и надзор над законитошћу рада здравствених установа и приватне праксе врши здравствени инспектор који је, између осталог, овлашћен да разматра представке правних и физичких лица које се односе на рад здравствене установе и приватне праксе, односно на пружање здравствене заштите.⁷² Закон о правима пацијената прописује да се подносилац приговора који је незадовољан извештајем саветника пацијената може обратити здравственој инспекцији.⁷³ О овој могућности, пацијент мора претходно бити на изричит начин поучен у извештају. Такође, уколико одговорно лице у здравственој установи, односно оснивач приватне праксе, не достави у прописаном року обавештење о поступању и предузетим мерама у вези са приговором, саветник пацијената ће обавестити здравствену инспекцију.⁷⁴ Напоследку, и заштитник права осигураних лица остварује сарадњу са надлежним инспекцијским службама у поступању по пријави о повреди права.⁷⁵ Приговор или пријава пацијента, односно осигураног лица, те њихових законских заступника, поднета здравственој инспекцији представља иницијативу за покретање поступка инспекцијског надзора. У том смислу, овај акт представке потребно је разликовати од захтева, јер подносилац исте у овом случају не стиче статус странке у поступку. Шта више, инспектор ће подносиоца обавестити о поступању по његовом обраћању само на његов изричит захтев, због чега је целисходно да исти буде постављен у самој представци. Разлог овоме лежи у чињеници да при надзору инспектор не одлучује о правима лица које му се обратило представком, већ обавезама надзираног субјекта, чија евентуална неправилност у раду је могла да узрокује повреду права на здравствену заштиту. Враћајући се на предмет нашег разматрања – немогућност прегледа у прописаном року које за последицу може да има неоправдане трошкове за пацијента – инспектор који у надзору утврди овакву повреду права пацијента, нема основа ни начина да здравственој установи наложи да испуни какву новчану обавезу према пацијенту, те истог може само упутити да свој имовинскоправни захтев оствари пред судом, као надлежном органу. С друге стране, постоје и другачији примери у пракси, али се они често заснивају само на снази ауторитета здравственог инспектора и вештинама преговарања, а не на реалним законским овлашћењима.⁷⁶

⁷² Чл. 243. и чл. 247. Закона о здравственој заштити.

⁷³ Чл. 41. ст. 5. Закона о правима пацијената.

⁷⁴ Чл. 14. и чл. 15. Правилника о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената.

⁷⁵ Чл. 11. Правилника о начину и поступку заштите права осигураних лица.

⁷⁶ Покрајинском заштитнику грађана обратила се притужбом здравствено осигурана жена, због поступања свог изабраног лекара – гинеколога који је приликом прегледа, усмено, обавестио о потреби да изврши одређене анализе (тумор маркери) због сумње

Поред ванредних на иницијативу подносиоца представке, здравствена инспекција дужна је да врши и редовне инспекцијске надзоре здравствених установа, као и других облика здравствене службе, у делу контроле остваривања права пацијената. Овај надзор врши се по тзв. контролним листама на основу којих инспектор предузима провере и друге радње. Предметна контролна листа од 29 питања⁷⁷, не садржи обавезу проверавања вршења законске дужности здравствене установе да води евиденцију о издатим потврдама које садрже писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију, у року од 30 дана од дана јављања здравственој установи са упутом изабраног лекара.

5. Закључак

Позитивни здравствени систем, чију организацију одређује важећи нормативни оквир као база спровођења друштвене бриге за здравље становништва и показатељ усвојене јавноздравствене политике, функционално ограничавају околности које за свој заједнички именилац имају економски фактор. Мада је материјални критеријум један од основних чиниоца који опредељују рад сваког система здравствене заштите, исти не представља његов искључиви и коначни лимит. Независно од усвојеног типа система здравствене заштите у једној држави, његов квалитет, чији крајњи показатељ се огледа у степену остварења права пацијената, резултат је начина на који се расположиви ресурси користе, а не тога колико их је на располагању. Непобитна чињеница је и да целисходна реформа здравственог система може успети само као део реформе целокупног друштвено-економског система које, опет, нема без обезбеђене материјалне основе за њену реализацију⁷⁸. Имајући ово на уму, као и да досадашње две реформе области заштите права пацијената, како је приказано, нису дале задовољавајуће резултате, јасно је да решења текућих проблема у

на болест, али да исту услугу не може добити у здравственим установама, иако су као такве прописане важећим номенклатурама, већ да их мора обавити у приватној пракси. Забринута за своје здравље, подносиоца притужбе је ове анализе обавила по упутству лекара, да би накнадно сазнала која права ужива као пацијент и на основу тога здравственој установи упутила захтев за рефундацију трошкова које је сносила за нужан преглед. Како је њен захтев одбијен, омбудсман је утврдио могуће неправилности у раду ове установе те о томе истовремено обавестио здравствену инспекцију. Инспекција је омбудсману одговорила да је утврдила незаконитост рада здравствене установе, а да је након њиховог поступања лекар упутио писмено извињење пацијенткињи, а здравствена установа исплатила јој износ који је неоправдано сносила.

⁷⁷ Контролна листа број 6 – Остваривање права пацијената у здравственој установи, Одељење за здравствену инспекцију, Сектор за инспекцијске послове, Министарство здравља Републике Србије.

⁷⁸ Симић, С., *Карактеристике система здравствене заштите*, Зборник радова: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији, Београд, 2001, стр. 110.

здравственој заштити морамо наћи у оквиру материјалних могућности постојећег система, правилном применом важећих института и расположивих механизма и адекватном алокацијом средстава. У прилог наведеном, што је од посебног значаја за предмет овог рада, говори и поменута, искуствено заснована и истраживањима доказана чињеница, да чекање на прегледе у здравству, са или без листа, поскупљује услуге целокупног система. Суочени са тим да свака реформа система почиње структуралним изменама на врху, а да разлог неиспуњења њених циљева и зацртаних начела лежи у нефункционисању полуга који овај систем треба да покрећу, поставља се питање да ли окретање мањих зупчаника може да активира сложени механизам. Уверени смо да на располагању имамо довољно мера, односно постојећих правила, чије приоритетно поштовање може представљати замајац унапређења права на доступност здравствене заштите. Оне се између осталог односе на обавезу уважавања редоследа исцрпљивања нивоа здравствене заштите, што у погледу остваривања здравствених услуга на специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе значи искоришћавање свих расположивих могућности здравствене службе на примарном нивоу здравствене заштите, а тек потом упућивања на секундарну и терцијарну. Право пацијента на слободан избор лекара не може се тумачити као безусловно, јер је приоритет скраћење времена на пружање услуге, а опште полазиште равноправност и претпоставка једнаке стручности даваоца конкретне специјалистичке и друге услуге којима је поверено ово овлашћење. Неефикасно коришћење расположивих ресурса може се умањити поштовањем правила да лекари специјалисти, у случају потребе, на додатне дијагностичке прегледе пацијенте могу слати интерним упутима, без потребе враћања код изабраног лекара. Прописаним дужностима пацијената, те поступцима извршавања њихових обавеза од којих умногоме зависи и извршење дужности здравствених радника, али и обезбеђење њихових права у здравственом систему, треба посветити исту пажњу као и правима пацијената. Као предуслов остварења свих других права, и само прокламовано као једно од законских права пацијента, унапређење права на информације и обавештење пацијената, пре свега о здравственој служби и начину како се користи, те правима из здравственог осигурања и поступцима за њихово остваривање, мора бити приоритет здравствене политике. Ово се једнако односи на информисање грађана и едукације здравствених радника и сарадника о прописаним начинима и поступцима остваривања права на здравствену заштиту. Јачање капацитета алтернативних механизма заштите права пацијената, оличених у институцијама саветника права пацијената и заштитника осигураних лица, огледа се пружању одговарајуће подршке која ће унапредити њихов рад по поднетим приговорима и давању информација и савета у вези са правима пацијената, и то: организовањем саветовања и кампања о питањима од значаја за остваривање права из области здравствене заштите у које ће бити активно укључени, обезбеђивањем услова за међусобну размену искустава у раду, обавезним ангажовањем у интересорском раду у овој области, омогућавањем њиховог благовременог упознавања са

нормативним и функционалним активностима носилаца и других учесника у систему здравствене заштите, растерећењем од других послова који обављају и сл. Ради избегавања незаконитих поступања до којих не тако ретко долази и услед непознавања својих законских дужности, за шта донекле морамо имати разумевања имајући у виду приоритетно бављење медицинском праксом, целисходно је да здравствене установе сачине одговарајуће писане процедуре којима се утврђује скуп радњи и поступака, као и њихов редослед и садржај приликом заказивања прегледа, а које морају садржати и јасне дефиниције, циљеве, те успостављене одговорности за спровођење. Наведено представља предлоге само неких мера које је могуће применити у оквиру важећих правила здравственог система, али и расположивих ресурса, чија одговарајућа имплементација, која се састоји у давању јасних смерница и успостављању протокола њихове примене, поред смањења трошкова, за свој крајњи исход може имати унапређење права на доступну и квалитетну здравствену заштиту.

*Zoran Pavlović, Ph.D., Full-time Professor
Faculty of Law, University Business Academy in Novi Sad,
Provincial Protector of Citizens - Ombudsman
of the Autonomous Province of Vojvodina
Milan Dakić, Deputy Provincial Protector of Citizens -
Ombudsman of the Autonomous Province of Vojvodina*

NORMS AND MECHANISMS OF FULFILLING THE RIGHTS TO ACCESSIBLE MEDICAL PROTECTION IN THE REPUBLIC OF SERBIA

Summary

Considering the importance of warranting the accessible health service as a condition of fulfilling the high-quality medical care, as well as the indicators that signify the frequency of cases where the patients' rights to accessible health care are endangered, the authors seek to locate the key reasons for the current status through the critical account of normative, institutional and functional mechanisms of protection. By recognizing the most commonly manifested infringements of rights, the central point of analysis is represented by the specified legal norm that regulates the means and procedures of fulfilling the right to the most common health services, whose key feature lies in the explicitly stated final date that the aforementioned services must be provided until. The authors' goals are additionally hindered by the

presence of the subsidiary method of fulfilling these rights, which represents a corrective element and a normative extension of the right to health care and its capacity, in terms of its continuous fulfillment of the legal framework summed up in the article "within the limits of the material possibilities of the health care system" as the only realistic limitation of the health care system's functionality. The existence of such a high-quality and comprehensive model - as well as the awareness of the patients' common problems in scheduling and having their doctor's appointments - presents a particular challenge in finding the most effective solutions. Concurrently, this is the reason and the essential motive for recognizing the adequate answers in the positive-law health care system, being aware of the generally unsatisfying results of the previously implemented patients' rights protection system reforms.

Key words: *the right to available health care, health care expenses refund, patients' rights protection, patients' ombudsman.*

Литература

- Бјеговић, В., Симић, С., Косановић, Р., *Одговарајућа здравствена политика као предуслов реформе система здравствене заштите*, Зборник радова: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији, Београд, 2001.
- Nutbeam, D., *Health promotion glossary*, Health Promotion International: V 0113. no. 4. Oxford University Press, 1998.
- Поповић, М. Н., *Незадовољене здравствене потребе као показатељ доступности, приступачности и прихватљивости здравствене заштите*, Докторска дисертација, Универзитет у Београду Медицински факултет, 2017.
- Симић, С., *Карактеристике система здравствене заштите*, Зборник радова: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији, Београд, 2001.
- Чиплић, С., Ђуричић, М., Булатовић, И., Спасојевић, Д., *Људска права и медицина*, Војносанитетски преглед, Волумен 67, бр. 9/2010.
- Winslow, C. E. A., *The Untilled Field of Public Health*, Modern Medicine., бр. 2/1920.
- Euro Health Consumer Index 2017 Report, Health Consumer Powerhouse 2018-01-29
- „Шест месеци рада саветника за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе на територији АП Војводине“, Покрајински заштитник грађана – омбудсман, септембар 2014.
- Заштитници пацијентових права у здравственим установама на територији АП Војводине“, Покрајински омбудсман, септембар 2011.
- Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини*, Извештај Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана, Нови Сад, 2018.
- Устав Републике Србије (“Сл. гласник РС“ 98/2006)
- Стратегија јавног здравља Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 22/2009)

Зборник радова „Савремени правни промет и услуге“, Крагујевац, 2018.

- Закон о здравственој заштити ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017)
- Закон о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 55/2013, 99/2014, 123/2014, 106/2015, 10/2016)
- Закон о јавном здрављу ("Службени гласник РС", бр. 15/2016)
- Закон о општем управном поступку ("Службени гласник РС", бр. 18/2016)
- Закон о правима пацијената ("Сл. гласник РС" 45/2013, 105/2017)
- Закон о уређењу судова ("Службени гласник РС", бр. 116/2008...113/2017)
- Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/2010, 80/2010, 60/2011, 1/2013, 108/2017)
- Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање („Службени гласник РС“, бр. 38/2013)
- Правилник о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената („Службени гласник РС“, бр. 68/2013)
- План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2018. годину ("Службени гласник РС", бр. 119/2017)
- Врховни касациони суд, Решење Рев. 1148/2012 од 23.01.2014.

CIP - Каталогизација у публикацији -
Народна библиотека Србије, Београд

338.46:34(082)

САВРЕМЕНИ правни промет и услуге / уредник Миодраг Мићовић. -
Крагујевац
: Правни факултет Универзитета, 2018 (Краљево : Кварк). - XII,
1120 стр.
; 24 cm

Тираж 100. - Напомене и библиографске референце уз текст. -
Библиографија
уз сваки рад. - Summaries.

ISBN 978-86-7623-081-5

а) Услуге - Правна заштита - Зборници б) Услужне делатности -
Правни
аспект - Зборници
COBISS.SR-ID 263673356