УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ

ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ

Недељко З. Милаковић

ПРАВА И ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАНИКА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Бања Лука, 2017.

UNIVERSITY OF BANJA LUKA

FACULTY OF LAW

NEDELJKO Z. MILAKOVIĆ

RIGHTS AND OBLIGATIONS OF PATIENTS IN HEALTH CARE

DOCTORAL DISSERTATION

Banja Luka, 2017.

Ментор: проф. др Жељко Мирјанић, професор Правног факултета Универзитета у Бањој Луци;

Наслов докторске дисертације: Права и обавезе осигураника у здравственој заштити;

Резиме: Права и обавезе осигураника/пацијената у здравственој заштити је недовољно изучена област у нашој правној науци. Здравствена заштита, здравствено осигурање и права пацијената налазе се у процесу реформи коју прате бројни проблеми у пракси, а истраживање је извршено како би се *de lege ferenda* унаприједио правни оквир њиховог регулисања у складу са међународним документима и праксом држава у окружењу. Такође, истраживање показује да постоје тенденције за успостављање здравственог права као посебне научне дисциплине;

Кључне ријечи: здравствено право, здравствена заштита, здравствено осигурање, права, обавезе и одговорност пацијента, заштита права пацијента;

Научна област: Радно и социјално –правне науке;

Научно поље: Здравствена заштита и здравствено осигурање;

Класификациона ознака: S 143;

Тип одабране лиценце Креативне заједнице: CC BY-NC

Mentor: Жељко Мирјанић, Professor of Law, University of Banja Luka;

Title of doctoral dissertation: Rights and obligations of patients in health care;

Summary: Rights and obligations of patients in health care system is insufficiently studied field in our legal science. Health care, health insurance and rights of patients are currently subject to reform, followed by multiple problems in practice. Hence, this research is the result of a recognised need for de lege ferenda improvement of the legal framework of their regulating in compliance with international documents and practice of neighbouring states. In addition, this research is also a confirmation of a strong tendency to establish health law as a special scientific discipline;

Key words: health law, health care, health insurance, rights, duties and responsibility of patients, protection of rights of patient;

Scientific area: Labour Law& Social Issues;

Scientific field: Health care and health insurance;

Classification code: S 143;

Type the selected license Creative Communitities: CC BY-NC

САДРЖАЈ

I УВОДНИ И МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТУП 1
1.1. Предмет истраживања 1
1.2. Циљеви истраживања 11
1.3. Хипотезе 12
1.4. Методи истраживања 12
1.5. Подручје и оквир истраживања 14

II ИЗВОРИ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРАВА 15
2.1. Дефиниција и садржај здравственог права 15
2.2. Начела здравственог права 23
2.3. Утицај других грана права на здравствено право 26
2.4. Међународни извори здравственог права 30
2.5. Обиљежја и извори здравственог права у Републици Српској 36

III ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА 41
3.1 Дефиниција појма здравље 41
3.2. Здравље и јавна политика 47
3.3. Здравље и економски развој 56
3.4. Право на заштиту здравља 61
3.5. Дефиниција здравствене заштите 69
3.6. Начела здравствене заштите 75
3.7. Право на здравствену заштиту 78
3.8. Остваривање здравствене заштите 82
3.9. Медицинска етика у остваривању здравствене заштите 95

IV ПРЕГЛЕД НАСТАНКА И РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 103
4.1. Преглед настанка и развоја социјалног и здравственог осигурања у свијету 103
4.2. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1919. до 1941. год. 106
4.3. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1946. до 1950. године 109
4.4. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1950. до 1970. године 111
4.5. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1971. до 1993. године 117
4.6. Настанак здравственог осигурања Републике Српске 120

V ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ 123
5.1. Појам здравственог осигурања и здравствене заштите 123
5.2. Начела узајамности и солидарности 126
5.3. Методи финансирања здравствене заштите 128
5.4. Модели финансирања здравствене заштите 131
5.5. Упоредни преглед здравственог осигурања у појединим земљама у региону 133
5.6. Право на здравствену заштиту 137
5.7. Право на накнаде у здравственом осигурању 140
5.8. Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Српској 146
5.9. Организација обавезног здравственог осигурања 151
5.10. Проширено и приватно здравствено осигурање 154
5.11. Начини плаћања здравствених услуга 156
5.12. Финансирање обавезног здравственог осигурања 160

5.13. Узроци проблема финансирања здравствене заштите 166
5.14. Лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите 174

VI ПОЛОЖАЈ И ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА 177
6.1. Права пацијената у међународним и европским изворима 177
6.2. Однос социјалног права и права пацијената 182
6.3. Однос права личности и права пацијената 185
6.4. Права пацијената у систему здравства 188
6.5. Упоредни преглед права пацијената 191
6.5.1. Законско регулисање права пацијената 191
6.5.2. Преглед права пацијената 192
6.5.3. Сличности и разлике у погледу права пацијената 195
6.6. Право на доступност здравствене заштите 197
6.7. Право на информације и обавијештеност 200
6.7.1. Право на обавјештење и на учествовање у поступку лијечења 205
6.7.2. Друго стручно мишљење 210
6.8. Право на слободан избор и заштита пацијената 212
6.8.1. Право пацијента на слободан избор медицинских мјера 213
6.8.2. Заштита пацијента који није способан дати пристанак 215
6.8.3. Заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање 216
6.9. Право на одбијање информације 217
6.10. Право на самоодлучивање и пристанак 219
6.11. Право на заштиту пацијента који није способан дати пристанак 225
6.12. Право на повјерљивост информација и приватност 230
6.13. Право на тајност података 235
6.13.1. Дужност чувања професионалне тајне као етичка и правна обавеза 235
6.13.2. Одавање љекарске тајне 239
6.13.3. Упоредна анализа закона 240
6.14. Право пацијента над којим се врши медицински експеримент 242
6.15. Право на увид у медицинску документацију 250
6.16. Право на приговор 256
6.17. Право на накнаду штете 259
6.18. Право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља 266

VII ОДГОВОРНОСТ ПАЦИЈЕНТА И ОДГОВОРНОСТ ЗА ПОВРЕДУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА 269
7.1. Одговорност пацијената 269
7.1.1. Одговорност пацијента за лично здравље 269
7.1.2. Одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите 271
7.1.3. Одговорност пацијента према здравственим радницима и сарадницима 272
7.1.4. Одговорност пацијента према друштвеној заједници 274
7.2. Одговорност за повреду права пацијената 275
7.2.1. Дисциплинска одговорност здравствених радника и здравствених сарадника 276
7.2.2. Прекршајна одговорност здравствених радника и здравствених сарадника 279
7.2.3. Грађанска одговорност 280
7.2.4. Кривична одговорност 282

VIII ЗАШТИТА ПРАВА ПАЦИЈЕНТА 284
8.1. Европски приступ заштити права пацијената 285
8.2. Заштита права пацијената и осигураника 286
8.3. Омбудсман за људска права 290
8.4. Судска заштита права пацијената 293
8.5. Инспекцијски надзор 295
8.6. Унутрашњи надзор 297
8.7. Стручни надзор 299
8.8. Надзор над законитошћу рада и аката 300
8.9. Стандарди и нормативи у здравству 301
8.10. Увођење система квалитета 303
8.11. Кодекси медицинске етике 307
8.12. Удружења пацијената 309
8.13. Професионална удружења здравствених радника 312
8.14. Здравствене коморе 313
8.15. Одбор за здравље локалне самоуправе 316
8.16. „Узбуњивачи“ и заштита права пацијената 317

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА 321

ЛИТЕРАТУРА 335

ЛИСТА СКРАЋЕНИЦА

БДП	Бруто друштвени производ
БиХ	Босна и Херцеговина
БОД	Болничко опскрбни дан
DRG	Diagnostic Related Groups
ЕУ	Европска унија
ЗЗЗ	Закон о здравственој заштити
ЗЗЗ РС	Закон о здравственој заштити Републике Српске
ЗЗО РС	Закон о здравственом осигурању Републике Српске
ЗОО РС	Закон о облигационом односима Републике Српске
ЗОР РС	Закон о раду Републике Српске
ЗОИ РС	Закон о инспекцијама у Републици Српској
ЗОД РС	Закон о доприносима Републике Српске
ЗОП РС	Закон о прекршајима Републике Српске
ЗРУ РС	Закон о републичкој управи Републике Српске
ЗЗК РС	Закон о здравственим коморама Републике Српске
ЗУФ РС	Закон о удружењима и фондацијама Републике Српске
КЗ РС	Кривични закон Републике Српске
КСЗ	Консултативно-специјалистичка заштита
МЗСЗ РС	Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске
МЗСЗ	Министарство здравља и социјалне заштите
МОР	Међународна организација рада
NHA	National Health Account
НО	Надзорни одбор
НОБ	Народно-ослободилачка борба
НС РС	Народна скупштина Републике Српске
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
ПУ РС	Пореска управа Републике Српске
РС	Република Српска
САД	Сједињене Америчке Државе
СБ	Свјетска банка
СИЗ	Самоуправна интересна заједница
СЗО	Свјетска здравствена организација
ССП	Споразум о стабилизацији и придруживању
УО	Управни одбор
ФБиХ	Федерација Босне и Херцеговине
ФНРЈ	Федеративна народна република Југославија
ФЗО РС	Фонд здравственог осигурања Републике Српске
ФЗО	Фонд здравственог осигурања
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization
SHA	System of Health Accounts

I УВОДНИ И МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТУП

У уводном дијелу су наведени предмет и циљеви истраживања, хипотезе, објашњења о томе који су методи истраживања кориштени, те подручје и оквир истраживања. Предмет истраживања указује на научне и прагматичне циљеве усмјерене на област права и обавеза осигураника у здравственој заштити, здравствену заштиту и здравствено осигурање, те на права, обавезе и одговорности пацијената. Истраживање обухвата и тенденције за успостављење здравственог права као посебне научне дисциплине. За истраживање су кориштени историјски, нормативни, компаративни, социолошки, политолошки и статистички методи, као и метод анализе случаја.

1.1. Предмет истраживања

Предмет истраживања су права и обавезе осигураника и друга питања у здравственом осигурању и здравственој заштити важна за регулисање и остваривање ових права, положај и права пацијената у систему здравствене заштите, те одговорност за повреду и облици заштите права пацијената. Најважнија права у обавезном здравственом осигурању су право на здравствену заштиту, накнада плате за вријеме привремене спријечености (здравствене неспособности) за рад и друге накнаде. У литератури није довољно и јасно објашњена разлика између права осигураника и права пацијената у систему здравствене заштите, а у јавности се се често поистовјећују иако то нису синоними, те је значајан дио текста посвећен објашњењу обиљежја и разлика ових права. Права и обавезе осигураника у здравственој заштити су предмет регулисања закона о здравственом осигурању као закона који уређује систем здравственог осигурања и других закона који чине здравствено законодавство. У ЗЗЗ одређују се права, обавезе и одговорности пацијената приликом коришћења здравствене заштите, начин коришћења тих права, начин заштите и унапређења тих права, тј. регулише се однос љекара и пацијента код пружања здравствене услуге. У најширем смислу ријечи, пацијенти су сви грађани и с обзиром на своју обавезу да се подвргну мјерама примарне превенције, односно оног дијела здравствене заштите који је од општег интереса и којим су обухваћени сви грађани.

Разлог за предузимање овог истраживања налази се у потреби сагледавања досадашње праксе у области права на здравље, као универзалне вриједности и основног људског права, здравствене заштите и здравственог осигурања, као система у којима се обезбјеђује остваривање права на здравље са фокусом на права и обавезе осигураника у здравственом осигурању, као и права, обавезе и одговорност пацијената у систему здравствене заштите. Имајући у виду да је предмет истраживања недовољно изучена област у правној науци, те да се здравствена заштита и здравствено право налазе у процесима реформи, које прате бројни изазови и проблеми у пракси, неопходна су истраживања која би представљала допринос развоју правне науке, посебно уже научне области радно и социјално право, те правним аспектима развоја здравствене заштите, здравственог осигурања и заштите права осигураника и пацијената.

На почетку истраживања било је неопходно сагледати дефиницију и садржај здравственог права, те начела здравственог права и утицај других грана права на здравствено право, међународне изворе здравственог права, као и унутрашње изворе здравственог права. Постојеће дефиниције медицинског и здравственог права указују на историјски развој ове области права и савремене тенденције као посљедице развоја медицинске науке, технологије и здравствене дјелатности уопште. Медицина се брже развија од права и зато се намеће потреба континуираног праћења и правног уређивања бројних питања из подручја медицине. На односе који нису обухваћени правним нормама примјењују се правила морала, медицинске етике и деонтологије. Тако, биоетика преузима улогу права у уређивању односа из подручја медицине, док се ти односи не уреде правним прописима. Пошто су ови друштвени односи у непрекидном кретању и мијењању, не може се дати унапријед „списак“ ових односа који се морају регулисати правом. Конкретно, садржај права се непрекидно мијења и развија, да би се прилагодила друштвеним промјенама.

Здравствено право није потпуно јединствен и затворен скуп правних правила, него је повезан са другим гранама права, од којих су најзначајније: радно и социјално право, грађанско право, привредно право, кривично право, управно право, те међународно право. Медицинско право је грана права која се односи на медицинску дјелатност, тј. одређује однос између љекара с једне стране, као даваоца здравствене услуге и пацијента с друге стране, као корисника здравствене услуге. У историјском смислу, пружање медицинске услуге је било углавном усмјерено на љекара, који је у оквиру своје професије био одговоран за дијагнозу и цијели поступак лијечења пацијента. У тим околностима примаран је био однос љекар - пацијент, у којем је љекар имао патерналистичку, доминантну улогу, па је назив медицинско право имао пуно оправдање. Развојем медицине и учешћем у лијечењу пацијената и других здравствених радника, здравствених сарадника, те административних и других радника, појам медицинског права није могао обухватити и објаснити све односе у које ступају пацијенти. Промијењена је и улога пацијента који више нема подређену, пасивну улогу, јер све више постаје партнер у здрављу са свим здравственим радницима, здравственим сарадницима и другим запосленицима у обављању здравствене дјелатности.

Дефиниција здравља Свјетске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО) је у знатној мјери довела до потискивања назива *медицинско право* и све већег коришћења назива *здравствено право*. Такође, све већи значај здрављу придаје утицај социјалних услова у којима се људи рађају, у којима расту, живе, раде и старе, а који се називају *социјалне детерминанте здравља*.

Потискивању назива медицинско право у здравствено право допринио је и мултисекторски приступ здрављу. Наиме, приступ „Здрављу у свим политикама“ је осмишљен тако да учини управљање за здравље и благостање и изван медицинског односно здравственог сектора. Посебна дефиниција и садржај здравственог права, развој властитих начела и здравствене дјелатности у цјелини, те посебни правни извори (међународни, домаћи, хетерономни и аутономни извори права), као и кодификација правила медицинске етике, допринијели су да је здравствено право постало дио студијских програма на бројим универзитетима у свијету. Медицинска и правна теорија

дају различито значење појмовима медицинско право и здравствено право, тако да су ови појмови постали својеврсни *terminus/technicus* за означавање све бројнијих правних и етичких правила која уређују односе у обављању здравствене дјелатности, иако развој иде у правцу добијања све већег значаја у институту здравствено право.

Здравље се све више сматра основним људским правом, за које постоји колективна одговорност једнако као и одговорност појединца, а социјалне детерминанте су важан здравствени фактор. У свијету постоје бројне теорије и дефиниције појма здравље и свака од њих показује одређену мјеру тачности, а недостатност се огледа у немогућности дефинисања овог вишедимензионалног појма. Вишедимензионални приступ здрављу открива да у природној и друштвеној средини дјелују бројни фактори који утичу на здравље становништва и одржавање његове динамичке равнотеже. Међутим, мора се признати да дефиниција СЗО има највећу тежину. Наведена дефиниција представља идеалан циљ којем се може тежити, а критика се односи на немогућност мјерења „потпуног физичког, психичког и социјалног благостања“. Треба имати на уму и народну изреку да је „здравље највеће богатство“. То је најдрагоцјенији дар природе који је значајан, како за појединца тако и за друштво у којем појединци живе. Стога се здравље данас схвата као заједничко, опште или јавно добро.

Ако се има у виду дефиниција СЗО, задатак здравствене политике би требало да буде укључивање „здравственог интереса“ у сваки сегмент развојне (инвестицијске, предузетничке) социјалне, еколошке и културне политике. Политика унапређења здравља становништва дефинише опште циљеве и приоритетне правце дјеловања за остваривање тих циљева. Јединице локалне самоуправе, послодавци и појединци могу да граде своју улогу и активности у остваривању постављених циљева. Приступ *Здравље у свим политикама* је осмишљен да учини управљање за здравље и благостање приоритетом и изван здравственог сектора. Он дјелује у оба смјера и обезбјеђује да сви сектори разумију своју одговорност за здравље и поступају у складу с тим, те да истовремено схватају како здравље утиче на друге секторе. Приступ јавне политике која обухвата све нивое друштва може да ојача отпорност заједнице на пријетње за њихово здравље, безбједност и благостање. Будућност јавне политике која није окренута у том правцу је неизвјесна.

Добро здравље је основа друштвеног и економског развоја које јача политика у свим секторима. Међутим, економска криза са којом се суочавају многе земље представља озбиљне изазове и може да угрози позитиве ефекте који су до сада постигнути. Криза представља прилику да се поново усмјере и обнове напори за унапређење здравља свих људи. Морају се ријешити основни разлози лошег здравља и неједнакост у здрављу кроз приступ социјалних детерминанти које ангажују цјелокупну власт и друштво сваке земље. Неједнакости у здрављу проистичу из социјалних услова у којима су људи рођени, у којима расту, живе, раде и старе. Здравље је један од основних циљева развоја. Способност за развој зависи од здравља. Још у прошлом вијеку је била позната теза да је здравље од већег економског него хуманитарног значаја, стога без здравља нема економског развоја. Циљ економског и друштвеног развоја је омогућавање грађанима да живе *економски продуктиван и социјално задовољавајући живот*. Само кад грађани остваре прихватљив ниво здравља, могу уживати у благодети бољег живота. Циљеви у

здравственој заштити морају бити давање већег приоритета примарној здравственој заштити (у даљем тексту: ПЗЗ) уз остварење рационализације болничких трошкова, повећање ефикасности организације кроз унапређење менаџмента на свим нивоима система. За побољшање укупног здравственог стања становништва неопходно је да политика укупног друштвеног развоја уважава здравље становништва као циљ високог приоритета. Побољшање здравственог стања становништва у сиромашним земљама могуће је очекивати само ако буде обезбијеђена основна и доступна здравствена заштита и превазиђени проблеми глади и сиромаштва.

У међународним прописима право на здравствену заштиту је правно-политички постулат којим се апелује на законодавце држава одговарајућих организација да својим законима осигурају право грађана на здравствену заштиту, полазећи до тога да је право на заштиту здравља једно од основних права, које је зајамчено сваком, у складу са законом. Гарантовање права на здравствену заштиту свих чланова друштвене заједнице подразумијева доступност здравствених услуга сваком појединцу, када за њима постоји потреба. То подразумијева и одсуство баријера на путу до здравствене заштите, између осталих и економских баријера у виду партиципације и високих трошкова лијечења. Право на здравствену заштиту се реализује коришћењем здравствених услуга.

Истраживање ће показати да се доступност *здравствене заштите* може повећати, а јаз између прокламованих права на здравствену заштиту и њихових остварења – смањити, ако се финансирање здравствене заштите ослања на принцип солидарности. Европске земље имају дугу традицију солидарног финансирања здравствене заштите (обавезно здравствено осигурање – Бизмарков модел).

Здравствена заштита се обезбјеђује на нивоу земље, јединице локалне самоуправе и послодавца, предузимањем специфичних активности на промоцији здравља, превенцији и лијечењу болести и стања, рехабилитацији обољелих и повријеђених, обезбјеђењу лијекова и медицинских средстава, заштити животне и радне средине и других специфичних активности.Постоје бројне дефиниције здравствене заштите које су међусобно сличне, а разликују се по томе чему се даје већи приоритет. У свим случајевима оне у потпуности одговарају савременом концепту здравствене заштите који се користи у научним и стручним круговима, међународним документима и правним прописима. У првом реду здравствена заштита се схвата као очување и унапређење здравља, са становишта сврхе и друштвеног циља који она има.

У сваком здравственом систему постоје различите врсте здравствених установа у којима се пружају здравствене услуге, а које се могу сврстати у три нивоа: примарни, секундарни и терцијарни. Ови нивои су повезани кроз референални систем којим се обезбјеђује континуирано и несметано кретање пацијената и информација кроз здравствени систем. Основна начела на којима се заснива савремена здравствена заштита су: једнакост, доступност, свеобухватност, континуитет и начело координације здравствене заштите. Ова начела се могу допуњавати у зависности од тога колико су створене претпоставке за њихову примјену у пракси. Начела здравствене заштите су оквир и путоказ за изградњу и развој система здравствене заштите којима треба тежити као идеалном циљу. Право на здравствену заштиту прокламовано је Општом

декларацијом о људским правима, утврђено уставима и гарантовано законима из области здравства које можемо назвати *здравствено право*. Обим, садржај и начин остваривања права на здравствену заштиту утврђен је у складу са законом који уређује област здравственог осигурања. Приоритет у формулисању здравствене политике и остваривању права на здравствену заштиту треба да буде у побољшању доступности здравствене заштите, посебно у срединама у којима је стање незадовољавајуће, побољшање неких видова здравствене заштите (хитна медицинска помоћ у руралним срединама), као и побољшање географске правичности у територијалном распореду здравствених установа и љекара. Посебан акцент, у посљедњим деценијама, ставља се на заштиту потрошача када су у питању храна, пиће и вода за пиће, које посредно утичу на остваривање права на здравствену заштиту. Установе које контролишу исправност наведених производа могу допринијети постизању и одржавању њиховог квалитета на високом нивоу, што има утицаја на здравље. Протржишно усмјерене здравствене реформе нису наишле на погодно тло, јер не слиједе промоцију права на здравље и превентивну здравствену заштиту, већ упућују на другу реалност да бригу о здрављу треба да преузме појединац, а тиме да рачуна само на лијечење које може да обезбиједи властитим средствима. Истраживање упоредног прегледа прописа који дефинишу права на здравствену заштиту ће показати да се они не разликују значајно, а акцент је стављен на остваривање права на здравствену заштиту у складу са посебним законима који регулишу ову материју.

У остваривању здравствене заштите здравствена служба има посебно мјесто, али она не може битно утицати на промјене здравственог стања становништва, уколико изостану друге здравствено релевантне мјере, које се, прије свега, односе на исхрану, становање, снабдијевање водом, образовање, услове рада и друго. Интегрисани приступ здравственој заштити је неопходан, јер су процјене да је допринос медицинских услуга добро развијеног здравственог система на побољшање здравственог стања становништва свега 10%, а остатак је резултат рада других сектора. Шири увид у остваривање здравствене заштите може се добити на основу већег броја података који се односе на: здравствену политику, материјалне и кадровске ресурсе, као и на квалитет и ефикасност служби које учествују у њеном остваривању. У том смислу битно је упознати функционисање система здравствене заштите, те улогу здравствених радника и здравствених сарадника.

У раду је дат преглед медицинске етике, као неодвојиве компоненте у процесу остваривања здравствене заштите, која здравственој дјелатности и здравственим професионалцима даје посебан хумани карактер и повећава одговорност.

Здравствено осигурање је специфичан вид осигурања чији се зачеци јављају у XVIII вијеку у вези са стварањем радничких организација (унија) које су се бориле за сигурност радника у случају болести. У Њемачкој 1883. године, у оквиру Бизмарковог плана, донесен је Закон о обавезном здравственом осигурању одређених категорија радника, који је имао утицај на развој здравственог осигурања и у другим европским земљама.

Историјски преглед развоја здравственог осигурања ће показати да системи социјалне сигурности нису настали спонтано и одједном, него су се развијали током историјског периода, прије свега за случај болести и несреће на послу, а као резултат процеса

индустријализације и јачања радничких удружења. Значајан утицај на развој здравственог осигурања одиграла је Међународна организација рада (у даљем тексту: МОР), која је још 1944. године усвојила Препоруке о здравственој заштити, те увођење „Националне здравствене службе“, прво у Великој Британији (1948), а касније и у другим земљама. Велики подстрек за развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у земљама у развоју дала је Међународна конференција о ПЗЗ (Алма-Ата, 1978) и усвајање стратегије Здравље за све до 2000. године. Њу је усвојила Скупштина СЗО. Историјски гледано, систем здравственог осигурања има дугу традицију на просторима бивше Југославије. Може се сматрати да је претеча Закона о здравственом осигурању Закон о народном санитетском фонду који је усвојен у Краљевини Србији 1879. године. Послије I свјетског рата донесен је Закон о осигурању радника 1922. године, које је био један од најмодернијих у Европи (јер са заснивао на модерним начелима осигурања), али је обухватао само запослене раднике који су чинили мали дио становништва. Овим законом успостављено је обавезно осигурања за случај болести, несреће на послу, незапослености, изнемоглости, старости и смрти храниоца породице. Овај закон је прописивао четири врсте социјалног осигурања: здравствено (болесничко) осигурање, инвалидско осигурање за случај несреће на послу, пензијско осигурање за случај старости и смрти храниоца породице, те осигурање за случај незапослености.

Послије II свјетског рата, почев од 1945. године, социјално осигурање је прошло кроз више фаза развоја и неопходних трансформација, од којих су најзначајније наведене у раду.

Доношењем Устава Републике Српске, од 28.2.1992. године, стечени су услови за доношење, између осталог, прописа у области социјалног осигурања. У том смислу, 1993. године донесени су Закон о здравственој заштити (у даљем тексту: ЗЗЗ РС) и Закон о здравственом осигурању (у даљем тексту: ЗЗО РС), као основни системски прописи у овим областима, након чега се приступило раду на доношењу подзаконских спроведбених аката. Прописана права из здравственог осигурања су: здравствена заштита, накнада плате за вријеме привремене спријечености за рад, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и накнада погребних трошкова. Обим и садржај наведених права ближе је уређивао ФЗО РС. У складу са наведеним прописима, грађани РС су се постепено прилагођавали на нови систем здравства и здравственог осигурања. Да би била унапријеђена ситуација у области здравствене заштите, завршетком рата и у послијератном периоду, Народна скупштина Републике Српске (у даљем тексту: НС РС) је 1996. године донијела Стратегију развоја здравља до 2000. године, у којој је предложена реформа здравствене заштите и здравственог осигурања.

Здравствено осигурање, као специфичан вид социјалног осигурања, неопходно је упознати, да би се разумјело финансирање здравствене заштите и права која оно гарантује.

Здравствено осигурање и здравствена заштита чине скуп правних норми којима се уређује заштита здравља. Осигурање, у најширем смислу ријечи, представља вид организовања појединаца или организација које су у сличној ситуацији ради смањења

ризика од тешких материјалних губитака. Материјални губици усљед болести, радне неспособности и старости, су губици које појединац и његова породица тешко могу да надокнаде. Због тога појединци и организације формирају заједничка финансијска средства, тј. кад су здрави и способни они уплаћују средства, а користе их када су болесни или неспособни за рад. За обезбјеђење спровођења здравствене заштите неопходно је успоставити систем финансирања који је један од највећих савремених проблема, како у развијеним западним земљама, тако и у неразвијеним државама. Гарантовање права на здравље и здравствену заштиту подразумијева и обавезу друштвене заједнице да нађе начин финансирања помоћу којег би се тај терет расподијелио на оне који требају да га преузму.

Примијењени радови економских и правних стручњака ће показати да је савремено финансирање здравствене заштите засновано на филозофији и политици социјалне солидарности и узајамности, која подразумијева да сваки појединац или организација уплаћује средства у складу са својим економским могућностима а здравствену заштиту користи према потребама. Тачније речено, имућнији се солидаришу са сиромашним, млади са старијим лицима, здрави са болесним, самци са онима који имају породице, итд. Здравствено осигурање постоји данас у свим развијеним државама и то у облику јавног, приватног или мјешовитог осигурања. Оно је или обавезно (законско) или добровољно (уговорно). Европске земље имају и обавезно и добровољно осигурање, у којем је обавезно осигурање претежније од уговорног осигурања. Обавезним здравственим осигурањем покривају се трошкови здравствених услуга већег дијела становништва, чиме су те услуге постале доступне свима, а посебно се то односи на појединце који не би били у стању да их сами плате. У раду су описани методи и модели финансирања здравствене заштите и дате основне карактеристике у којима је Бизмарков модел обезбјеђења средства за финансирање здравствене заштите становништва у Европи најзаступљенији. Свака држава, у зависности од економских могућности, утврђује права, односно обим права из здравственог осигурања. У већини земаља изражен је значајан несклад између здравствених потреба и реалних материјалних могућности, који тражи од свих држава да стално преиспитују и унапређују одређена рјешења ради прилагођавања постојећој економској ситуацији.

У раду је приказано здравствено осигурање у РС, са правима у обавезном здравственом осигурању, као и упоредни преглед права из здравственог осигурања у земљама у окружењу. Такође, дат је преглед организације здравственог осигурања, однос здравствене службе и здравственог осигурања са моделима плаћања здравствених услуга даваоцима. У финансирању обавезног здравственог осигурања анализиране су одредбе Закона о доприносима у Републици Српској, као и искуства у финансирању здравственог осигурања других земаља. Посебан нагласак је дат на анализу узрока проблема финансирања здравствене заштите и могућности за увођење додатних извора финансирања обавезног здравственог осигурања.

У оквиру наведеног анализирано је и питање личног учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите. Анализа здравственог осигурања у Републици Српској требало би да покаже да се оно у суштини не разликује од осигурања које се примјењује у другима европским државама, али је најближе државама које примјењују Бизмарков

модел финансирања здравствене заштите са свим недостацима и проблемима који су карактеристични за системе здравственог осигурања и вријеме у којем живимо. Прилагођавање здравственог осигурања постојећој економској ситуацији је императив здравствене политике већине земаља, која се заснива на очувању и побољшању здравственог стања становништва.

Права пацијената развијала су се кроз историју као и већина других тековина међународног права. Појам права пацијената развијен је из концепта личности Универзалне декларације о људским правима УН (1948), као и Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима (1966), а за Европу су значајнији документи Европска конвенција о људским правима (1950), Европска социјална повеља (1961) и др. У погледу развоја права пацијената у Европи од посебне важности је била Декларација о промоцији права пацијената у Европи (Амстердам, 1994), која је поставила принципе за промоцију и примјену права пацијената у земљама ЕУ. Такође, у Риму је донесена Европска повеља о правима пацијената (позната као Римска повеља, 2002), која је представљала основу за реформу здравствене заштите у ЕУ и полазну основу за праћење и евалуацију система здравствене заштите у Европи. Повеља препознаје 14 конкретних права пацијената која заједно имају за циљ гаранцију високог нивоа заштите људског здравља и високог нивоа квалитета здравствених услуга. Ова права морају бити призната и поштована, независно од финансијских, економских и политичких ограничења, узимајући у обзир квалитет услуге. Многе европске земља су убрзо послије доношења Декларације о промоцији права пацијената (1994) и на националном нивоу регулисале право пацијената кроз законска акта или повеље донесене с циљем заштите основних права пацијената. Док су у неким земљама донесени и закони и повеље, у некима се права пацијената регулишу искључиво законима о правима пацијената, а у неким су права пацијената регулисана у оквиру других закона, као нпр. законима о здравственој заштити, законима о здравственом осигурању, законима о заштити личних података и др. У том смислу извршен је преглед: Закона о правима пацијената Републике Србије (2013); Закона о правима пацијената Републике Црне Горе (2010); Закона о заштити права пацијената Републике Хрватске (2004); Закона о правима пацијената Републике Словеније (2008); у Републици Аустрији права пацијената регулисана су кроз неколико докумената (Повеља о правима пацијената, 2002; Федерални закон о лијековима, 1998; Федерални закон о болницама, 1957, те Федерални закон о заштити личних података, 2000). У наведеним државама (осим Републике Аустрије) донесени су посебни закони о правима пацијената који нису идентични, али је за све карактеристично да је у законским рјешењима садржан концепт 14 конкретних права пацијената Европске повеље права пацијената (Рим, 2002).

Људска права се налазе у фокусу интересовања свјетске јавности, па тиме и право на здравље као универзално људско право. Обавеза усаглашавања прописа са прописима ЕУ знатно је убрзана послије потписивања Споразума о стабилизацији и придружавању БиХ са ЕУ (у даљем тексту: ССП). Вијеће министара БиХ је још 2003. године донијело Одлуку о процедурама и поступку усклађивања законодавства БиХ са *acquis communautaire* и отпочело поступак добровољне хармонизације прописа БиХ са прописима ЕУ. Са потписивањем наведеног споразума ова хармонизација је постала

обавезујућа. У оквиру пројекта ЕУ/СЗО „Подршка реформи здравственог система БиХ“ донесена је и објављена Повеља о правима пацијената у БиХ која је у знатној мјери била подстицај и подршка за регулисање ове области у законодавству. Тако је у РС донесен ЗЗЗ (2009) у којем је уређено поглавље „Права и обавезе грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите“, а у Федерацији БиХ донесен је посебан Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената (2010). Упоредни преглед законских рјешења у државама у окружењу би требало да покаже одређене карактеристике успостављеног система права пацијената, сличности и разлике у вези са усклађивањем са поменутом Европском повељом права пацијената. Истраживање ће показати да и РС има потребу за доношењем посебног закона о правима пацијената, користећи досадашња искуства и праксу анализираних држава у окружењу.

Обавезе и одговорности пацијената су предмет законског регулисања и односе се на: одговорност пацијената за лично здравље; одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите; одговорност пацијената према здравственим радницима и здравственим сарадницима, те одговорност пацијената према друштвеној заједници. Ове законске одредбе не могу се посматрати појединачно, него у контексту цјелине закона. Оне су испреплетене са другим правима и одговорностима пацијената и без испуњавања обавеза и одговорности пацијената, отежано је коришћење права пацијената утврђених законом.

Европска повеља права пацијената и Повеља о правима пацијената у БиХ садрже одредбе које се односе на заштиту права пацијената путем права на жалбу и права на компензацију, гдје сваки појединац има ова права кад год претрпи штету и има право да добије одговор или неку другу информацију. На основу закона, здравствене установе морају гарантовати остваривање ових права у пракси, пружајући пацијентима информације о њиховим правима и оспособљавајући их да препознају кршење права и да формализују своје жалбе. Сваки од националних здравствених система у земљама ЕУ показује сасвим различите реалности за поштовање, односно заштиту права пацијената. Општи циљ је да буде ојачан степен заштите пацијената и њихових права усклађивањем националних здравствених система. Ово је од изузетног значаја, посебно због слободе кретања унутар ЕУ и процеса проширења. Европска повеља права пацијената може се користити за покретање активности за заштиту права пацијената у којима удружења грађана, институције и тијела попут омбудсмана, етичких одбора или алтернативних рјешења спорова путем комисија, судија мира, као и судова, имају утврђену улогу. Заштита права пацијената се односи на информисање и образовање грађана и здравствених радника, те промовисање права пацијената у здравственим установама и медијима, у школама и на универзитетима, као и свим другим заинтересованим странама. На тај начин успоставља се дијалог међу заинтересованим странама, који постаје дио јавне политике, програма и планова за заштиту права пацијената.

Истраживање, које је обухватило и анализу односа права личности и права пацијената, ће показати да се ради о проблематици људских права, конкретизованих у остваривању здравствене заштите. Упоредна анализа ће показати да Закон о правима пацијената у Републици Србији прописује да заштиту права пацијената обезбјеђује јединица локалне самоуправе одређивањем лица које обавља послове савјетника за заштиту права

пацијената, те образовањем савјета за здравље на нивоу министарства. Пацијент се може обратити и здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код којег је пацијент осигуран. У РС не постоји институција Савјетника/Заштитника права пацијената, док је у ФЗО РС успостављен систем заштите права осигураника путем Заштитника права осигураника. У раду су описане надлежности заштитника права осигураника и поступак за остваривање права осигураника, те је извршена анализа приговора осигураних лица Фонда заштитнику права осигураника у периоду од 2012. до 2014. године. Такође, извршена је анализа надлежности и жалби грађана омбудсману за људска права БиХ у периоду од 2012. до 2015. године у области здравствене заштите.

Судска заштита права пацијената обухвата јавноправну и приватноправну заштиту. Предност приватноправне, односно грађанскоправне заштите права пацијената у односу на друга средства правне заштите је та што је она у рукама оштећеног, тако да од њега зависи да ли ће тражити заштиту повређеног личног добра. Посебну улогу у врсти заштите права пацијената има законске одредбе о облигационим односима, које регулише, између осталог, накнаду материјалне и нематеријалне штете. ЗЗЗ РС, између осталог, прописује прекршаје за повреде права пацијената за које могу одговарати здравствена установа, као правно лице, одговорно лице у правном лицу, те здравствени радник и здравствени сарадник. И поред тога што не постоји савјетник за права пацијената у РС, истраживање ће показати да постоје правни механизми заштите права пацијената, али се они у пракси ријетко користе.

Одговорност за повреду права пацијената се односи на дисциплинску одговорност, прекршајну одговорност, грађанску одговорност и кривичну одговорност. Свака од ових одговорности регулисана је посебним законом. Тако Закон о раду, општи и посебни колективни уговори и општа акта здравствених установа регулишу дисциплинску одговорност, уз напомену да се она дефинише и актима здравствених комора и професионалних удружења, гдје одговорност утврђује њихов суд части. Прекршајно право представља систем правних прописа којима се остварује заштита правног поретка одређивањем прекршаја и казнених санкција против учинилаца прекршаја у законом предвиђеном поступку, са напоменом да у закону о прекршајима нису нужно предвиђени поједини конкретни прекршаји, већ су они одређени посебним материјалним прописима за здравство, односно законима у области здравства. Грађанска одговорност за повреду права пацијената се односи на одговорност за штету насталу у обављању здравствене дјелатности. У том смислу, приказан је институт *no fault compensation*, који је успостављен у скандинавским земљама, као један од алтернативних начина осигурања примјерене накнаде пацијенту а да се не утврђује кривица штетника. Тиме се уједно осигурава и врло прецизно биљеже сви непожељни догађаји, да би стручне грешке биле избјегнуте у будућности. Кривична одговорност здравствених радника и здравствених сарадника подразумијева одговорност за кривична дјела која су прописана кривичним законом, уз напомену да повреде права пацијената не морају нужно бити квалификоване као кривична дјела.

У вези са другим механизмима заштите права пацијената, надзор над провођењем закона обухвата активност којом се утврђује да ли здравствена установа, здравствени радник и

здравствени сарадник, који обављају здравствену дјелатност, раде у складу са прописима, достигнућима савремене медицине и других наука и да ли за такав рад постоје одговарајући услови. Надзор над радом здравствених установа обухвата: унутрашњи надзор, стручни надзор, надзор над законитошћу рада и аката и инспекцијски надзор. Право пацијента и заштита права пацијента остварују се непосредном примјеном прописа којима је регулисана ова материја. Међутим, у здравственом систему постоје елементи система који на посредан начин доприносе остваривању и заштити права пацијента. Ови елементи здравственог система имају своју законом одређену улогу, указују на сложеност система, велику повезаност његових дијелова и њихову неопходност за добро функционисање овог система. У цјелини, други механизми заштите права пацијената, поред наведеног, односе се на сљедеће: стандарди и нормативи у здравству, увођење система квалитета, кодекси медицинске етике, удружења пацијената, професионална удружења здравствених радника, здравствене коморе, одбор за здравље локалне самоуправе и „узбуњивачи“ и заштита права пацијената. Други механизми заштите права пацијената, који су наведени у раду, обезбјеђују остваривање права пацијената на квалитетну и сигурну здравствену заштиту, што је у основи права и заштите права пацијената.

Предмет истраживања овог рада ће показати у којој мјери је РС одговорила изазову усклађивања свог законодавства у области здравства са документима и правом ЕУ, као и идентификовати актуелне трендове развоја права пацијената.

1.2. Циљеви истраживања

Предмет истраживања указује на научне и прагматичне циљеве усмјерене на област права и обавеза осигураника у здравственој заштити, здравствену заштиту и здравствено осигурање, права, обавезе и одговорности пацијената. Такође, истраживање обухвата и тенденције за успостављење здравственог права као посебне научне дисциплине.

Научни циљ усмјерен је према спознаји стварног значаја права на здравље које се обезбјеђује у систему здравствене заштите и здравственог осигурања, усклађеност права, обавеза и одговорности осигураника, односно пацијената, са релевантним документима ЕУ и правним прописима држава региона. Теоријска разматрања, опис међународних стандарда и степен усклађености прописа у регулисању здравствене заштите, права, обавеза и одговорности осигураника односно пацијената, као и компаративни преглед прописа и пракси држава у окружењу, указаће на позитивне трендове које би требало слиједити приликом измјена и доношења нових прописа у овој области.

Прагматични циљ овог истраживања је вишеструк и огледа се, прије свега, у сагледавању савремених тенденција развоја ове области у документима ЕУ, утврђивању квалитета правних прописа у области здравствене заштите, здравственог осигурања и права пацијената, као и давање приједлога *de lege ferenda*, како да се она унаприједе.

1.3. Хипотезе

Општа хипотеза на којој ће бити засновано истраживање односи се на сљедеће:
У нормативном смислу, РС прати и усмјерава развој здравства у складу са документима СЗО, *Здравље 2020: Европски оквир политике здравља* и другим релевантним међународним документима. Права и обавезе у здравственој заштити имају правни основ у Уставу Републике Српске, а уређују се посебним законима у области здравства. Остваривање права и обавеза у здравственој заштити је, између осталог, условљено економским и друштвеним детерминантама здравља, које, највећим дијелом, гради и на које утиче свака друштвена заједница. Добро здравље је корисно за све секторе и цијело друштво и може да подржи економски опоравак и развој. РС улаже знатна финансијска средства за обезбјеђење здравствене заштите становништва, али су она недовољна за изражене потребе и тражњу грађана, захтјеве које намеће међународна заједница, универзалност медицинске науке и нове методе лијечења, прокламоване стандарде, савремену софистицирану технологију, скупе лијекове, повећана издвајања за едукације здравствених радника и здравствених сарадника и друго. Изазови пред којима се налази здравство садржани су у појавама, као што су неједнакост у здрављу и несклад између нормативног и стварног, који угрожавају прописана права и обавезе у здравственој заштити. О овим појавама се мало расправља и још мање се истражују у јавности и правној литератури, тако да ће се у овом раду дати значај афирмацији, једнакости права на здравље, правима и обавезама осигураника у здравственој заштити, правима, обавезама и одговорностима пацијената, начинима њихове повреде и средствима заштите, а све у оквиру финансијских могућности које су одрживе у будућности. Посебне хипотезе односе се на:

- Поређење међународних докумената релевантних за предмет истраживања у овом раду ће показати да здравствено право РС великим дијелом омогућава остваривање европског оквира политике здравља.
- Истраживање ће показати да су доношењем ЗЗЗ РС, који између осталог регулише права и обавезе грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите, створене претпоставке за прихватање пацијента као активног субјекта права, за разлику од традиционалног приступа који посматра пацијента као објекат права у здравственој заштити.
- Имајући у виду непрекидан развој медицинске науке и социјализацију медицине, те велики број прописа у овој области, постоје претпоставке за успостављање здравственог права као посебне синтетичке научне правне дисциплине.

1.4. Методи истраживања

Приликом провођења истраживања и писања докторске дисертације кориштени су сљедећи методи:

- Историјски метод кориштен је приликом прегледа развоја здравственог осигурања у периоду од 1919. до 1993. године на просторима Краљевине СХС и претходне Југославије и од 1993. до 1999. године у РС. Овај метод је нашао своју примјену приликом сагледавања дуге традиције развоја система социјалног и

здравственог осигурања и прописа којима је регулисана област здравственог осигурања. Промјене друштвеног и политичког система диктирале су и промјене у овој области. Материјалним јачањем земље и развојем социјалног и здравственог осигурања оно постаје све потпуније, што се огледа у обухвату нових категорија становништва, њиховој ширини уз увођење нових права и проширење постојећих, до успостављања начела узајамности и солидарности као основе савременог система здравственог осигурања.

- Нормативни метод је нашао своју примјену у контексту утврђивања извора здравственог права и правних норми којима се регулише област здравствене заштите, здравственог осигурања, те права, обавеза и одговорности осигураника односно пацијената, њихову међусобну повезаност и утицај, као и њихова конкретна права у овој области. Примјена овог метода је била од значаја приликом утврђивања степена имплементације међународних прописа и стандарда у унутрашње право, те давања конкретних приједлога за унапређење постојећег правног оквира уз указивање на правац развоја постојећих нормативних стандарда у региону и шире.
- Догматски метод кориштен је у сврху утврђивања стварног значења правних норми које регулишу предмет истраживања, као и циљеве који се желе постићи њиховом правилном и потпунијом примјеном, уз предлагање нормативних рјешења којима би били остварени одређени циљеви.
- Компаративни метод кориштен је ради утврђивања сличности и разлика постојећих приступа права на здравствену заштиту, здравствено осигурање, права, обавезе и одговорности осигураника односно пацијената у домаћем и упоредном праву, те предности и недостатке једних и других. Тиме се отвара простор за стварање нових правних рјешења са аспекта садржаја права и ефикасности механизама његовог провођења.
- Анализа случаја кориштена је код анализа приговора које су осигурана лица Фонда поднијела Заштитнику права осигураника, судске праксе унутрашњег и иностраног права у смислу процјене квалитета, сврсисходности и домета појединих одредби позитивних прописа, као и предлагање рјешења за њихово уједначавање у пракси. На тај начин ће се моћи препознати који су то најчешћи проблеми у примјени права и обавеза у здравственој заштити и здравственом осигурању, одређени трендови које развијају судови у тумачењу прописа, као и дефинисању одређених односа између даваоца услуга и пацијената.
- Социолошки метод кориштен је ради ширег увида у друштвене аспекте здравствене заштите, здравственог осигурања, права, обавеза и одговорности осигураника односно пацијената у остваривању здравствене заштите, те значај и утицај ове области на друштво у цјелини.
- Примјена политолошког метода је била потребна ради анализе стратешких докумената у области здравствене политике који се односе на предмет истраживања, као и код сагледавања историјског развоја здравственог осигурања на просторима бивше Југославије.

- Примјена статистичког метода је била потребна да би се користили доступни и обрађени подаци о приговорима пацијената, који показују савремене трендове у развоју здравства и у поступцима заштите њихових права.

Наведени методи су компаративно кориштени, тако да је тешко одредити који је дао већи допринос резултатима овог рада.

1.5. Подручје и оквир истраживања

Подручје и оквир истраживања представљају битне границе у којима се оно одвијало. Са становишта научног подручја, истраживање се кретало у оквиру социјалног права, посебно здравствене заштите и здравственог осигурања. Са ужег стручног становишта, истраживање је обухватило права, обавезе и одговорности осигураника, односно пацијената, као дио људских права. Са државног становишта, истраживање је вршено у историјском прегледу на подручју бивше Југославије, БиХ и РС од 1991. до 2016. године, укључујући посебно постојећу позитивно правну праксу у овој области. У том смислу, потребно је нагласити да методолошко, теоријско и научно подручје и оквир истраживања нису и не могу бити ограничени, јер су постојећа знања и чињенице у свијету добра свих, без граница.

II ИЗВОРИ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРАВА

Дефиниције здравственог права резултат су теоријских уопштавања, која су повећана посљедњих неколико деценија, као посљедица развоја медицинске науке, технологије и здравствене дјелатности уопште. Битно је сагледати појам и садржај медицинског права које се развија и доводи до настајања и успостављања здравственог права.

2.1. Дефиниција и садржај здравственог права

Медицинско или *љекарско право* (у објективном смислу) чини скуп правних правила којима се уређује медицинска дјелатност, утврђују својства лица што ту дјелатност обављају и њихов однос са корисницима њихових услуга. Сем тога, *медицинско право у ширем смислу* обухвата и правне норме које се тичу лијекова, медицинских средстава, прикупљања и трансфузије људске крви[1]. Према овој дефиницији може се закључити да се ради о предметно ограниченој области права, као што су нпр.: банкарство, саобраћајно или право осигурања. Ово се тиче припадника медицинске професије и грађана, који, као пацијенти или као здрави људи, користе њихове услуге. С друге стране, медицинско право је дио једне шире области, која се назива *здравствено право* и која подразумијева све правне прописе у интересу здравља људи[2].

Медицинско право је грана права која се односи на медицинску дјелатност[3]. Медицинско право обухвата све правне аспекте здравствених дјелатности, све субјекте, односе и поступке за које право везује одређене правне учинке, односно права и/или обавезе. На овом подручју право и медицина се сусрећу и теже заједничком циљу – очувању човјекових највреднијих добара: живота, тијела, здравља и људског достојанства, као изузетно значајног сегмента заштите људских права[4]. *Медицинско право* (енг. *medical law*) *у ужем смислу* обухвата правна правила која уређују односе у обављању здравствене дјелатности. Имајући у виду да су љекари носиоци медицинске дјелатности, понекад се умјесто термина медицинско право користи назив „љекарско право“. С обзиром на то да овај назив наводи на помисао да је ријеч о грани права која се искључиво бави статусом и радом љекара, а не и заштитом права пацијента, превагнуло је мишљење да овај назив није у потпуности одговарајући. Медицинско право, као и друге гране права, указује на дјелатност којом се бави, а не на учеснике који ту дјелатност обављају.

С обзиром и на друге прописе којима се уређују односи у обављању здравствене дјелатности, као нпр. закон о лијековима и медицинским средствима, закон о трансфузијској медицини и слично, може се говорити о медицинском праву у ширем смислу. У теорији налазимо разне дефиниције:

---

[1] Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, *Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*, 5. Aufklage, Springer, Berlin 2003. Према: Радишић Јаков, *Медицинско право*, II издање, НОМОС, Београд 2008, стр. 23.

[2] Ibidem

[3] Šeparović Zvonimir, *Granice rizika – etičkopravni pristupi medicini*, Informator, Zagreb 1998. str. 3.

[4] Мујовић-Зорнић Хајрија, „Право као гарант вршења медицине“, *Билтен Југословенског удружења за медицинско право*, 1/2001, стр. 15.

- „*Медицинско или здравствено право је посебна грана права којом се уређује заштита права човјека на здравље, здравствену заштиту и здравствено осигурање, одговорност и права здравствених дјелатника и здравствених организација и организација здравства као јавне дјелатности од посебног друштвеног интереса*.“

- „*У ужем смислу медицинско право обухваћа правна правила која уређују односе у обављању здравствене (медицинске) дјелатности. Медицинско право у ширем значењу може обухватити још и прописе о промету и издавању лијекова, прописе о осигурању од одштетне одговорности, прописе о медицинским производима и слично*.“[5]

Значајна карактеристика медицинског права је то што медицинско право не чине само државни прописи, већ и сталешки прописи, професионални водичи, протоколи и стандардизоване медицинске процедуре. „*Зато по нашем мишљењу, медицинско право је она грана права која обухваћа скуп хетерономних (државних) и аутономних (сталешких) правних правила и правних односа који настају или се правно признају у обављању здравствене (медицинске) дјелатности у које људи ступају ради очувања свог живота и здравља*.“[6]

Медицинско право нагласак ставља на проблематику која произлази из обављања љекарске дјелатности, те може представљати само једну од грана здравственог права. Чињеница је да здравствену заштиту не пружају само љекари. „*Управо структурна разноврсност субјеката који судјелују у пружању здравствене заштите упућује на нужност увођења појма који би по опсегу био шири од медицинског права, а то је, дакле, здравствено право. Предмет здравственог права јесте здравствена дјелатност у свом тоталитету, односно предмет произилази из саме дефиниције здравствене дјелатности*.“[7]

У правној теорији у посљедње вријеме све више се појављује назив „здравствено право“ или „право здравља“ (енг. *health low*), који је садржајно и шири појам од појма „медицинско право“, јер обухвата све прописе у вези са здравством, односно здрављем. Здравствено право није само шири појам, него је и социјално-здравствено подручје активности различито од медицинског права. Термин *здравство* је далеко свеобухватнији од оног што се подразумијева под медицином, јер је ријеч о важној социјалној дјелатности, док медицина има своје биолошке, соматске, органске, морфолошке компоненте и елементе[8]. Супротно мишљење заступа аутор, који сматра да је појам „медицинско право“ обухватнији од појма „здравствено право“, јер покрива цјеловито подручје медицине као дјелатности, као струке и позива, умијећа (*ars*) и знаности (*siencia*)[9].

У историјском погледу, у европским државама, пружање здравствених услуга је било углавном усмјерено на љекара који је у професионалном смислу био одговоран за дијагнозу и цијели поступак лијечења пацијента. У тим околностима примаран је био

[5] Klarić Petar, *Odštetno pravo*, Narodne novine, Zagreb 2003, str. 378.
[6] Bošković Zvonimir, *Medicina i pravo*, Pergamena, Zagreb 2007, str. 23.
[7] Babić Tatjana, Roksandić Sunčana, *Osnove zdravstvenog prava*, Tipex, Zagreb 2006, str. 19.
[8] Боднарук Сњежана, *et al*., *Коментари здравствених закона*, књига I, Привредна штампа, Сарајево 2011, стр. 21.
[9] Šeparović Z., op cit., стр. 3.

однос љекар-пацијент, у којем је љекар имао доминантну улогу. Стога је и предмет медицинског права био фокусиран на различите аспекте односа љекар-пацијент. У лијечењу пацијента, поред љекара и других здравствених радника и здравствених сарадника те административних радника, учествују и други радници техничке дјелатности, што је условљено развојем медицине. Промијењена је улога пацијента, који више нема подређену улогу (енг. *patient as consumer),* јер све више постаје партнер у здрављу. Због тога „здравствено право“ све више потискује назив „медицинско право“. Примјер за то може се наћи и у коришћењу појма „здравствено право“ у прописима (смјерницама) ЕУ, измјенама назива специјализованих часописа из MEDICAL LAW у HEALTH LOW и слично[10].

Здравствено право може се дефинисати као скуп правних правила којима се регулише провођење и пружање одговарајуће, потребне, правно признате и неопходне здравствене заштите стручним обављањем здравствене дјелатности од стране овлаштених здравствених радника. Оно у ужем смислу обухвата скуп правних правила којима се регулише садржај, начин обављања, обим, те структура провођења здравствене дјелатности од стране овлаштених радника, тј. посебна правна правила која регулишу садржај, обим, овлаштенике и начин обављања љекарске, стоматолошке, фармацеутско-биохемијске и сестринске дјелатности, док у ширем смислу обухвата скуп правних правила и других грана права којима се уређују и сва остала питања која на непосредан или посредан начин произлазе или настају у поступку пружања здравствене заштите[11].

Здравствено право чини скуп правила која се примјењују на активности које имају за предмет поновно успостављање здравља човјека, његову заштиту и спречавање деградације[12]. У пракси се здравствено право појављује кроз систем прописа којима су регулисане здравствене дјелатности – медицинска, стоматолошка, фармацеутска, медицинско-биохемијска, те сестринска дјелатност, као и кроз прописе о пружању здравствене заштите и организовању здравствене дјелатности. Међутим, из практичне оправданости нужно је чврсто и системски повезати здравствене струке и прописе, којима се регулише њихов рад, те обављање здравствене заштите у цјелини. Одговоре на та питања даје нам управо здравствено право. Предмет изучавања здравственог права нису само правне норме, већ и институције и односи који су битни за здравствено-правни положај човјека. Подручје здравственог права је врло опширно са даљном тенденцијом ширења. Здравствена дјелатност, као предмет проучавања здравственог права сваким даном постаје све развијенија, а питања и проблеми који из те дјелатности произлазе учестало постају све бројнији. Међутим, оно што осим стручне кохезије повезује све наведене дјелатности у јединствену цјелину јесу и многобројни прописи којима се настоје правно уоквирити најважнија заједничка питања[13].

Здравствено право користи истраживања других наука, као што су социологија, психологија, педагогија, економија и статистика. Метод регулисања здравственог права,

---

[10] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 22.
[11] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 20.
[12] J-M de Forges, *Le Droit de la sante*, Presses Universitaires de France, 2000, према: Јашаревић Сенад, *Социјално право*, Универзитет у Новом Саду, Правни факултет, Нови Сад 2010, стр. 109.
[13] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 15. и 20.

као и социјалног права, заснива се на три принципа: принцип иницијативе титулара социјалног права, принцип обавезности и принцип санкције. Здравствено- правни однос настаје најчешће на иницијативу и вољом физичког лица као титулара здравственог права (пацијент се прво обраћа доктору породичне медицине). Принцип обавезности значи да је државни орган дужан да ступи у здравствено-правни однос са титуларом здравственог права (ФЗО и здравствене установе). Трећи принцип изражава се у чињеници да се према странама здравствено-правног односа примјењују различите санкције ако не поступају у складу са својим овлашћењима и обавезама[14]. Субјекти здравственог права (осим здравствених радника, здравствених сарадника и других запосленика у здравственим установама) нису само лица која се налазе у стању здравствене потребе, већ и сви грађани на које се односи промоција здравља и превенција болести. Здравствено право регулише њихове односе који омогућавају пуно укључивање човјека у заједницу, да би могао водити „економски и социјално продуктиван живот“[15].

У посљедњих неколико деценија здравствено право је препознато као посебно подручје права. Здравствено право развило је властита начела и посебне правне изворе, кодифицирана су правила (био)медицинске етике, а здравствено право постало дијелом студијских програма на бројним универзитетима у свијету[16]. У том смислу може послужити за разјашњење законска дефиниција здравствене дјелатности и здравствене заштите, која гласи: „Здравствена дјелатност је дјелатност од општег интереса за Републику Српску која се обавља у јавним и приватним здравственим установама, по медицинској доктрини и уз употребу медицинске технологије“. „Здравствена заштита је скуп услуга и активности за унапређивање и очување здравља људи, спречавање обољења и повреда, рано откривање обољења, благовремено лијечење и рехабилитацију.“ [17]

Здравствену заштиту обављањем здравствене дјелатности могу пружити само здравствени радници који су стекли одговарајуће образовање, школујући се на медицинском, стоматолошком и фармацеутском факултету, факултету здравствене његе, као и у средњим школама здравственог усмјерења. Међутим, у пружању здравствене заштите учествују још и здравствени сарадници. Здравствени сарадници су радници који нису завршили образовање здравственог усмјерења, а раде у здравственим установама и учествују у дијелу здравствене заштите (дијагностички и терапијски поступци).

Медицинско-правна теорија даје различито значење појмовима „медицинско право“ и „здравствено право“. Није од пресудног значаја који појам је садржајно ужи а који шири, јер се они често користе као синоними. Што се тиче предмета медицинског/здравственог

---

[14] Шундерић Боривоје, *Социјално право*, Правни факултет Универзитета у Београду, 2009, стр. 111-112.

[15] Здравствено право користи сличне методе као и друге правне и ванправне друштвене науке. Поред општих метода опажања и мишљења (анализа, синтеза, дедукција, индукција, генерализација и апстракција), у здравственом праву користе се и помоћни методи – историјски, језички, правни, социолошки, циљни (телеолошки), компаративни, системски, дескриптивни и статистички метод. Потпуна сазнања се обједињују примјеном метода дијалектичког материјализма, тј. друштвене појаве се не могу посматрати изоловано, већ динамички и у међусобној повезаности.

[16] Sándor, J. , „Data protection in Health Care, Beyond Biomedical Use“, *Frontiers of European Healt Low*: *yearbook 2002*, Erasmus University, Rotterdam, 2003, стр. 76.

[17] Закон о здравственој заштити (“Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09 и 44/15) у даљем тексту ЗЗЗ РС.

права, оно сваким даном постаје све развијеније, а питања и проблеми које из те дјелатности произлазе постају све бројнија. Предмет проучавања се односи на три субјекта: човјека (болесника, пацијента) и његова основна права (право на здравствену заштиту, односно живот, здравље и сигурност); љекара и друге здравствене раднике и сараднике (а посебно на њихову одговорност); те болнице и друге здравствене установе у којима пацијенти остварују своје право на здравствену заштиту, као и на здравствени систем у цјелини, његово уређење и функционисање. У предмет медицинског/здравственог права спада и здравствено осигурање, као право човјека на здравствену заштиту и финансирање здравства[18].

Предмет проучавања медицинског/здравственог права представља однос између здравственог радника и пацијента у погледу пружања медицинске услуге, а тај однос није само правни него и етички. У њему су морални и правни обзири помијешани у знатно већој мјери него што је то случај са осталим правним односима међу људима. Здравствени радник је дужан да се придржава одређених начела медицинске етике[19].

Етичка правила и правила струке нису по својој природи правна правила. Однос између здравствених радника и пацијената код пружања здравствене услуге није уређен једино правним правилима, већ и правилима медицинске етике и правилима медицинске струке који су велики и значајан сегмент предмета медицинског/здравственог права. Нека правила медицинске етике и правила медицинске струке, због своје важности, законодавац је дигао на ниво правне норме, за чије се непоштовање, односно кршење вежу не само моралне, него и дисциплинске, казненоправне и грађанскоправне санкције[20]. Кодексима етике и деонтологије по правилу се утврђују начела и правила понашања којих су се дужни придржавати здравствени радници, чланови одређених комора, при обављању своје професионалне дјелатности, а ради очувања достојанства и угледа професије.

За здравствено право карактеристична је његова социјализација, која је све присутнија у његовом развојном путу, а великим дијелом се подудара са социјалним правом. Социјализација права (продирање социјалне идеје у право) извршена је тако: што се у корист цјелине ограничавају права индивидуе (на првом мјесту својина у знатној мјери него раније); што се индивидуа све више појављује у организацијама а све мање сама; што одговорност, у облику одговорности за ризик, добија изричито социјални карактер (јер се она не може другачије објаснити него идејом социјалне правде или тежњом да се заштите социјално и економски слабије индивидуе); што се право ставља под захтјеве морала, који у својим различитим облицима значе потврду социјалне идеје[21].

Уопште, социјално-правни односи (као и здравствено-правни односи) могу се схватити као правни односи између одређеног физичког лица (као субјекта правног односа, односно титулара права), с једне и одређеног органа (фонда или друге институције), с друге стране. Претпоставка за постојање, односно само настајање овог односа, је да се титулар права налази у стању социјалне потребе и да има право на основу закона или

[18] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 23.
[19] Радишић Јаков, „Медицинско право у свету и код нас“, *Правни информатор*, 9/2002, стр. 1.
[20] Klarić Petar, „Odgovornost za štete u medicini“, *Informator*, br. 5016-17, 2002, str. 3.
[21] Тасић Ђ., *Шта је социјално право*, према: Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 43.

уговора да захтијева од одређеног субјекта одређену социјалну престацију, односно давање или чињење[22].

Медицина, у свом убрзаном развоју, по правилу, иде испред права, па се нужно намеће потреба константног правног уређења бројних питања из подручја медицине. На тај начин и настају правне празнине, па значајни биомедицински односи нису обухваћени правним нормама него су контролисани понајвише правилима морала и медицинске етике и деонтологије. Тако, на одређен начин, биоетика преузима улогу права у уређењу односа из подручја медицине док се ти односи коначно не уреде правним нормама. С друге стране, правне норме дају биоетичким постулатима и теоријама потребну практичност и општу примјењивост[23].

Кашњење правне интервенције на подручју медицине има значајне негативне учинке на друштво у цјелини. С циљем правног уређења медицинске дјелатности доносе се нови прописи које намеће медицинска пракса, бројна медицинска етичка начела преузимају се и даје им се правна снага, приступа се кодификацији права пацијената и слично[24].

Коначно, медицинско право и биоетика имају заједнички циљ – хуманост, односно промоцију и заштиту основних људских права у обављању медицинске дјелатности. То је разумљиво, јер се те двије струке баве најзначајнијим људским вриједностима, као што су живот и здравље човјека, свака на свој начин[25].

Медицинско право ваља разликовати од судске медицине која се бави медицинским разјашњавањем одређених чињеница које су правно релевантне. Прво подразумијева *право у медицини*, а друго – *медицину у праву*. С друге стране, медицинско право је дио једне шире области, која се назива *здравствено право* и која подразумијева све правне прописе у интересу здравља људи[26]. Појмови „судска медицина“ и „медицинско право“ нису синоними. Судска медицина је грана медицине која се, најчешће за потребе суда, бави утврђивањем чињеница као што су нпр. наступање смрти, озљеде и слично[27]. Судска медицина је медицинска дисциплина која повезује двије различите струке и науке – медицину из круга биолошких наука и право као представника друштвених наука, а основни јој је задатак пружање помоћи правној струци у случајевима кад у правним поступцима треба ријешити различите медицинске проблеме[28]. Судска медицина назива се и „форензичком медицином“. Често се као синоним користи и појам „правна медицина“, која у себи укључује и судску психо-патологију и медицинску криминалистику.

Код детаљније разраде појма и садржаја медицинског права ради појашњења и поређења треба укратко сагледати однос медицинског права и биоетике. Појам биоетика настаје у

---

[22] Дедић Сеад, *Основи социјалног права*, Магистрат, Сарајево, 2000, стр. 17.
[23] Богданић Марина, „Однос моралног и легалног у медицинској етици – америчко искуство 40 година повезаности биоетике и правног система“, *Биоетика и медицинско право*, Зборник радова 9. биоетичког округлог стола (БОСР9) Ријека, Медицински факултет Свеучилишта у Ријеци, 2009, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 29.
[24] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 29.
[25] Радишић Јаков, *Медицинско право*, Универзитет УНИОН, Правни факултет, Београд, 2004, стр. 5.
[26] Laufs Adolf, et al., *Handbuch des Artzrechts*, 3. Auflage, Verlag C.H. Beck, Munchen, 2002, стр. 54.
[27] Шепаровић З., op. cit., стр. 3.
[28] Zečević Dušan i sur., *Sudska medicina i deontologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2004, str. 1.

XX вијеку, а тек посљедњих деценија постаје и општеусвојени назив нове гране савремене етике[29]. У биоетичкој енциклопедији „Биоетика“ се дефинише као: *„... систематско проучавање моралних димензија – укључујући моралне погледе, одлуке, понашање и дјеловање – у склопу природних наука и здравствене заштите, које се при томе служи различитим етичким методологијама у интердисциплинарном окружењу*.“ [30]

Данас се биоетика неријетко поистовјећује са медицинском етиком, односно новом медицинском етиком, јер се држи да су ти појмови синоними[31]. С друге стране, постоји и мишљење да то није у потпуности тачно. Тврди се да је биоетика много више од медицине и медицинских наука, јер глобално сагледава добробит човјека у контексту поштовања природе, те да поред медицинске етика укључује и етику екологије, религијску етику, социјалну етику и др[32]. И према мишљењу Callahana, појам биоетика не подразумијева и не посматра људско здравље и квалитет живота искључиво у медицинском смислу, јер би такво схватање било преуско да обухвати шира и спорна питања савремене етике. У дефиницију биоетике понекад се, поред медицинске етике, убрајају и судска медицина и професионална деонтологија[33]. Медицинско право и биоетика двије су посебне научне гране и посебна научна подручја која се, свако са свог аспекта, баве истраживањем и уређењем односа на подручју медицине/здравства.

Медицинско право је научна дисциплина која припада научном подручју друштвених наука, пољу права, док биоетика припада научном подручју хуманистичких наука, пољу филозофије, грани етике.

Медицинска етика и (медицинско) право неријетко се међусобно надопуњују. Поједини односи и проблеми који се јаве у подручју медицинске дјелатности могу бити предмет интереса и медицинског права и биоетике. Некада је заједнички приступ нужан да би се наведени односи могли квалитетно уредити, односно да би се уочени проблеми могли квалитетно ријешити. Овдје би требало споменути само неколико примјера: еутаназије, клонирања, патентирања гена и матичних станица, љекарске тајне и слично. Посебно је значајна и нужна сарадња припадника ових научних подручја код доношења прописа којима се уређују односи у подручју здравства. Биоетика са својим етичким судовима о конкретном понашању помаже праву и правној науци у артикулисању одговарајућих законских норматива[34].

Теорија о медицинском праву је задобила положај посебне научне дисциплине и изучава се на многим правним факултетима развијених земаља. О томе свједочи обимна стручна

---

[29] Visković Nikola, *Sumorne godine – nacionalizam, bioetika, globalizacija*, Kultura & Rasvjeta, Split 2003, стр. 212.

[30] Warren T. Reich, ed., *Encyclopedia of Bioethich*, 2nd edition, Macmillan Pub. Co., New York 1995, према: Боднарук Сњежана, et al., op. cit., стр. 25.

[31] Тако опширније види код Šegota Ivan, *Nova medicinska etika (bioetika)*, Medicinski fakultet, Rijeka, 2000, стр. 1. и даље; о појму „Глобална биоетика“ види код: Matulić Tonči, *Bioetika*, Glas Koncila, Zagreb, 2001. стр. 77.

[32] Šegota Ivan, „Van Reussealer Potter II – „otac“ bioetike“, *Bioetički svesci*, br. 6 Medicinski fakultet Rijeka 1999, str. 14-21.

[33] Padovan Ivo ur., *Medicinski leksikon*, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Zagreb 1992. str. 106.

[34] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 26-27.

литература посвећена медицинском праву, као и стручни часописи који се баве искључиво њиме. Сем тога, у неким државама западне Европе и САД, многи адвокати су прихватили медицинско право као своју специјализацију. У вишим судовима тих земаља постоје специјална судска вијећа за суђење у споровима из области медицинског права. Пракса је показала да су за правилно рјешавање таквих спорова (који су чести) потребна специјална знања и судија и адвоката. Таква знања стичу се изучавањем медицинског права као посебне правне науке[35]. На правним факултетима у Србији и РС не изучава се медицинско право. Због тога, огромна већина правника не зна шта је медицинско право. Без обзира на то, правници пишу законе из области медицине/здравства, а њихову примјену у пракси контролишу судије, адвокати и заштитници права пацијената. У наведеним пословима њима су потребна посебна стручна знања, која правници у земљама ЕУ и САД стичу изучавајући медицинско право као посебну научну дисциплину. Недостатак тих знања чини наше правнике инфериорним у односу према њиховим колегама из земаља по чијем узору треба да стварамо медицинско/здравстевено право. Поред стварања права правници треба да примјењују домаће и међународне правне прописе из области медицинског права[36].

Временом су специфичности медицинског права постајале све веће и догодило се неизбјежно (као и код низа других правних грана, с истим основом у грађанском праву – нпр. трговачко право, ауторско право) – створена је нова грана права. При томе, наравно, треба разликовати вријеме кад су се, један по један, слагали елементи који су довели до саме критичне масе, од времена кад се сматра да постојање нове правне гране више уопште није спорно. Жели се нагласити и да сам тренутак стварања нове правне гране често неће бити јасно временски одређен, осим ако као (једини) критеријум прихватимо доношење прописа (закона) из одређеног подручја, које прије тога није било нормативно уређено, било уопште или неким посебним прописом. У сваком случају, сам тренутак почевши од којег се може сматрати да постоји правна грана и није толико битан, већ је најбитније да постоји сагласност и правни/прави основ закључка да нова правна грана постоји. Генерално, ово вријеме је обиљежено великим напретком медицинског права у сваком погледу (како стручном, тако и у научном), па више није и никада више неће бити споредна тема. Та количина (прописа) која није систематизована у законик него је „разбацана“ на више десетина мјеста, сама по себи узрокује и генерише правну несигурност и не помаже владавини права, без које нико не може и не смије бити задовољан[37].

---

[35] Радишић Ј. (2008), *op.cit.* стр. 27.

[36] Здравствено законодавство на медицинским факултетима се изучава на: 1) основним студијама у оквиру ужих научних области – увод у медицину, социјална медицина, економка здравствене заштите и примарна здравствена заштита; 2) постдипломским студијама у оквиру специјализација, као што су хигијена са медицинском екологијом, социјална медицина, епидемиологија, економика здравствене заштите, здравствени менаџмент и здравствено право, као и на магистарским студијама на појединим смјеровима – екологија са ергономијом, социјална медицина, економика здравствене заштите и други; 3) високим школама за медицинске сестре-техничаре то је посебан предмет. Међутим и поред тако широког изучавања законске материје из области здравствене заштите литература о овим питањима је крајње оскудна.

[37] Иванчић - Качер Бланка, „Хрватско медицинско право“, *Правни живот*, број 9/2009, стр. 855; Исти аутор констатује да је један битан дио перспективе медицинског права и наставак рада на плану мултидисциплинарности и сарадње (посебно медицине и права), за стварни напредак свих који учествују у процесу давања и примања медицинских услуга и човјечанство у цјелини.

Правна наука као критеријум разврставања правних норми и правних принципа у гране права узима предмет регулисања (врста друштвених односа која се правом регулише) и метод регулисања. Блискост са социјалним правом указује на могућност различитих полазишта у проучавању здравственог права: предмет и метод; циљ; садржај; мјесто у правном систему; структура норме; средства, мјера и поступак за примену норми; субјекти који га остварују; субјекти који га стварају; субјекти које штити; карактер, природа, итд. Ово су само могући, али и неопходни аспекти проучавања здравственог права, не само са становишта његове идеје и теорије, већ и (прије свега) праксе[38].

2.2. Начела здравственог права

Двије врсте основних начела здравственог права, које нужно произлазе из садашње структуре појма здравственог права и основних циљева здравствене политике, су *начело пружања здравствене заштите* и *начело провођења здравствене дјелатности*.[39]

Основни циљеви здравствене политике су, осим доношења мјера за заштиту здравља, побољшање квалитета живљења, промоција здравијих начина живљења, смањење или елиминација здравствених ризика, те настојања за што квалитетнијим пружањем здравствене заштите[40]. Циљеви здравствене политике су такође условљени савременим начином живљења и брзим развојем медицинске науке и технологије, што пред ауторе начела здравственог права и законодавце стално поставља нове изазове.

Општа начела социјалног осигурања имају извјесну сличност и тијесну повезаност са здравственим правом: начело обавезности; начело потпуности и свеобухватности; начело добровољности; начело осигурања и финансијског доприноса; начело узајамности и солидарности; начело неотуђивости, непреносивости и незастаривости права; начело јединствености.

Посебна начела здравственог осигурања су[41]: начело јавности, начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, начело сталног унапређења квалитета здравственог осигурања; начело економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања. Ова начела представљају полазне оквире и правце изградње, како социјалног осигурања тако и здравственог права у тумачењу и примјењивању појединих института.

Начела пружања здравствене заштите

Начела здравствене заштите представљају оквир пружања здравствене заштите и детерминанте за остваривање права човјека на здравствену заштиту. Начела пружања здравствене заштите су[42]:

- *Начело свеобухватности здравствене заштите* – Свеобухватност здравствене заштите значи да право на здравствену заштиту има не само цјелокупно

[38] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 100 и 101.
[39] Warren T. Reich, ed., *Encyclopedia of Bioethich,* 2nd edition, Macmillan Pub. Co., New York 1995, према: Боднарук Сњежана, et al., op. cit., стр. 25.
[40] Erceg Marijan *et.al.* (ur), *Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2003. godinu*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2004, стр. 7.
[41] Јовановић Предраг, *Радно право*, Правни факултет Нови Сад, Нови сад 2012, стр. 421 и 432.
[42] Babić T., Roksandić S., op. cit., стр. 27-34.

становништво државе, већ и све особе које се затекну или налазе на њеном подручју;

- *Начело континуираности здравствене заштите* - обухвата поступак пружања здравствене заштите почевши од дијагностике здравственог стања па све до окончања процеса лијечења;
- *Начело доступности здравствене заштите* – значи постојање једнаких услова за све кориснике и остваривање права на здравствену заштиту на цијелој територији државе;
- *Начело цјеловитог приступа у примарној здравственој заштити* – Ово начело не може се посматрати самостално, већ искључиво у повезаности с начелом специјализованог приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити. Цјеловит приступ примарне здравствене заштите осигурава се провођењем обједињених мјера за унапређење здравља и превенцију болести, те лијечењем и рехабилитацијом;
- *Начело специјализованог приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити* – Провођење овог начела обезбјеђује се организовањем и развијањем посебних специјализованих клиничких, јавно-здравствених достигнућа и знања и њиховој примјени у пракси. У изузетно сложеној здравственој дјелатности примјена специјалистичких знања и конзилијарна пракса је неопходан услов квалитетне здравствене услуге.

Начела провођења здравствене заштите

Начела провођења здравствене дјелатности су заједничка за све здравствене струке, јер наглашавају специфичности здравствене дјелатности у цјелини, а то су:

- *Начело о здравственој дјелатности као дјелатности о општег интереса* - Ако је право на здрав живот једна од основних вриједности људског друштва, онда и здравствена дјелатност, која омогућује, посредно или непосредно, остваривање и очување живота и здравља, представља дјелатност од општег интереса за сваку државу. Зато је значајно како је правно регулисана здравствена дјелатност, као и правни статус субјеката који учествују у њеном остваривању;
- *Начело цјелине људског живота* – Цјелину људског живота чине три битна елемента и то: зачетак људског живота, квалитет живота, која се манифестује духовним и тјелесним интегритетом, те број живота. Цјелину вриједности људског живота пропитује биоетика, тј. системско изучавање и процјена људског дјеловања на подручју науке о животу и бризи за здравље човјека, у свјетлу моралних вриједности и моралних начела[43];

[43] Деонтолошки примјери о овим битним елеменатима цјелине људског живота кључни су за регулисање нпр.: перинаталне дијагностике и терапије, генетског савјетовања и генетског инжењерства, клонирања људи, пресађивања органа, пластично-реконструктнивих захвата, избора у недостатку животно пресудних лијекова и средстава, умјетне оплодње, присилног и обавезног лијечења, утврђивања смрти, еутаназије, хоспиција, права на здраву животну околину. У основи начела цјелине људског живота налази се начело хуманости заштите права пацијента које је повезано са начелом законитости у обављању здравствене дјелатности и начелом савјесног обављања здравствене дјелатности, види код Milinčić V., *Deontologija profesije liječnik*, Zagreb, 1996, стр. 31, према: Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 31.

- *Начело хуманости заштите права пацијента* – остварује се осигурањем поштовања пацијента као људског бића, осигуравањем права на физички и ментални интегритет пацијента, те заштитом личности пацијента, укључујући поштовање његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења[44];
- *Начело интегритета здравствених радника* – Да би се сачувао интегритет здравствених радника, њихова статусна права морају бити јасно утврђена и прописана законом. Томе је много допринијело доношење струковних закона, као и јачање здравствених комора као кровних струковних организација. Ово је неопходан услов за успостављање партнерских односа између даваоца и корисника услуге, а уско је везано са савјесним обављањем здравствене дјелатности од стране здравственог радника;
- *Начело савјесног обављања здравствене дјелатности* – Ово начело подразумијева савјесно обављање здравствене дјелатности од стране здравствених радника без обзира на доб, пол, расу, националност, вјерско или политичко увјерење, те друштвени положај, поштујући при томе људска права и достојанство сваке особе. Здравствени радници морају водити рачуна о правилима струке и деонтолошким обавезама садржаним прије свега у етичким кодексима струковних организација. Граница примјене овог начела одређена је начелом законитости;
- *Начело призива савјести* – Ради својих етичких, вјерских и моралних назора, односно увјерења, љекар има право да се позове на призив савјести, те да одбије провођење дијагностике, лијечења или рехабилитације пацијента, ако се то не коси с правилима струке, те ако тиме не узрокује трајне посљедице за здравље или не угрози живот пацијента. О својој одлуци мора правовремено извијестити пацијента, те га упутити другом љекару исте струке. Ако је љекар запослен у здравственој установи, трговачком друштву, односно у другом правном лицу које обавља здравствену дјелатност или код другог љекара који обавља приватну праксу, мора о тој одлуци извијестити свог надређеног односно послодавца;
- *Начело адекватне, квалитетне и стручне здравствене услуге* – Здравствени радници у сваком тренутку пружања здравствене услуге морају водити рачуна о томе да ли је услуга одговарајућа и да ли је примјењива на стање пацијента. Њихова законска обавеза је да здравствена услуга буде стандардног квалитета и једнаког садржаја. Да би се пружала квалитетна здравствена услуга, здравствени радници морају стално стицати нова знања и вјештине, те пратити нова достигнућа у развоју медицинске науке. Само на тај начин здравствени радник може бити успјешан, а пацијент задовољан здравственом услугом;
- *Начело законитости у обављању здравствене дјелатности* – Обављање здравствене дјелатности и њен садржај регулисан је законом и бројним подзаконским актима. Здравствени радници су дужни у обављању здравствене дјелатности поштовати законске и подзаконске прописе узимајући у обзир и правила других грана права. За успјешно обављање здравствене дјелатности важно је да законодавац не заостаје за развојем медицинске науке и здравствене

[44] Zakon o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine“, br. 169/04) član 4.

дјелатности у цјелини, уважавајући потребе корисника и рационалност пружања здравствених услуга;

- *Начело чувања професионалне тајне* – приликом обављања здравствене дјелатности здравствени радници су дужни чувати професионалну тајну која се може открити само у случајевима предвиђеним законом. Чувањем професионалне тајне између здравственог радника и пацијента гради се однос повјерења без којег нема успјешног рада у обављању здравствене дјелатности.

Начела здравственог права и њихова систематизација су и даље предмет научних и стручних расправа.

2.3. Утицај других грана права на здравствено право

Здравствено право није потпуно јединствен и затворен скуп правних правила, него је повезано са другим гранама права од којих су најзначајније: радно и социјално право, грађанско право, привредно право, кривично право, управно право, те међународно право.

Здравствено право – радно право и социјално право – Улога *радног права* у провођењу и обављању здравствене дјелатности је незаобилазна, јер норме радног права регулишу бројна питања која се односе на радноправни статус здравствених радника (заснивање радног односа, уговори о раду, права и обавезе из радног односа, отказни рокови, одговорност за штету коју проузрокује радник, дисциплинска одговорност, заштита на раду, право на штрајк и одредбе о колективом уговору. ЗОР регулише права и обавезе радника, укључујући дио који се односи на: безбједност и заштиту живота и здравља на раду; здравствену заштиту; заштиту личног интегритета; посебну заштиту у случају болести, смањења или губитка радне способности и старости; посебну заштиту за вријеме трудноће и након порођаја; посебну заштиту ради његе дјетета; посебну заштиту радника млађих од 18 година живота и заштиту радника. Радник је дужан да обавијести послодавца о свакој врсти потенцијалне опасности по живот и здравље, као и да приступи здравственим прегледима и оцјени радне способности на захтјев послодавца. Примјена радног права у обављању здравствене дјелатности је гаранција законите и ефикасне организације здравствене дјелатности и утврђивања правног статуса здравствених радника. Одредбе ЗОР РС[45] примјењују се на све раднике који раде на територији РС, код домаћег или страног правног односно физичког лица, без обзира на мјесто његове регистрације односно држављанства, као и на раднике који су упућени на рад у иностранство од послодавца, осим ако законом земље у коју су упућени или међународним споразумом није другачије одређено. Специфична обиљежја радних односа стручних кадрова у здравству условљена су: специфичним положајем дјелатности; начином правног уређивања; економско-финансијским положајем дјелатности; обезбјеђењем извора финансирања; утврђивањем стандарда и норматива у

[45] Закон о раду („Службени гласник Републике Српске“ бр. 01/16), у даљем тексту: ЗОР РС

здравству; специфичностима изразите мајоризације љекарске професије; планирањем и програмирањем здравствене заштите[46].

Социјално право се изучава као дио радног права или као самостална наставна дисциплина која се током развоја правног система постепено потврђује као посебна грана права. Поред схватања да је здравствено осигурање грана социјалног осигурања која обухвата и здравствену заштиту[47], у науци је присутно схватање да су то двије гране социјалног осигурања. Израз социјално право се употребљава и зато да означи право које има циљ да заштити слабије и право које има извор у праву опстанка сваке индивидуе. Схватање социјалног права као права слабијих на заштиту, тј. права на опстанак, настало је под утицајем идеје о социјализацији права која је посебно дошла до изражаја у одредбама Вајмарског устава (у Њемачкој 1919), као и Видовданског устава (у Краљевини Југославији 1921). Социјално право треба да обезбјеђује заштиту оним лицима која не могу, без своје кривице, својим радом или имовином да обезбиједе себи средства за живот[48]. За разлику од грађанских и политичких права, која имају за посљедицу умањење државне моћи, социјална права имају за посљедицу увећавање државне моћи[49]. Без проширивања њених надлежности и на социјалне и културне функције, није могуће обезбиједити заштиту привредно слабијих[50]. Социјално право обухвата правне норме, институте, институције и односе који имају за циљ да се обезбиједи сигуран и достојанствен социјални положај човека. Социјално право је релативно млада грана права и млада правна наука, која је настала тек када је друштвена, односно државна дјелатност у социјалној области постала толико интензивна да се наметнула потреба њеног свеобухватног правног уређења и изучавања. Полазиште и уједно сврха ове гране права јесте дубоко укоријењена тежња у друштву да се пружи помоћ слабијим члановима заједнице. Према лорду Беверицу, једном од утемељивача идеје социјалне сигурности, социјална дјелатност државе требало би да омогући да се савладају џиновски непријатељи сваког друштва: немаштина; болест; незнање; нехигијена; незапосленост. Искорјењивањем ових појава посредно се штити и социјални мир, отклањају се ситуације које представљају подлогу за изазивање класних и других социјалних сукоба, социјалне патологије и криминалитета[51]. Социјална права су позитивна права, тј. права која претпостављају и захтијевају активност државе, њено мијешање у привредне, социјалне и културне односе. Без њеног мијешања не би могли да се отклоне друштвени конфликти и да се обезбиједи социјални мир који претпоставља минимум социјалне правде. Заштита економски и социјално слабијих представља

---

[46] Милаковић Недељко, *Радни однос стручних кадрова у здравству*, Магистарски рад, Универзитет у Бањој Луци, Правни факултет, Бања Лука, 1991, стр. 108.

[47] Социјално право обухвата: социјално осигурање, борачко-инвалидску заштиту, социјалну заштиту и дјечију заштиту. Социјално осигурање се дијели на: здравствено осигурање, пензијско осигурање и инвалидско осигурање. У социјалном праву је садржано здравствено право, које се прије свега односи на здравствену заштиту и здравствено осигурање, види: Мирјанић Жељко, Савић Снежана, *Социјално право са основама права*, Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука 2003, стр. 117-123.

[48] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 48-49.

[49] Јовановић Слободан, *Уставно право Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца*, Издавачка књижарница Геце Кона, Београд 1924, стр. 448.

[50] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 50.

[51] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 1-5.

друштвени интерес и у име тог интереса држава интервенише у привреди и друштвеном животу[52].

Право социјалног осигурања/сигурности има свој предмет уређивање социјално-правног односа који се успоставља поводом наступања социјалног ризика између осигураника и носилаца социјалног осигурања/сигурности (јавно-правних фондова) у области здравственог, пензијског и инвалидског осигурања и осигурања за случај незапослености, уређен законима којима се предвиђају услови за стицање, остваривање и коришћење права по основу социјалног осигурања/сигурности[53]. Заједничко и за социјални ризик (социјално осигурање/сигурност) и за социјалну потребу (социјална заштита) је вриједност солидарности, као и јавно-правни карактер регулисања – обавезност социјалних престација за лица код којих наступи социјални ризик (неповољност) односно социјална потреба (недостатак), а друштво солидарношћу као правном и моралном вриједношћу потврђује човјекољубље и даје посебан садржај (уставом и међународним инструментима о људским правима) зајамченом праву на живот и развој личности. У литератури се јавља и мишљење да је право социјалног осигурања дио радног права, пошто обезбјеђује социјалну сигурност запослених по основу рада. Међутим, право социјалног осигурања обезбјеђује социјалну сигурност и других лица по основу законом дефинисаних социјалних ризика/случајева, чиме се издваја из радног права у самосталну грану права и научну дисциплину. Осим тога, изражено је схватање да је социјално право грана права која се још налази у фази конституисања[54].

Здравствено право и грађанско право испреплићу се, прије свега, приликом дефинисања и одређивања врсте односа који се приликом пружања здравствене заштите ствара између здравственог радника и пацијента. Наиме, у том случају се ради о односу приватноправне нарави, тј. о грађанскоправном односу[55]. Такође, здравствено право и грађанско право су повезани у регулисању одговорности здравствених радника за штету која настане приликом обављање здравствене дјелатности[56]. Ако пацијент у остваривању здравствене заштите претрпи штету на свом тијелу или се проузрокује погоршање његовог здравственог стања, он/она имају право на накнаду штете у складу са законом, односно, општим правилима грађанског права[57]. У правном систему РС не постоје посебна правила о одговорности здравствених установа и здравствених радника за штету коју почине приликом обављања здравствене дјелатности, иако се пацијенту јамчи право на накнаду штете. Посљедице обављања здравствене дјелатности посредно или непосредно погађају пацијента и његову најближу родбину, што указује на то да се ради

[52] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 50.
[53] Лубарда А. Бранко, *Увод у радно право са елементима социјалног права*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2013, стр. 437-439.
[54] Лакичевић Душан, „Социјално право“, *Социјална политика*, број 10/78, стр. 30.
[55] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 21. Однос даваоца и корисника здравствене услуге биће детаљно размотрен у поглављу овог рада под називом Права пацијента у систему здравствене заштите у Републици Српској.
[56] Регулисање одговорности здравствених радника за штету која настане приликом обављање здравствене дјелатности биће детаљно размотрено у поглављу овог рада под називом Право на накнаду штете као право пацијента.
[57] ЗЗЗ РС чл. 32.

о специфичној дјелатности која захтијева висок степен одговорности здравствених радника и здравствених установа. Ове чињенице говоре да је неопходно прописати посебну одштетну одговорност код остваривања права на здравствену заштиту[58].

Здравствено право и привредно право – Здравствене установе су јавне службе које обављају здравствену дјелатност у складу са законом. Установе, предузећа или друге облике јавне службе могу основати Република, јединица локалне самоуправе или друга правна или физичка лица[59]. На оснивање, организацију и рад здравствених установа примјењују се прописи који се односе на предузећа, ако законом није другачије одређено[60]. Закон о систему јавних служби је приближио здравствено и привредно право. Супсидијарна примјена Закона о привредним друштвима у односу на Закон о здравственој заштити упућује на чињеницу да се здравствена дјелатност у једном дијелу и за одређене врсте здравствених услуга пружа уз наплату и има комерцијални карактер[61]. Имајући у виду да живимо у потрошачком друштву које карактерише пораст нових болести, повећање броја пацијената, повећање броја старих особа и продужен животни вијек, није чудно што је здравствена дјелатност само једна од многих у низу дјелатности пласираних на тржиште. Међутим, поред комерцијалног ефекта у пружању здравствених услуга и обављању здравствене дјелатности у цјелини, не смије се заборавити њена хумана димензија и посвећеност човјеку и његовом здрављу као највећим вриједностима. У том смислу, комерцијалност одређених здравствених услуга може допринијети њиховој конкурентности и квалитетнијем пружању здравствених услуга[62]. Правна регулатива привредног права је посредан извор здравственог права, која показује сталне тенденције развоја и усавршавања.

Здравствено право и кривично право – здравствено право и кривично право сусрећу се у тренутку када пружање неке здравствене услуге, у одређеним условима, представља кривично дјело. Ова повезаност здравственог и кривичног права нарочито је изражена у ситуацијама које судска (форензичка) медицина и судска (форензичка) психијатрија имају у кривичном праву и кривичном поступку код утврђивања истине и кажњавања починитеља за кривична дјела. Такође, одређене кривично-правне санкције су здравствене природе и повезане су са кривичним правом, као што су мјере обавезног психијатријског лијечења те обавезног лијечења од зависности које се изричу ако постоје медицинске индикације. КЗ може да регулише кривична дјела против здравља људи. Највећи број кривичних дјела против здравља људи могу се починити приликом обављања здравствене дјелатности и чине инкримисана понашања здравствених радника

[58] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 21.
[59] Закон о систему јавних служби („Службени гласник Републике Српске“ бр. 68/07, 109/12 и 44/16), чл. 5.
[60] *Ibidem,* чл 11.
[61] То потврђују и посљедње измјене и допуне Закона о здравственој заштити у којем је прописано да правно лице односно привредно друштво, поред основне дјелатности може да обавља здравствену дјелатност. У чл. 13. истог закона утврђено је да правно, привредно и физичко лице може основати приватну здравствену установу, која може да буде: амбуланта за лијечење, здравствену његу и рехабилитацију; специјалистичка амбуланта породичне медицине; специјалистичка амбуланта; стоматолошка амбуланта; апотека; специјалистички центар; болница; специјална болница; дом за здравствену његу; лабораторија и банка матичних ћелија, види: Закон о измјенама и допунама Закона о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“ бр. 44/15).
[62] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 23.

за које су прописане одговарајуће казне. За здравствено право, поред наведеног, значајно је указати на кривично дјело „неовлашћено откривање професионалне тајне“, које се односи на ситуације када адвокат, љекар или друго лице неовлашћено открије тајну коју је сазнало у вршењу свог позива. Овог кривичног дјела нема ако је тајна откривена у општем интересу или интересу другог лица који је претежнији од интереса чувања тајне. Неовлашћено откривање професионалне тајне је важно за здравствене раднике у које би пацијенти требало да имају несумњиво повјерење у обављању здравствене дјелатности и пружању здравствених услуга.

Здравствено право и управно право – Органи државне управе и други државни органи дужни су поступати примјењујући одредбе Закона о општем управном поступку[63]. Имајући у виду да је здравствена дјелатност хуманог карактера, чија је основна брига очување људског живота и здравља, као највиших вриједности сваког човјека и друштва у цјелини, важно је да субјекти који учествују у поступку остваривања права на здравствену заштиту, као и права која из тога произлазе, поступају по утврђеном, законом прописаном поступку поштујући прописане рокове[64].

Здравствено право и међународно право – Међународно право је систем правних правила који уређују односе у међународној заједници и признатих субјеката (државе и међународне организације[65]. С обзиром на то да се здравствена дјелатност стално развија, у њеном регулисању потребан је мултидисциплинаран приступ и уређивање на међународном нивоу. Међународни уговори који су закључени и потврђени у складу са Уставом БиХ и објављени, а који су на снази, чине дио унутрашњег поретка. Њихове одредбе могу се мијењати или укидати само уз услове и на начин који су у њима утврђени или сагласно општим правилима међународног права. Осим вишестраних међународних споразума, међународни извор здравственог права могу бити и билатерални споразуми.

2.4. Међународни извори здравственог права

Убрзани развој медицине као науке, здравствене дјелатности и технологије, како на националном тако и на међународном нивоу, доприноси повећању броја извора здравственог права. У правној теорији постоје бројни критеријуми по којима се могу разврстати извори права. Најпознатија подјела је на материјалне и формалне изворе права, те хетерономне и аутономне.

---

[63] Републички орган управе дужан је поступати по Закону о општем управном поступку кад у управним стварима рјешава о правима, обавезама и правним интересима појединца, правног лица или друге странке; органи града и општине кад обављају послове државне управе; привредно друштво, установе и друге организације у вршењу јавних овлашћења. Приликом остваривања права на здравствену заштиту, норме управног права и поступка нарочито се примјењују у поступању органа власти, Фонда здравственог осигурања и надлежних комора (доношење рјешења и других управних аката приликом остваривања права осигураника на здравствену заштиту, рјешавању статусних питања давалаца здравствених услуга, провођење стручног, управног и инспекцијског надзора, обављање јавних овлашћења комора итд).

[64] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 26.

[65] Andrassy Juraj, Bakotić Božidar, Vukas Budislav, *Međunarodno pravo, prvi dio*, Školska knjiga, Zagreb, 1998, стр. 1.

Придруживање ЕУ захтијева усклађивање домаћих прописа из подручја здравства са регулативом ЕУ[66], што се обично назива *европска правна стечевина* или *acquis communautaire*. ЕУ препушта државама чланицама потпуну слободу у одлучивању и развоју система социјалног и здравственог осигурања. Правила ЕУ примјењују се само на одређене категорије лица која су крећу унутар држава чланица, а сврха им је да та лица због пресељења у другу државу чланицу не губе дио или сва права из социјалног осигурања стечена у једној земљи чланици као и у домену мјера заштите на раду[67].

Поријекло извора здравственог права на међународном нивоу могу се подијелити у три основне групе: Уједињене нације (у даљем тексту: УН)[68], СЗО[69] и Савјет Европе[70]. Наведене организације су донијеле бројне конвенције и декларације којима се на међународном нивоу регулишу актуелна питања, између осталог и из области здравственог права. У међународне изворе здравственог права могу се сврстати они којима се директно уређује предмет здравственог права, тј. здравствена дјелатност у цјелини, као и они из других области које посредно уређују поједина питања из области здравственог права. Најважнија питања и начела из области здравствене дјелатности садржана су у сљедећим међународним документима[71]:

- Европска конвенција о људским правима и слободама,
- Конвенција о заштити људских права и достојанства људског бића у погледу примјене биологије и медицине,
- Конвенција о људским правима и биомедицини,
- Конвенција о правима дјетета,
- Стандардна правила за изједначавање могућности за лица са инвалидитетом[72],

---

[66] Видјети легислативу ЕУ из подручја здравства на званичној web страници: http://eur-lex.europa.eu/homepage.html (27.4.2016).

[67] Види: Ured za strategiju razvitka Republike Hrvatske, *Hrvatska u XXI stoljeću- Zdravstvo*, Zagreb 2002, стр. 41, према: Babić T., Roksandić S., стр. 43.

[68] Уједињене нације су међународна организација која је настала потписивањем Повеље УН 26.6.1945. године. Разлози оснивања ове организације јесу, између осталог, обликовање темељних извора права и стандарда за побољшање индивидуалних и друштвених услова живота у човјечанству, нпр. Општа декларација о правима човјека 1948. године, види званичну web презентацију: http://www.un.org/, (27.04.2016).

[69]Свјетска здравствена организација (СЗО) је основана 7. априла 1947. године, дан који се обиљежава као Свјетски дан здравља и представља организацију држава чланица и дио система УН који има двије основне функције: да усмјерава и координише међународне здравствене активности и да стимулише техничку сарадњу са земљама и између земаља чланица. Види званичну web страницу: http://www.who.int/en/, (27.4.2016).

[70] Савјет Европе је регионална међународна организација која је основана 5. маја 1949. године Лондонским уговором. Према Лондонском статуту циљеви Савјета Европе јесу начела људских права, владавине права и плуралистичке демократије, види званичну web страницу: http://www.coe.int/sr/web/portal/home, (27.5.2016).

[71] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 38-42.

[72] Савјет министара БиХ прихватио је исте својом одлуком од 30. септембра 2003. године. Овим стандардним правилима за област здравствене заштите утврђене су сљедеће обавезе: стварање програма у сврху раног откривања, дијагностицирања третмана оштећења (Правило 2. тачка 1); осигурање услова да лица са инвалидитетом, посебно да најмања дјеца, добију „исти квалитет здравствене заштите у оквиру истог састава, као и остали чланови друштвене заједнице“ (Правило 2. тачка 3); едукације „медицинског и парамедицинског особља“ и обезбјеђење опреме за пружање здравствене заштите (Правило 2. тачка 4. и 5); брига да лица са инвалидитетом могу „добити било које редовно лијечење и лијекове који им затребају да би очували или побољшали свој функционални ниво“ (Правило 2. тачка 6). Дакле, мисли се на дио који се односи на здравствену заштиту, а који је усвојила Генерална скупштина УН 23. децембра 1993. године.

- Резолуција о „Здрављу за све“ СЗО (WHO 30.43, 1977),
- Декларација о правима пацијената у Европи[73],
- Лисабонска декларација о правима пацијената из 1981. године,
- Мадридска декларација о етичким стандардима за психијатријску дјелатност из 1996. године;
- Декларација Свјетског медицинског удружења о медицинској едукацији из 1987. и 1991. године;
- Конвенција УН против корупције (UNCAC);
- Конвенција о раном обавјештавању о нуклеарним несрећама (IAEA),
- Конвенција о физичкој заштити од нуклеарног материјала,
- Конвенција о помоћи у случају нуклеарне несреће или радиолошке опасности (1986),
- Оквирна конвенција о контроли дувана СЗО (Framework Convention on Tobacco Control WHO),
- Декларација о правима дјетета на здравствену заштиту (Ottawa, UN, 1998)
- Конвенције о правима дјетета (UN, 1989).

Осим наведеног, у изворе медицинског права се укључују и европско законодавство из ове области. Наиме, због сложености односа између европског законодавства и здравствене политике, готово сва поглавља *acquisa communautaire* имају одређени утицај на здравство. Посебно су значајна поглавље 13 о социјалној политици и поглавље 23 о заштити потрошача и здравственој заштити. Остала поглавља такође садрже одредбе значајне за здравство: поглавља од 1 до 3 о слободном кретању робе, лица и услуга; поглавље 12 о сигурности намирница; поглавље 27 о животној средини, итд. Ово посебно добија на значају у условима имплементације Споразума о стабилизацији и придруживању, те обавези хармонизације домаћих прописа са прописима ЕУ.

Билатерални споразуми су важни извори и здравственог права, како они које је склопила БиХ тако и они које је преузела сукцесијом од бивше СФР Југославије. Споменуће се сљедећи: Споразум између БиХ и Републике Аустрије о социјалном осигурању, Уговор о социјалном осигурању између БиХ и Републике Хрватске, Споразум између БиХ и СР Југославије о социјалном осигурању, Уговор између БиХ и Републике Турске о социјалном осигурању, Уговор између БиХ и Републике Македоније о социјалном осигурању, Споразум о социјалном осигурању између БиХ и Републике Словеније, Уговор о социјалном осигурању између БиХ и Краљевине Белгије, Споразум између БиХ и Републике Мађарске о социјалном осигурању и социјалној сигурности.[74]

Слиједи објава усвојених споразума у „Службеном гласнику БиХ“, а то су Међународни билатерални уговори о социјалном осигурању које је закључила бивша СФРЈ, а које БиХ примјењује по основу Споразума о сукцесији: Конвенција о социјалном осигурању са

[73] Ова декларација је врло битан правни инструмент, с обзиром на то да је БиХ чланица СЗО и она је у постојеће законодавство уградила права пацијената, Република Српска у ЗЗЗ РС, а у ФБиХ начелно у Закону о здравственој заштити као и посебним Законом о правима, обавезама и одговорностима пацијената. Права пацијената не могу се посматрати одвојено од испуњавања обавеза и одговорности од стране пацијената. Поједине земље су заштиту права пацијената регулисале кроз широко прихваћене повеље пацијената.
[74] Боднарук Сњежана, et al., *op.cit*., стр. 42.

Бугарском, Конвенција о социјалном осигурању са Чехословачком, Конвенција о социјалном осигурању са Данском, Општа конвенција о социјалном осигурању са Француском, Конвенција о социјалном осигурању са Италијом, Општа конвенција о социјалном осигурању са Луксембургом, Конвенција о социјалном осигурању са Холандијом, Конвенција о социјалном осигурању са Норвешком, Конвенција о социјалном осигурању са Пољском, Споразум о социјалном осигурању са СР Њемачком, Конвенција о социјалном осигурању са Шведском, Конвенција о социјалном осигурању са Швајцарском, Конвенција о социјалном осигурању са Великом Британијом и Сјеверном Ирском.[75]

Судска пракса као извор здравственог права

Здравствена дјелатност подвргнута је и судској контроли с циљем да се осигура и гарантује да ће се здравствени радници у обављању своје професије придржавати важећих стандарда своје струке, те да ће поступати с дужном пажњом. Границе дужне пажње и одговорности одређују судови у својим одлукама, па је неспорно да је судска пракса од изузетног значаја за медицинско право[76]. Судска пракса је посредан и неформалан извор здравственог права. У нашем правном поретку судска одлука нема карактер преседана који обавезује судије у доношењу судских одлука. Правна схватања усвојена на сједницама судских одјељења или на општим сједницама врховног суда, не обавезује судове односно одјељења која нису судјеловала у њиховом усвајању. Одлуке виших судова на ниже судове дјелују више снагом своје увјерљивости, интерпретацијом правних прописа и ауторитетом оних који стоје иза наведених правних схватања, те на тај начин утичу на уједначавање судске праксе и оживљавање правне норме. Судска пракса има значај непосредног и формалног извора права у земљама гдје постоји прецедентно право. Одлуке судова у конкретним предметима извор су права за субјекте на које се њихова правоснажност односи. У западној Европи и у САД отворено се говори да је медицинско право, у великој мјери, дјело судске праксе. То је посебно случај са правилима која се тичу одговорности. Судска пракса је посредан извор здравственог права коју сачињава низ судских пресуда којима се правна норма примјењује на исти начин. Судском праксом као извором права назива се доношење више сагласних пресуда од стране истог суда о истом правном питању на основу којих се устаљује обавезујућа правна норма[77].

Тумачећи општа правна правила и прилагођавајући их својеврсном односу љекар-пацијент, судови су током времена изградили модерне системе одговорности здравствених радника. У тим системима, поред националних обиљежја, заступљене су и многе опште правне идеје, које су прихватљиве за све цивилизоване државе и народе. Те

[75] Види списак потписаних споразума о социјално осигурању, званична web страница Министарства цивилних послова БиХ. http://www.mcp.gov.ba/search/Default.aspx?q=sporazum+o+socijalnom+osiguranju&searchDepth=0&selectedCategory=0&contentType=0&langTag=bs-BA&template_id=109&pageIndex=1 (3.5.2016).
[76] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 43;
[77] Ibidem, стр. 43.

идеје треба да буду доступне и нашим правницима и љекарима, јер је њихово знање и искуство у области медицинског права веома мало[78].

Осим што судска пракса на подручју медицинског права има посебно значење у попуњавању правних празнина, има и велики утицај на прихватање нових правних идеја и ставова, као и на законодавну дјелатност (*de lege ferenda*) до те мјере да постоји мишљење и то не само у САД него и у земљама западне Европе, да је медицинско право у великој мјери дјело судске праксе[79].

Кодификована начела медицинске етике као извор здравственог права

У изворе здравственог права укључује се и аутономно сталешко право, а чине га прописи које, на основу јавног овлашћења датог законом, доносе коморе и разна удружења из области здравства, декларације међународних струковних организација и слично, којима се уређује понашање здравствених радника у обављању здравствене дјелатности и међусобни односи чланова поједине професије према пацијентима, друштву, као и друга права и дужности[80]. У стварима етичких закона у вези са животом, настала је у новије вријеме нова грана – биоетика. Законодавац који ће рјешавати питања медицинског права мораће пратити најновије спознаје и изазове биоетике. Главно питање медицинског права је како уредити и заштитити права човјека у медицини. Изузетну важност заштити људских права и достојанству људског бића придаје Конвенција о заштити људских права и достојанства људских бића у погледу примјене биологије и медицине[81]. Садржај етичких норми у биомедицинском подручју транспониран је у зону права, јер се сваки захват на подручју здравства, укључујући и истраживање, мора проводити у складу са релевантним професионалним обавезама и стандардима.

Уз наведене организације, УН, Савјет Европе и СЗО, у свијету постоје и друге стручне организације које доносе бројне стандарде, норме, моделе уговора и друге међународне акте којима се на нивоу држава чланица, односно потписница, уређују нека актуелна питања и доносе смјернице за рјешавање конкретних проблема.

---

[78] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 27.

[79] *Ibidem,* стр. 44; Ово мишљење потврђује и став у: Vedriš Martin, Klarić Petar, *Građansko pravo*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1998, str. 22-23.

[80] Етичка правила редовно су кодификована у посебним етичким, односно деонтолошким кодексима. Најстарија кодификација љекарске етике је позната Хипократова заклетва из V вијека п.н.е. Послије II свјетског рата СЗО, својом Женевском декларацијом преформулисала је Хипократову заклетву 1948, 1968. и 1983. године и прилагодила је савременим условима.

[81] Скраћени наслов је *Конвенција о људским правима и биомедицини*, састављена је у Овиеду, 14. априла 1997. године, а ступила је на снагу 1. децембра 1999. године. *Додатни протокол уз Конвенцију о заштити људских права и достојанства људског бића* у погледу примјене биологије и медицине о забрани клонирања људских бића, састављен у Паризу, 12. јануара 1998. године и *Додатни протокол уз Конвенцију о заштити људских права и достојанства људског бића у погледу примјене биологије и медицине у вези пресађивања органа и ткива људског поријекла*, састављен у Стразбуру, 24. јануара 2002. године, види: Bošković Z. (2007) стр. 29.

Такође, развијају се постојећа и оснивају нова удружења специјализована за здравствена подручја, као нпр. Свјетско удружење за медицинско право[82] и Свјетско љекарско удружење[83], који својим радом доприносе уједначеном развоју струке.

Правна наука као извор здравственог права

Правна наука утиче на законодавца, на судску, односно арбитражну праксу, на стварање и образовање правника, али и осталих заинтересованих професија/струка. Познати правници и други научни радници учествују у раду савјетодавних тијела законодавца, суде као чланови судских и арбитражних вијећа, дјелују као експерти када се на захтјев суда дају правна или стручна мишљења, итд., а такође утичу на стручну јавност објављивањем научних и стручних радова, студија, научне критике нормативних прописа, те предлажу допуне, измјене или доношење нових прописа или слично. Научна дјела у којима се теоријски обрађују правни проблеми из области здравственог права имају велики утицај на развој правне науке као и на стручно образовање професионалаца. Зато је правна наука данас само посредан извор права[84]. Бројни међународни извори здравственог права, велики број субјеката који се баве овом проблематиком, наглашавају све његове специфичности и улогу у друштву, што говори да је оно комплексно и да се мора посматрати мултидисциплинарно. Медицинско право је подручје гдје се право и медицина сусрећу и теже заједничком циљу – очувању човјекових највреднијих добара: живота, тијела, здравља и људског достојанства, као изузетно значајног сегмента заштите људских права[85].

Значајан утицај на стварање, примјену и измјену правних правила има правна наука, као посредан извор здравственог права. Правна наука коментарише, систематизује, обрађује и анализира поједина питања са гледишта постојећег права (*de lege lata*) и даје приједлоге и упућује на рјешења која би законодавац и судска пракса убудуће требало да имају у виду (*de lege ferenda*) код доношења прописа и судских одлука. Код припреме, израде и доношења нових закона из области здравственог права требало би да учествују научници, правници и други стручњаци из наведене области. Прописи из области здравственог права требало би да буду предмет научног и стручног проучавања и тумачења да би се помогло у утврђивању правног смисла тих прописа, а тиме и исправној примјени прописа у конкретним случајевима.

Научна дјела и стручни часописи, који су врло оскудни код нас, а у којима се теоријски обрађују проблеми из здравственог права, имају снагу научне увјерљивости и стручног образложења. Они на посредан начин утичу на развој здравственог права и уједначавање судске праксе у овој области.

---

[82] Види званичну web страницу Свјетског удружења за медицинско право: http://wafml.memberlodge.org/, (3.5.2016).

[83] Свјетско љекарско удружење је препознало битну тематску област о љекарским грешкама, доносећи Изјаву на својој 44. скупштини, одржаној у септембру 1992. године. Види званичну web страницу: http://www.wma.net/en/10home/index.html (3.5.2016).

[84] Vedriš M., Klarić P.,*op.cit.*, стр. 23.

[85] Vukičević Slobodan, „Polivalentni stručnjaci vratit će vjeru u pravo i medicinu“, *Novi list HR* od 20. februara 2009.

2.5. Обиљежја и извори здравственог права у Републици Српској

Здравствено право у РС не постоји као цјеловит и заокружен систем правних норми који се налази у једном или више законодавних аката намијењених искључиво здравственој дјелатности. Један дио правила налази се у правним прописима који се односе на здравствену дјелатност, а други дио је садржан у многим законским текстовима који припадају разним гранама права, а најчешће је то у радном, социјалном, грађанском и кривичном праву.

Ако се пође од дефиниције предмета здравственог права, као здравствене дјелатности у њеном тоталитету, онда подјелу извора здравственог права можемо посматрати у ужем и ширем смислу. Здравствено право у ужем смислу обухвата скуп правних правила којима се регулише здравствена дјелатност и здравствена заштита, а у ширем смислу обухвата скуп правних правила којима се регулишу и сва остала питања која на посредан или непосредан начин произлазе или настају у поступку пружања здравствене заштите[86]. На основу наведеног сматра се да је здравствено право она грана права која обухвата скуп хетерономних (државних) и аутономних (сталешких) правних правила и правних односа који настају или се правно признају у обављању здравствене дјелатности у које људи ступају ради очувања свог живота и здравља[87].

Основни дио извора здравственог права садржан је у прописима, који као формални извори права, непосредно уређују односе који настају у обављању здравствене дјелатности. Међу прописима РС најважнији су: Устав Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр. 21/92, 28/94, 8/96, 13/96, 15/96, 16/96, 21/96, 21/02, 26/02, 30/02, 31/03, 98/03; Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09); Закон о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09); Закон о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/10); Закон о трансфузијској медицини („Службени гласник Републике Српске“, бр. 01/08); Закон о трансплантацији људских органа („Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/10); Закон о трансплантацији људских ткива и ћелија („Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/10); Закон о заштити од нејонизујућег зрачења („Службени гласник Републике Српске“, бр. 02/05); Закон о заштити лица са менталним поремећајима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04); Закон о забрани пушења дуванских производа на јавним мјестима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04, 74/04, 92/09); Закон о забрани продаје и употребе дуванских производа лицима млађим од 18 година („Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04, 74/04, 96/05, 92/09); Закон о забрани рекламирања дуванских производа („Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04, 74/04, 96/05, 92/09); Закон о предметима опште употребе („Службени гласник Републике Српске“, бр. 50/10); Закон о здравственој исправности животних намирница и предмета опште употребе („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/91, 24/94, 28/96, 37/02, 79/05); Закон о храни („Службени гласник Републике Српске“, бр. 49/09); Закон о апотекарској дјелатности („Службени гласник Републике Српске“, бр. 119/08,

[86] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 35.
[87] Bošković Z., *op.cit.* (2007), стр. 23.

01/12); Закон о хемикалијама („Службени гласник Републике Српске“, бр. 25/09); Закон о биоцидима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 37/09); Закон о здравственим коморама („Службени гласник Републике Српске“, бр. 35/03); Подзаконски акти донесени с циљем разраде наведених и других законских аката.

У Уставу Републике Српске има неколико изузетно важних одредби које улазе у изворе здравственог права[88].

Здравствено право у ширем смислу обухвата све законе и подзаконске акте којима се на супсидијаран начин поближе уређују поједини институти важни за функционисање субјеката здравственог права. У ову групу могу се сврстати: Закон о привредним друштвима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 36/11, 99/11, 83/14 и 5/15); Закон о општем управном поступку („Службени гласник Републике Српске“, бр. 13/02); Кривични закон („Службени гласник Републике Српске“, бр. 49/03); Закон о кривичном поступку („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/12); Закон о прекршајима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 34/06); Закон о управним споровима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 109/05); Закон о систему јавних служби („Службени гласник Републике Српске“, бр. 68/07); Закон о доприносима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 116/12); Закон о раду („Службени гласник Републике Српске“, бр. 1/16); Закон о удружењима грађана и фондацијама („Службени гласник Републике Српске“, бр. 52/01 и 42/05); Закон о социјалној заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 37/12); Закон о инспекцијама у Републици Српској („Службени гласник Републике Српске“, бр. 74/10, 109/12 и 117/12); Закон о облигационом односима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 17/93 и 3/96, „Сл. лист СФРЈ“ 29/78, 39/85, 45/89, 57/89, „Сл. лист Републике БиХ“ 2/92, 13/93 и 13/94); Закон о јавним набавкама БиХ („Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/15); Закон о заштити на раду („Службени гласник Републике Српске“, бр. 1/08); Закон о платама запослених лица у јавним установама у области здравства Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр: 11/09) и др.

Одређене подзаконске акте доноси Влада и то: уредбе, одлуке, смјернице, инструкције, рјешења, закључке и друга акта у складу са законима[89]. Послове управе обављају министарства, републичке управе и републичке управне организације. Надлежност Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске (у даљем тексту: МЗСЗ РС) регулисана је Законом о републичкој управи[90]. МЗСЗ РС као орган управе прати и

[88] Чл. 37. „Свако има право на заштиту здравља. Зајамчено је право на здравствену заштиту у складу са законом. Дјеца, труднице и стара лица имају право на здравствену заштиту из јавних прихода, а друга лица под условима утврђеним законом“; чл. 61 – „Република јамчи минимум социјалне сигурности грађанима и обезбјеђује функционисање јавних служби у складу са законом“; чл. 68. Устава замијењен је Амандманом 32. у којем се каже да Република уређује и обезбјеђује, поред осталог, здравство, што је уставни основ за доношене закона из области здравства; чл. 35 – „Човјек има право на здраву животну средину. Свако је, у складу са законом, дужан да у оквиру својих могућности штити и унапређује животну средину“; текст Устава и Амандмани доступни на званичној web страници Скупштине Републике Српске: http://www.narodnaskupstinars.net/sites/default/files/upload/dokumenti/ustav/cir/ustav_republike_srpske.pdf (3.5.2016).

[89] Закон о Влади Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр. 118/08), чл. 15.

[90] МЗСЗ РС обавља управне и друге стручне послове који се односе на: анализу и праћење здравственог стања и здравствених потреба становништва, припрему и спровођење здравствене политике и здравствених стратегија, унапређење система квалитета здравствене заштите, анализу, планирање и

утврђује стање у областима из свог дјелокруга, проучава посљедице утврђеног стања и зависно од надлежности, предузима мјере или предлаже Влади доношење прописа и предузимање мјера за које је овлашћена[91]. Улога МЗСЗ РС у стварању здравственог права је значајна, јер оно као тијело државне управе, поред предлагања закона из области здравства, доноси многобројне подзаконске акте којима се детаљније разрађују законске одредбе, а уједно и спроводи управни надзор над тијелима (установама) са јавним овлашћењима у области здравства. ФЗО РС, у складу са законом, има овлашћење да путем подзаконских аката детаљније регулише спровођење законских одредби које се односе на значајан сегмент здравственог система, а то је остваривање права из здравственог осигурања и финансирање здравствене заштите становништва. Наведена подзаконска акта су дио здравственог права који на посредан начин, као и акта МЗСЗ РС омогућавају примјену одредби ЗЗЗ РС.

ЗЗО РС[92] уређује систем обавезног и проширеног здравственог осигурања, права из осигурања, начин остваривања права и начела приватног здравственог осигурања. Остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђује ФЗО РС и послодавци под условима утврђеним овим законом и актима Фонда[93].

МЗСЗ РС и ФЗО РС доносе бројне подзаконске прописе. Међутим, треба рећи да су и поред бројности домаћи правни прописи о медицинском/здравственом праву још недовољни, јер многи значајни па и практиковани медицински поступци нису правно уређени, као нпр.: вјештачко оплођење *in vitro* и заштита ембриона; операција ради промјене пола; генетске интервенције на човјеку; стерилизација и др. Потреба кодификације медицинског/здравственог права представља предмет научних и стручних расправа и представља неодложан задатак, јер би њиме био олакшан рад здравствених радника и правника. У прилог томе говоре прописи земаља чланица ЕУ, Конвенција

праћење финансирања здравствене заштите, стање у области здравственог осигурања и јавних набавки, планове и програме капиталних улагања и инвестиција у сектору здравства, план мреже здравствених установа и организацију здравственог система, надзор над стручним радом и управљањем здравственим установама и другим организацијама у здравственом сектору, планирање и примјену здравствених технологија у здравственим установама, стручно усавршавање и специјализацију здравствених радника, додјелу звања примаријус, производњу и промет лијекова, отрова, хемикалија и медицинских средстава, здравствену исправност воде, животних намирница и предмета опште употребе, послове из области заштите од зрачења и радијационе сигурности, управљање медицинским отпадом, праћење савремених достигнућа у развоју здравственог система ЕУ, те усклађивање здравственог система Републике са њиховим стандардима и нормативима ради испуњавања услова у процесу европских интеграција, итд. Закон о републичкој управи („Службени гласник Републике Српске“, бр. 118/08), у даљем тексту ЗРУ РС, чл. 21.

[91] ЗРУ РС, чл. 67.

[92] Закон о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, број: 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09 и 110/16), у даљем тексту ЗЗО РС.

[93] Фонд обавља послове у вези са остваривањем права осигураних особа, води бригу о законитом остваривању тих права, те пружање потребне стручне помоћи у остваривању права и заштити њихових интереса, те плаћање услуга здравственим установама, обављање послова уговарања са здравственим установама, одређивање висине накнаде плате на терет обавезног здравственог осигурања, утврђивање цијене здравствене заштите у укупном износу за пуну вриједност права из обавезног здравственог осигурања, осигурање спровођења међународних уговора о обавезном здравственом осигурању, обављање надзора над пословањем здравствених установа у складу са уговором, те утврђивање осталих питања везаних за остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Савјета Европе о људским правима у области биомедицине, те бројне смјернице ЕУ за поједине медицинске поступке.

Сталешко право и медицинска етика

Здравствено право не чине само одговарајући државни прописи, него и прописи које доносе професионална удружења здравствених радника, тј. комора доктора медицине, комора доктора стоматологије и фармацеутска комора. Ти прописи чине тзв. *сталешко право*, које је израз професионалне самосталности припадника здравственог занимања, али за одређене акте, као нпр. Правилник о континуираној едукацији, треба прибавити претходну сагласност од стране надлежног министарства[94].

Правила медицинске струке су сталешки прописи, као и професионални водичи, протоколи и стандардизоване медицинске процедуре. То су аутономни извори здравственог права. Протоколи и смјернице за лијечење и рехабилитацију – се израђују у струковним удружењима (коморе)[95].

Сталешко право медицинара чине и статут коморе и правила одговарајуће медицинске професије, која се још називају *кодексима етике* или *кодексима деонтологије*[96]. Коморе љекара и стоматолога који обављају приватну праксу нису удружења јавног права, јер почивају на приватној аутономији и добровољном чланству.

Норме сталешког права најчешће регулишу начела медицинске етике и деонтологије, понашање здравствених радника код обављања свог занимања, однос према другим здравственим радницима исте професије, однос према пацијентима, однос према друштву, комуникација са јавношћу и друго. Сталешко право има ограничено дејство, јер се односи искључиво на чланове одређене коморе, а не обавезује пацијенте и остала трећа лица, али им гарантује одређена права. На домаће сталешко право утиче међународно право љекарског сталежа у облику декларација које је донио Свјетски савез љекара. Сарадња и размјена информација, научних и стручних те радних искустава је саставни дио активности здравствених комора.

Кодификована начела медицинске етике

Здравствено право не чине само државни прописи (закони и подзаконска акта), већ и правила етике. Етичка правила су кодифицирана у посебним етичким, односно деонтолошким кодексима. Најстарији кодекс љекарске етике је позната Хипократова

---

[94] Закон о здравственим коморама, („Службени гласник Републике Српске“, број: 35/03), у даљем тексту ЗЗК РС, чл. 8.

[95] *Водичи добре клиничке праксе (за дијагностификовање и лијечење)* су системски развијени докази који треба да помогну пружаоцима и корисницима здравствених услуга у доношењу најбоље могуће одлуке за третирање одређених клиничких стања. Водичи су намијењени прије свега љекарима, као помоћ у раду, али истовремено водич је транспарентан и доступан пацијенту, који више није пасивни посматрач у процесу здравствене заштите, већ добро информисан и активни учесник у сопственом лијечењу, Министарство здравља Републике Србије. Доступно на интернет страници http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=145

[96] Статутом сваке коморе уређују се нарочито: послови и задаци коморе, дјелокруг рада, састав, број чланова, начин избора и вријеме трајања мандата органа коморе, начин рада и одлучивања у комори, облици рада и организовања, право, обавезе и одговорност чланова, начин провјере знања чланова коморе, јавност рада, обавјештавање чланова, финансирање, поступак усвајања аката, начин обављања стручних и административних послова, као и друга питања значајна за рад коморе. ЗЗК РС, чл. 19.

заклетва, на темељу које је, као и уз остале међународне декларације о медицинској етици, донесен кодекс медицинске етике и деонтологије коморе доктора медицине, доктора стоматологије и фармацеутске коморе.

Интернационализација етичких правила довела је до усвајања одговарајућих кодекса етике у појединим земљама које су донијеле националне организације љекара, као што су наведене коморе у РС. Хипократова заклетва, која је својом Женевском декларацијом од 1948. године преформулисана и прилагођена савременим условима, постала је симбол медицинске професије и служи као завјет здравствених радника, који они дају приликом пријема дипломе о завршеном школовању или приликом заснивања радног односа.

Професионалне дужности здравствених радника према пацијенту нису исцрпно утврђене законом, него и правилима медицинске струке и правилима медицинске етике. Етичка правила и правила струке по природи ствари нису правна правила, али уз помоћ одређених законских одредби дигнути су на ниво правне норме за чије кршење су предвиђене дисциплинске, кривичне и грађанскоправне санкције. Историјски развој је показао да само здравствени радници не могу осигурати примјену начела медицинске етике, посебно у дијелу односа према пацијенту, због чега је било потребно да иза њих стане државни ауторитет[97].

Љекарска етика и право међусобно се допуњују и једно на друго ослањају. У случају правних празнина, мјеродавним ваља сматрати етичко расуђивање. Правилима медицинске етике судови признају и правну снагу, јер непоступање љекара по тим правилима повлачи и правну санкцију. Укратко, медицинска етика је извор медицинском права[98]. Јер, ако би етички основи медицинске струке били потиснути правом или економијом, медицина би постала„... *бездушна радионица за механичке оправке. Тада она не би била племенита помоћ човјека човјеку*.“ [99]:

Професионална правила имају ограничен домет, јер важе искључиво за чланове коморе, а оне не обавезује пацијенте и трећа лица. Због тога се кодификовањем етичких правила у правне норме пооштрава одговорност здравствених радника и подиже ауторитет власти у заштити њихових права. Наведена улога етичких правила показује да су они посредни, аутономни извори здравственог права.

---

[97] Ако се погледа садржај односа здравствени радник – пацијент, може се закључити да се ту ради више о етичким правилима, него о изворним правним дужностима. То значи да моралне дужности надилазе правне обавезе и да се морална и правна одговорност здравствених радника у потпуности не поклапају. Повећана одговорност здравствених радника у обављању здравствене дјелатности огледа се у томе што они могу одговарати правно, а нису ослобођени ни моралних обавеза утврђених етичким правилима, види: Радишић Јаков, *Професионална одговорност медицинских посленика*, Институт друштвених наука - Центар за политиколошка истраживања и јавно мњење, Београд 1986, стр. 63.

[98] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 26.

[99] Jochen Taupitz, *„Rehtsmedizin in Spannungsfeld zwischen recht und medizin“*, Medizinrecht, no. 3/1999, seite 99, према: Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 26.

III ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Предмет истраживања су обиљежја права на заштиту здравља и право на здравствену заштиту, те разне дефиниције појмова „здравље“ и „здравствена заштита“ без којих није могуће објаснити наведена права. Остваривање ових права првенствено зависи од односа друштва према заштити здравља становништва и улагања у здравство, а што се посматра кроз питања значаја јавне политике о здрављу становништва и важности здравља за економски развој. Улагање у здравство представља ефикасно средство за подстицај, како здравства тако и економског развоја. У дијелу о начелима здравствене заштите издвојена су основна начела пружања здравствене заштите: свеобухватност, континуираност, доступност здравствене заштите, начело цјеловитог приступа у ПЗЗ и начело специјализираног приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити. У оквиру остваривања здравствене заштите издвојена је важност медицинске етике као дисциплине о моралним обавезама здравствених радника.

3.1 Дефиниција појма здравље

Право на заштиту здравља се све више сматра једном од основних људских вриједности, која је заштићена правом. Грађани постављају висока очекивања, показујући пораст свијести о својом правима и могућностима и желе да буду укључени у очување сопственог здравља, што подразумијева и одлуке о приступу болести и лијечењу[100]. Здравље мора да се посматра као колективна одговорност, једнако као и одговорност појединца, а социјалне детерминанте као важан здравствени фактор[101].

Живимо у доба у којем је доступно све више информација из најразличитијих извора, на основу којих можемо да доносимо одлуке о сопственом животу. Здравствена заштита у том погледу не представља изузетак. Појединци све више постају „потрошачи здравља“, усвајајући активан однос према сопственом здрављу и добробити. Стандарди здравља постаји релативно високи, како расте информисаност, медицинско знање и стручност, те развој науке и технологије[102]. О значају здравља, опште је познато, не треба много говорити, а то најбоље показује народна изрека: „Здравље је највеће богатство“. Оно је најдрагоцјенији дар природе и залог човјечије среће; један од најважнијих услова слободног и хармоничног развоја човјекове личности, њеног самопотврђивања и стваралачке активности. Здравље појединца није од значаја само за њих саме, него и за цијело друштво у којем они живе. Стога се здравље данас схвата као заједничко, опште или јавно добро[103]. Владе држава имају одговорност за здравље својих грађана које се може остварити обезбјеђењем одговарајућих здравствених и социјалних мјера, морају имати политичку вољу и одлучност да се таква заштита оствари[104]. Здравље се све више посматра као резултат комплексних и динамичних односа између великог броја

---

[100] *Здравље у свим политикама југоисточне Европе*, Извјештај са III форума министара здравља, Регионална канцеларија СЗО за Европу, Бања Лука, 13. и 14. октобар 2011, у даљем тексту: *Здравље у свим политикама*, стр. 28.
[101] *Ibidem*, str. 49.
[102] Giddens Anthony, *Sociology (fourth edition)*, Polity Press, Cambridge 2001, стр. 155.
[103] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 56-57.
[104] Ч. Л. Вукмановић, *Менаџмент у здравсту,* Савремена администрација Д.Д., Београд, 1994, стр. 48.

детерминанти. Неке од њих су очигледно политичке, попут рата или друштвених сломова који су изазвани политичким катастрофама. Политички одређене, такође, иако у мањој мјери, су могућности, прилике и услови живота и људи и заједница, као и њима доступних служби. Политичка обавеза према здравству и побољшању здравства је, дакле, од пресудне важности[105].

Држава се не може сматрати одговорном за понашање појединаца, који свјесно узрокују своје лоше здравље. Ту настаје граница у разматрању одговорности за остваривање права на здравље. Међутим, то никако не одузима оне аспекте који свакако јесу на држави, а то су прије свега здравствена политика, здравствена заштита, и брига о маргинализованим и ослабљеним групама и друго. Дакле, могло би се рећи да, са једне стране стоји избор појединца да своје здравље чува и штити као и право да од државе добије оно што му је неопходно за минимум доброг здравља, а с друге стране од државе се, на основу међународно преузетих обавеза, очекује да оствари све стандарде, најмање у оквиру расположивих ресурса, који ће омогућити највиши достижни стандард здравља и бриге о здрављу. Уживање права на здравље јесте далек циљ за многе у савременом свијету, а нарочити изазов представља сиромашнима[106]. Истраживања показују да одређене групе људи имају боље здравље од других. Те здравствене неједнакости изгледа да имају везе са ширим друштвено-економским обрасцима[107].

Свјетска здравствена организација (СЗО) у преамбули свог Устава описала је здравље као[108]: „Стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабост.“ Здравље је у дефиницији СЗО описано као општа вриједност, без интенције да послужи као основа за формулисање циљева здравствене политике нити за извођење оперативне дефиниције здравља. Најчешћа критика дефиниције здравља СЗО односила се на то да она представља „идеални циљ“ коме се може тежити, али који не може бити остварен, бар не у одређеном периоду. Критика се односила и на немогућност мјерења „потпуног физичког, менталног и социјалног благостања“[109]. Тако широко схваћен појам здравља одговара савременом медицинском, односно научном сагледавању цјелине људске личности и међусобних утицаја између личности и средине у којој она живи[110]. У том случају, здравствена политика мора бити усмјерена на унапређење здравља, превенцију обољења, лијечење, физичку, менталну и социјалну рехабилитацију кроз активности не само здравственог сектора, већ и других социјалних и економских сектора[111]. И поред бројих критика, дефиниција здравља се не само одржала, него је и реафирмисана у Декларацији која је усвојена на међународној

---

[105] Здравље у свим политикама, *op.cit*., стр. 28.
[106] Марковић Милан, „Право на највиши достижни стандард здравља“, *Правни живот*, Часопис за правну теорију и праксу, Београд, бр. 9/2009, стр. 874-875.
[107] Giddens A., *op.cit*., стр. 157.
[108] Мићовић Предраг, *Глосар дефиниција термина за планирање, организацију, управљање и руковођење здравственим системом*, Институт за заштиту здравља Србије „др Милан Јовановић Батут“, 1997, стр. 372.
[109] Стаматовић Миливоје, et al., *Здравствена заштита и осигурање*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд 1997, стр. 11.
[110] Ристић Јован, *Медицина и друштво*, Радничка штампа, Београд 1975, стр. 98.
[111] Вукмановић Чедомир, *Менаџмент у здравству*, Европски центар за мир и развој (ECPD), Савремена администрација, Београд 1994, стр. 34.

конференцији о примарној здравственој заштити (Алма-Ата, 1978) и у Саитама-декларацији, усвојеној 1991. године. Међутим, поред глобалног концепта наведене дефиниције здравља, историчари и теоретичари здравља залагали су се за усвајање једна радне или оперативне дефиниције. У документу СЗО који се односи на глобалну стратегију „Здравље за све до 2000. године“ каже се да до 2000. године треба омогућити сваком становнику такав ниво здравља да може водити „економски и социјално продуктиван живот“. У овом документу је дата реалнија дефиниција, према којој је здравље „способност за вођење економски и социјално продуктивног живота“. Ова дефиниција је прихватљивија пошто данас уз лијекове и друге медицинске третмане многи људи могу релативно нормално да функционишу, без обзира на то што болују од одређених болести. Поред наведене дефиниције шта је здравље могу се издвојити и друге, као нпр.[112]:

- „Стање динамичког баланса у којем је индивидуална и групна способност да рјешава све животне услове на једном оптималном нивоу.
- Стање карактерисано анатомским, физиолошким и психолошким интегритетом, његове способности да лично спроводи вриједносна правила у породици, радном мјесту и заједници.
- Способност да се „носи“ са физичким, биолошким, психолошким и социјалним стресом; једно осјећање благостања; одсуство ризика болести и преране смрти.“

Бројни истраживачи и теоретичари здравља су формулисали разне научне ставове и знања о томе шта је здравље дајући допринос науци о здрављу. Рене Дубос је понудио сљедеће дефиниције: „Модус вивенди који омогућава да несавршени људи постигну задовољавајуће и не сувише болно постојање, док се „боре“ са несавршеним светом. Здравље није само одсуство болести или неудобности, већ способност да се функционише ефективно, срећно, што је могуће дуже у датој средини.“ Сигерист је дао сличну дефиницију[113]: „Здравље није само одсуство болести, већ нешто позитивно, и радосно прихватање одговорности коју живот ставља пред човјека.“

Бројни истраживачи и теоретичари здравља акумулисали су велика знања и искуства тако да се може говорити о *науци о здрављу*. Највише присталица има холистички концепт, који своје значење појма здравље изводи из староенглеске ријечи *whole*, односно *потпуност*. Значи, здравље се изражава кроз „потпуност“ и „неодступање“ од нечега, за разлику од болести, која значи одступање од одређених норми и има тенденцију да варира. Према овом концепту: Здравље треба посматрати у смислу комплексности и мултидимензионалности; Здравље значи одсуство болести или дефектности; Здравље представља унутрашњу равнотежу и равнотежу са околином; Здравље треба посматрати као позитивно психолошко искуство.

Циљ оперативних и радних дефиниција здравља је да се дође до могућности мјерења, што није нимало једноставно и подразумијева бројне теоријске поставке и њихову разраду. Према Милеровој теорији, живи системи као што су друштва, друштвене

[112] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 372.
[113] John M. Last, *A Dictionary of Epidemiology*, EA Oxford University Press, 1988, према Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 372.

организације, људска бића и животиње, представљају облик хијерархије међузависних јединица, у којој је систем вишег нивоа сачињен од нижих подсистема. Са становишта људског здравља и болести, на индивидуе треба гледати као на дијелове породице, који представљају дијелове подсистема већих социокултурних, економских и политичких заједница, а које су опет, дио друштва као цјелине, све до глобалног друштвеног и економског система. С друге стране, индивидуе су сачињене од мањих компоненти које су у међусобној интеракцији, као што су когнитивни систем, афективни систем, циркулаторни систем, дигестивни или репродуктивни систем, од којих сваки има одређену функцију у односу на индивидуу као цјелину. Унутар такве хијерархије здравље може бити дефинисано као стање динамичке равнотеже или, прецизније, као процес који одражава ту равнотежу унутар било којег нивоа, од појединих органа, личности, породице и заједнице. Ова равнотежа може се дјелимично објаснити способношћу индивидуе или заједнице да се путем аутоматских механизама дође до позитивног или негативног одговора у смислу самопоправљања, самообнављања и самоорганизовања[114]. Осим тога, динамичка равнотежа такође зависи од способности индивидуе или групе да успостави интеракцију са њиховом социјалном, културном, економском, природном и техничком средином на разуман и задовољавајући начин, кроз размјену, комуникацију, рад, социјалну и политичку одлуку. Према томе, здравље се може посматрати као динамичка карактеристика индивидуе, социјалне групе или социјално-еколошког система. Она је јасно повезана са активностима таквог система као цјелине или појединих његових дијелова. Под нормалним условима, када су индивидуе прилагођене својој средини и када та средина не узрокује никакав неуобичајени ризик или захтјев, оне ће бити у стању да одрже унутрашњу динамичку равнотежу, односно здравље. Кад се угрози равнотежа, долази до физиолошког одговора, често у виду психолошке реакције, а може доћи и до структуралних промјена које воде или ка бољем прилагођавању индивидуе спољној средини или ка рушењу равнотеже, односно болести.

Да ли ће индивидуа бити способна да контролише стрес или ће доћи у стање поремећене равнотеже, не зависи само од природе ситуације и степена прилагођености индивидуе спољној средини, него и од њеног потенцијала да је контролише или да се „носи“ са њом. Са системске тачке гледишта, тај потенцијал је веома важан здравствени ресурс, па према томе и аспект здравља. Ово ношење индивидуе са штетним условима спољне средине није ограничено само на њу, него често укључује друштвену акцију и интеракцију. У развијеним земљама та акција се усмјерава на промјене штетних навика као што су претјерана исхрана, пушење, недовољна физичка активност, које представљају најважније ризичне факторе масовних незаразних болести. У земљама у развоју велика оскудица хране и лоши елементарни услови живота захтијевају активности за ублажавање тих врста ризика.

На основу ових ставова могу се дефинисати двије димензије здравља: здравствена равнотежа и здравствени потенцијал. Обе ове димензије су релевантне, како за појединца тако и за заједницу. Здравствена равнотежа и здравствени потенцијал су кључне димензије радне дефиниције здравља, јер оне интегришу важне аспекте социоеколошког

[114] Стаматовић М. *et al., op.cit.,,* стр. 12-23.

парадигма, пружајући им оперативне дефиниције много специфичнијих концепата и параметара. Здравствени потенцијал је критичан услов равнотеже и основни општи здравствени ресурс. Здравље треба посматрати као стање динамичке равнотеже између појединца и његове физичке и социјалне средине. На ову равнотежу с једне стране утиче здравствени потенцијал индивидуе, односно способност да се носи са изазовима средине, а с друге стране тип, интензитет и дужина трајања тог изазова. На основу наведеног, здравље је дефинисано као израз два међуповезана аспекта социолошког система, као здравствена равнотежа и здравствени потенцијал. Здравствена равнотежа подразумијева одражавање физичке, психолошке и социјалне равнотеже. Здравствени потенцијал је способност групе или појединца да се успјешно носи са захтјевима средине и психосоцијалним стресом. Док је третман поремећене равнотеже појединца и поновно успостављање равнотеже у домену медицинске бриге, здравствена промоција има првенствени задатак да повеже здравствени потенцијал и тако одржи равнотежу[115].

Пратећи културно-еколошку парадигму о етиологији здравља и болести, Thienhaus-Grotjah је 1978. године све факторе који детерминишу здравствено стање подијелио је у ове групе[116]: оне који зависе само од појединца (нпр. доб, пол, насљеђе); оне који зависе од појединца и његове околине (имунитет, ухрањеност, начини-обрасци понашања, социјална припадност); оне који зависе од физичко-хемијског окружења (клима, загађеност ваздуха, становање, радно мјесто); оне који зависе од биолошког окружења (вируси, бактерије, животиње, биљке); оне који зависе од психосоцијалног окружења (породица, друштво, школа, радна средина).

На здравље људи који живе у неком региону утиче велики број разних фактора. Расположивост здравствених услуга има директан утицај на здравствено стање популације. На здравље људи утичу насљеђе, начин исхране, услови радне средине, околности под којима се одвија радни процес. Од утицаја су такође и услови становања, квалитет воде за пиће, присуство опасних материја у човјековом окружењу, квалитет животне средине и друго. Контрола ових фактора тражи акцију укупне друштвене заједнице. Због тога су очување и заштита здравља зависни од збивања у разним областима човјековог живота. А унапређењу народног здравља могу, дакле, да допринесу многи – не само здравствена служба. Вишедимензионални приступ здрављу открива да у природној и друштвеној средини дјелују бројни фактори који утичу на здравље становништва[117].

Холистички приступ здрављу у савременом здравству представља базни концепт за сагледавања односа функционалне међузависности појединих дијелова и функција организма. Холистичко сагледавање је могуће постићи на бази свих наука о човјеку, укључујући ту и оне које се означавају као традиционалне или алтернативне и то, како унутар сваке појединачне научне области (природне, друштвене, хуманистичке) тако и интердисциплинарно између тих области. Концепт потребног или могућег холизма се

[115] *Ibidem*
[116] Letica Slaven, *Zdravstvena politika u doba krize*, Naprijed, Zagreb 1989, str. 17.
[117] Шолак Здравко, *Финансирање здравствене заштите и право на здравље*, Институт за међународну политику и привреду, Београд 2010, стр. 8.

мора дефинисати у облику стандарда и то са позиција организационе стратегије и квалитета[118].

Ако на једном мјесту сакупимо дефиниције здравља на нивоу физичког тијела, емоционалном и ментално духовном нивоу, добија се потпуна дефиниција здравља која гласи: „*Здравље је слобода од бола и нелагодности у физичком тијелу уз стање потпуне функционалности, слобода од страсти и других поремећаја на емоционалном нивоу, што има за резултат динамичко стање ведрине и спокојства и слобода од себичности и других поремећаја на менталном нивоу, што има за резултат потпуно сједињење са истином. Очито је да је такво стање здравља идеално и да га нико не може достићи у потпуности, али дефиниција указује на идеалан модел здравља, којим би терапеутски третмани требали тежити. Што се више пацијент који је под третманом приближава овом стању, то постаје здравији, а што се више удаљава од њега, мање је здрав. „Стога можемо рећи да ступањ до којег особа има унутрашњу слободу да ствара је добар параметар њеног здравља. Свако ко је у основи здрав ће настојати да ствара а не да уништава. Сматрамо да су креативна сва она дјела која промовишу не само сопствене и истинске интересе и сопствено добро, већ и добро за друге и опште добро. Ступањ до којег особа чини деструктивна дјела према себи самој или према другима је мјера њене болести*[119].“

Под здрављем се подразумијева стање организма при којем правилно, нормално, раде све његови органи и у којем се не осјећају никакви болови[120]. Постоје мишљења да је модерна медицина достигла већ такав напредак и да никога не може сматрати здравим. Онај ко се данас осјећа здравим, тај само показује да није још довољно темељно испитан[121]. У будућности појам болести ће бити проширен, јер ће у његов садржај бити укључено и психичко растројство, ненормална понашања и тешкоће општења са људима. Здравље се неће одређивати напросто као одсуство болести или траума, него као „добро функционисање“[122].

Појам „болест“ игра важну улогу у правном животу, али не постоје употребљиве дефиниције у законима. Према често цитираној дефиницији Савезног врховног суда Њемачке, болест подразумијева сваки, па и незнатан или пролазан поремећај нормалних стања или нормалних дјелатности тијела, који је изљечив или се барем може ублажити. Болест треба, дакле, да буде доступна медицинском третману[123]. Она се третира као дисфункција која може да угрози нормално стање[124]. Здравље и болест упрошћено се

---

[118] George Withoulkas, *Нови пут до здравља*, (Миле Малешевић, превод) Адваита, Сарајево 2004, стр. 252-253.
[119] *Ibidem*, стр. 75-76.
[120] *Рјечник српско-хрватског књижевног језика*, Књига друга, Нови Сад - Загреб, 1967, стр. 291, према: Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 55.
[121] Шепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г., *Медицина и общество*, Москва, 1983. стр. 293, према Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 55.
[122] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 55.
[123] *Ibidem*, стр. 56.
[124] Giddens A., *op.cit.*, стр. 172. Мењају се обрасци болести у модерним друштвима. Уместо да, као раније, умиру од акутних, инфективних болести, људи у индустријализованим друштвима данас живе дуже и у старијем добу обољевају од хроничних болести. Медицина је у стању да олакша бол и непријатности које доносе извесна обољења, али све већи број људи суочава се с могућношћу да дужи период живе с болешћу.

описују као нормално и ненормално одвијање животних функција. Медицинска наука и пракса немају чврста мјерила за утврђивање и квантитативно изражавање здравственог стања. Ипак, сматра се да здравље живог организма чине три основна елемента: интегритет организма, његова функционалност и његова способност прилагођавања. Њима се додаје још и четврти елемент здравственог стања – субјективно доживљавање здравља[125]. Наиме, поред психосоматских, у појам здравља унесен је и један други састојак (дефиниција СЗО), социјално благостање, што дефиницију проширује и приближује је научном схватању цјелине људске личности и међусобних утицаја средине у којој живи.

Етички реална дефиниција здравља била би она која здравље приказује као период у животу који омогућује човјеку обављање свих активности примјерених његовом добу, ослобођен од свих физичких и психичких оптерећења. Здравље је само фрагмент живота који се измјењује с болешћу[126].

3.2. Здравље и јавна политика

Политика представља рационалну и ефикасну дјелатност вођења јавних послова, регулације интересних сукоба (манифестних или латентних) и рјешавања развојно-политичких проблема. У смислу практичне дјелатности, политика је (одређени) правац или метод акције изабран између расположивих алтерантива и у свјетлу датих услова, која одређује и усмјерава постојеће и будуће (јавне) одлуке[127]. Ради потпунијих сагледавања појма политике навешћемо сљедеће дефиниције:

Политика је умијеће управљања државном или другом политичком заједницом, те сви поступци управљања који се испољавају у организованим облицима друштвеног дјеловања и друштвеним институцијама путем којих људи теже остваривању својих друштвених интереса и регулисању општих послова заједнице.[128]

Ако занемаримо теоријске преференције можемо да утврдимо да управо ове три области – владавина, интерес и јавност – у својој цјелокупности чине савремени свијет политике.[129]

Политика је умијеће бављења друштвеним и државним пословима за општу добробит.[130]

Здравствена политика је само један сегмент друштвених односа који су предмет политике. У ширем смислу, здравствена заштита и политика могу значити политику и праксу унапређења здравља. У ужем смислу, здравствена политика може значити политику усмјерену на развој здравства, тј. развој система здравствене заштите,

---

Социолози се баве питањем како болест у таквим случајевима постаје дио личне „биографије“ неког појединца. *Ibidem,* стр. 174.

[125] *Ibidem,* стр. 174.

[126] Štulhofer Mladen, „Medicina i čovjek“, *Liječničke novine*, Zagreb, 13/02, стр. 22.

[127] Југословенски језици не познају разлику између *politics* и *policy*, у којој прва *политика* значи „знаност или умјетност владања и управљања“, а друга *политика* значи „практичну – занатску реализацију споменуте знаности и умјетности“, види: Летица С., *op.cit.* стр. 9.

[128] Види: www.enciklopedija.hr

[129] Матић Милан (ур.), *Енциклопедија политичке културе*, Савремена администрација, Београд 1993, стр. 883.

[130] Zagorec Sanja, Politika i gospodarstvo, Algebra, Zagreb 2014, стр. 4.

здравственог осигурања, здравственог образовања и медицине (науке и струке). Ако се прихвати прва могућност, лако се долази до закључка како је најбоља здравствена политика тј. најбоља политика унапређења (развоја) здравља, добра социјална и развојна политика. Ако се има у виду дефиниција здравља СЗО, задатак здравствене политике би требало да буде укључивање „здравственог интереса“ у сваки сегмент развојне (инвестицијске, предузетничке), социјалне, еколошке и културне политике[131]. Здравствена политика представља скуп одлука ради извођења активности у постизању одређених здравствених циљева. Здравствени циљ је дефинисан као опште одредиште које треба достићи[132].

Компетитивност између здравственог и других сектора природно је одређена економским мјерама и вриједностима које имају друштвени приоритет. Ако се здравство, са становишта економске политике, сматра искључиво као потрошња, онда ће она бити на доњој љествици друштвених приоритета. Уколико се здравство третира као фактор који доприноси економском развоју, оно може добити већи приоритет. Многе алтернативе стоје не располагању владама држава за природу и форму здравствене политике. Прва значајна политичка одлука било које владе или организације јесте да ли доносити здравствену политику уопште или се одлучити за доношење здравствених одлука од случаја до случаја, вјерујући да је здравље толико специфична ствар да би се могло дозволити колективно одлучивање или да би владине мјере, ма какве оне биле, могле бити више штетне у доношењу и вођењу здравствене политике од појединачног одлучивања грађана у вези са њиховим здрављем и здрављем породице. У сваком случају, политика владе мора бити таква да стимулише грађане или локалне заједнице у одлучивању о њиховом сопственом здрављу[133].

Здравство је једна од основних институција преко којих се чува социјални мир у свакој земљи, без обзира на њено државно и друштвено уређење и политички систем[134]. Један од услова за изградњу и очување социјалног мира најширих слојева становништва је и укључивање социјалних партнера заинтересованих страна у стратегију раста, реформе тржишта рада, образовног система, здравственог система и јавних служби за запошљавање. Економска и социјална права су се развила из потребе и захтјева да сваком човјеку буде омогућено да сопственим радом или имовином обезбиједи средства за живот себи и члановима своје породице. Оним члановима друштва којима се на наведени начин не обезбиједе средства за живот, та средства треба да обезбиједи држава социјалним механизмима и то у висини егзистенцијалног минимума. Инструментима економске и социјалне политике, држава узима од оних који имају и даје онима који немају, чиме се изражава друштвена (општа) солидарност[135]. Тако се социјално право

---

[131] Летица С., *op.cit.*, стр. 14-15.
[132] Вукмановић Л.,*op.cit.*, стр. 32.
[133] *Ibidem,* стр. 33.
[134] Као илустративан примјер могу се узети нордијске земље, за које је познато да немају штрајкова и других социјалних немира. Мишљење већине теоретичара из разних области друштвених наука је да је ово због чињенице да су ове земље демократске парламентарне монархије са добро изграђеним социјалним системима. Такође је познато да САД имају развијен здравствени систем као интегрални дио социјалног система. Међутим, тим системом није обухваћен велик дио најсиромашнијег становништва (обухват здравственим осигурањем).
[135] Шундерић Б., *op.cit.,* (2009), стр. 176.

употребљава као синоним за индустријско законодавство, док се придјеву „социјално“ даје један посебан смисао, а то је да покрива проблеме које рађају индустријска цивилизација и модерна механика. Назив „индустријско законодавство“ подразумијева прописе којима се регулишу односи у индустрији као привредној грани. У ове односе спадају и радни односи, али не само радни односи. Радни односи који се успостављају у индустријској грани и односи који за свој предмет имају посљедице које производи индустријска цивилизација улазе у круг односа које регулише социјално право. Сваки пропис, свако право је социјално, у том смислу што потиче од друштва односно државе[136]. Системи социјалног осигурања се примарно финансирају на основу радног односа или доприноса самозапослених лица. Зато се у пракси ове двије гране права (радно и социјално право) преплићу, али се ипак не подударају. Мада се значајно социјална права везују за радни однос, многа права повезана са социјалном сигурношћу гарантују се независно од постојања радног односа[137]. Социјално право има вишеструк – социјални, културни, економски, правни и политички значај. Социјални и културни значај социјалног права огледа се у томе што се, захваљујући борби против болести, сиромаштва, незапослености и непросвећености, грађанима омогућава да се у потпуности укључе у друштво, односно да воде нормалан, здрав и сигуран живот. Тиме се сузбијају коријени социјалних сукоба и девијација[138].

Здравствена политика може се односити на стручна питања, као нпр. који ће се обим здравствене заштите обезбјеђивати. Она може бити ограничена на одређена високоприоритетна питања (масовне незаразне болести) или може покривати све индивидуалне (здрав стил живота) и комуналне здравствене проблеме (чиниоци средине, водоснабдијевање, становање и др.). Здравствена политика може се односити на друштвена питања, као нпр. одлучивања о доступности одређене врсте здравствене заштите цјелокупног становништва или ограничавања те заштите у цјелини или дјелимично на одређене популационе групе, као што је заштита мајке и дјетета, здравствена заштита радника, старих особа, сиромашних и слично. Здравствена политика може бити усмјерена према економским питањима, као нпр. одлучивање о методима финансирања здравства или његових разних дијелова. Она по својој природи може бити промотивна или рестриктивна, а може обезбјеђивати и одговарајуће информације, спровођење одређених мјера или с друге стране, њихово спречавање или се може у спровођењу политике ослонити једино на едукативну и информативну компоненту[139].

---

[136] *Ibidem,* стр. 53-56.
[137] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 15.
[138] *Ibidem,* стр. 8.
[139] Према савременим трендовима у свијету, бројне међународне и националне организације и удружења грађана, путем различитих метода притисака траже од грађана и влада да не дозволе приватизацију у здравству (претварање здравствене заштите у робу). Да бисмо се борили против глобалне кризе здравља, потребно је да предузмемо активности на свим нивоима – индивидуалном, на нивоу заједнице, национално-државном, регионалном и глобалном нивоу, као и на свим пољима и да право на заштиту здравља, као једно од основних људских права, поставимо изнад економских и политичких интереса, види: Малетић Драгана, „Самолечење“, *Правни живот,* часопис за правну теорију и праксу, број 9/2008, стр. 411.

Политика унапређења здравља је још концепт у развоју. Она подразумијева подстицање начина (стилова) живота, социјалних, економских, менталних, личних и других чинилаца који доприносе здрављу, као нпр. чиниоци средине. То подразумијева подизање сазнања људи о здравственим питањима која им потпомажу да савладају здравствене проблеме, повећава њихова сазнања и пружа им одговарајуће информације, обезбјеђује школовање и рад у зависности од физичких и менталних способности, обезбјеђује одговарајуће становање и употребу чисте воде и санитарних уређаја, унапређује физичке, економске, културне, психолошке и социјалне средине. Аспекти економске и социјалне политике морају бити обухваћени здравственом политиком. Тако нпр. селективне таксе могу или промовисати или утицати штетно на здравље: нпр. мале таксе на дуван и алкохол, на пића, могу стимулисати становништво свих узраста да их узима, што за посљедицу може имати разне врсте обољења већине виталних органа, срца, плућа, јетре, итд. Са друге стране, политика финансијске подршке пољопривредним произвођачима да произведу здраву храну, као нпр. производња мање калоричног меса и друге хране са смањеним холестеролом може позитивно утицати на здравље[140].

Социјална политика која утиче на здравље веома је повезана са општом политиком о приоритетима, као нпр. преференцијална пажња према одређеним географским локацијама, социјално-економским групама, старосним групама, занимањима или степену социјалне угрожености. Тако, у неким земљама преференцијална заштита може бити дата онима који су политички активни и утичу на расположење бирача, као нпр. градска елита или одређене етничке групе. У појединим земљама политика развоја села или политика обезбјеђења одговарајућег броја људи дуж границе са сусједним земљама који представљају националне мањине може водити ка преференцијалној здравственој заштити. Постоји велики број различитих дефиниција социјалне политике:

- Социјална политика је широка и разнолика област јавне политике, чији је основни циљ да буде обезбијеђен економски одржив а истовремено и социјално прихватљив ниво заштите од разних видова друштвених и индивидуалних штетних ефеката на све чланове друштва и да на тај начин буде промовисана једнакост, социјална кохезија и укључивање“[141].
- Такође, социјална политика се може одредити као „свака политика која се развија на наднационалном, националном и локалном нивоу, а подупрта је социјалном визијом друштва и која, када се спроводи, утиче на права и могућности грађана да задовоље своје животне потребе. Многи социјалну политику неправилно сужавају и своде само на подручје помагања социјално угроженим категоријама. То је социјална политика у ужем смислу. Међутим, социјална политика је знатно шири појам. Њени општи циљеви су: да се задовоље основне потребе свих, а не само сиромашних грађана; да се уједначе животне шансе, те да се остваре социјална сигурност и помоћ онима који не могу да се брину о себи. Дакле, постоје два основна поља дјеловања

[140] Вукмановић Л.,*op.cit.*, стр. 34-37.
[141] Видановић Иван, *Речник социјалног рада*, Удружење стручних радника социјалне заштите Србије, Београд 2006, стр. 364.

социјалне политике: заштита становништва од социјалних ризика и случајева, те унапређење животних и радних услова цјелокупног становништва[142].

Ако је политика земље индустријализација, здравствена заштита индустријским радницима може бити обезбијеђена на преференцијалној основи. У многим земљама апсолутни приоритет је дат здравственој заштити мајке и дјетета. У другим је приоритет дат социјално мање привилегованим појединцима и групама у обезбјеђивању здравствене заштите, под претпоставком да друге категорије људи могу лакше обезбиједити средства за здравствену заштиту за себе и за чланове својих породица. Економски развој земље омогућава да се у социјалној политици дефинишу и приоритети у здравственој заштити који покривају највеће здравствене ризике, а од значаја су за сво становништво. Међутим, ти приоритети се мијењају према стању на терену.

Административно уређење земље такође утиче на здравствену политику. Тако, ако земља има јако централизовани административни систем, здравствени систем највјероватније ће такође бити централизован. Ако су одговорности делегиране другим административним нивоима, као нпр. град, општина, локална заједница, могуће је усвојити паралелну политику децентрализације здравственог система. На систем здравствене заштите такође ће утицати политика у погледу алокације приоритета у здравственој заштити: на једној страни, приоритет ће се дати на алокацију средстава у комуни (општина), а на другој, високоцентрализованој болничкој заштити. Између ова два екстрема је одговарајући баланс између свих конститутивних чинилаца. Поред утицаја централизације или децентрализације здравственог система на опште здравствено стање становништва, у пракси постоје и друге неједнакости које су узроковане класним подјелама у друштву. Тако на примјер, СЗО спроводи истраживања у вези са узроцима смртности изазване животном околином у континуитету од 2002. године[143]. Истраживања спроведена у индустријским земљама потврђују да постоји очигледна класна димензија здравља. Поједини аутори сматрају да се све више повећава релативна здравствена неједнакост између најбогатијих и најсиромашнијих чланова друштва. Материјалистичка објашњења или објашњења заснована на окружењу виде узроке здравствене неједнакости у ширим друштвеним структурама, као што су сиромаштво, богатство и дистрибуција дохотка, незапосленост, становање, загађење животне средине и лоши услови рада. Обрасци здравствене неједнакости међу класама виде се као резултат лошег материјалног положаја. Смањење здравствене неједнакости може се остварити искључиво залажењем у дубље узроке друштвених неједнакости уопште[144]. Неки аутори износе мишљење да најздравија друштва на свијету нису најбогатије земље, већ су то оне у којима се расподјела дохотка врши правично, а нивои интеграције су највиши. Висок ниво националног дохотка не мора аутоматски да подразумијева боље здравље становништва. Становници земаља попут Јапана и Шведске, који спадају у најегалитарнија друштва на свијету, у просјеку су бољег

[142] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 184.

[143] Ради илустрације овог проблема, кратки преглед поређења резултата истраживања СЗО из 2002. и 2012 (десетогодишње посматрање) се може видјети на званичној web страници СЗО: http://www.who.int/whr/2002/en/ и http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ , (9.5.2016).

[144] Giddens A., *op.cit.*, стр. 159.

здравственог стања од становника земаља у којима постоји већи јаз између богатих и сиромашних, рецимо у САД (друштвена кохезија: рјешење за боље здравље)[145]. Држава је почела да се све више занима за здравље свог становништва, јер је од тога зависила продуктивност нације, ниво просперитета, способност одбране од непријатеља и стопа економског раста. Демографске студије – величине, састава и динамике људске популације – постале су све значајније. Уведен је попис становништва као метод биљежења и надгледања промјена које се дешавају у оквиру популације. Сакупљају се различити статистички подаци: стопа рађања, стопа смртности, просјечно доба ступања у брак и рађање дјеце, стопа самоубистава, очекивани животни вијек, исхрана, најчешће болести, узроци смрти, итд. Држава је почела да преузима одговорност за побољшање услова живота становништва, што је утицало на побољшање здравља становништва и продужење животног вијека[146].

Политика која обликује економске и социјалне услове у којима народ живи, такође креира могућност и подстицај да народ одабере или одбаци идеале здравог живота. Политика владе и приватних корпорација, које контролишу производњу и промоцију неких производа широке потрошње, понекад штетно утиче на стил живота. Промоција здравља кроз промјене животног стила може бити ефикасна једино ако су политичка и друштвена рјешења усмјерена ка унапређењу општег стандарда живота. Здрава јавна политика обезбјеђује темељ за унапређење физичке и друштвене околине која подржава усвајање здравог узора живљења. Њен циљ је обезбиједити једнак приступ предусловима за здравље, било кроз робу широке потрошње, кроз подршку животне околине или кроз услуге које доприносе здравом живљењу. То помаже доношењу здравог избора као „лаког избора“. Одговорни људи на свим нивоима и свим секторима морају бити свјесни посљедица својих одлука на здравље и такође морају бити спремни да прихвате свој дио одговорности за здравље у властитим заједницама. Етичка питања морају бити узета у обзир кад се гради здрава јавна политика. Како се наводи у документу СЗО *Здравље за све* (*Здравствена политика за Европу*), мора бити успостављена осјетљива равнотежа између поштовања права појединца на слободан избор и дужности друштва да унапређује здравље цијеле популације[147]. Европска политика и циљеви *Здравља за све* уједињују 850 милиона људи у земљама чланицама које конституишу Европски регион СЗО. XXX засједање Скупштине СЗО поставило је темеље „Здравља за све“ у мају 1977. године, када је одлучено да: „*...главни друштвени циљ влада и СЗО треба бити постизање таквог нивоа здравља до 2000. године за све грађане свијета који ће им дозволити да воде социјално и економски продуктиван живот*“. Овај циљ има глобалну примјену и значење. На XXXIV засједању Регионалног комитета СЗО у 1984. години је прихваћена *Европска стратегије Здравља за све*. Ови догађаји су били прекретница за развој здравства у Европи. Први пут земље чланице су се сложиле да усвоје једну здравствену политику као заједничку базу за појединачну и заједничку акцију. Оне су се

[145] Wilkinson Richard, *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, London New York: Routledge, 1996, према Giddens A., *op.cit.*, стр. 162.
[146] Giddens A., *op.cit.*, стр. 166.
[147] Види: Циљеви Здравља за све (Здравствена политика за Европу), СЗО Регионални уред за Европу, Сарајево 1997, у даљем тексту Циљеви здравља, стр. 60.

такође сложиле да прегледају здравствену ситуацију и да усагласе своју политику и програме са Стратегијом *Здравља за све*[148].

Европска здравствена политика изложена је у седам тема у којима су садржане есенцијалне вриједности и принципи који су подвучени у 38 циљева[149]. Циљеви „Здравља за све“ су: 1) Једнакост у здрављу, 2) Здравље и квалитет живота, 3) Бољи услови за хендикепирана лица, 4) Смањење броја хроничних болести, 5) Смањење броја заразних болести, 6) Здраво старење, 7) Здравље дјеце и младих, 8) Здравље жене, 9) Смањење кардиоваскуларних болести, 10) Контрола рака, 11) Несреће, 12) Смањење душевних поремећаја и самоубистава, 13) Здрава јавна политика, 14) Мјеста за промоцију здравља, 15) Здравствена компетентност, 16) Здраво живљење, 17) Дуван, алкохол и психоактивне дроге, 18) Политика о животној околини и здрављу, 19) Управљање здрављем и околином, 20) Квалитет воде, 21) Квалитет ваздуха, 22) Квалитет и сигурност хране, 23) Одлагање отпада и загађење земљишта, 24) Хумана екологија насеља, 25) Здравље људи на радном мјесту, 26) Политика здравствених услуга, 27) Средства и менаџмент у систему здравствених услуга, 28) Примарна здравствена заштита, 29) Болничка заштита, 30) Службе у заједници које задовољавају специјалне потребе, 31) Квалитет заштите и одговарајућа технологија, 32) Истраживање у здравству и развој, 33) Развој политика здравља за све, 34) Управљање развојем здравља за све, 35) Информацијска подршка здравству, 36) Развој кадрова у здравству, 37) Партнерство за здравље, 38) Здравље и етика. Суштина приступа *Здравља за све* је да подстакне флексибилну, прилагодљиву и отворену акцију на локалном, регионалном, државном или међународном нивоу. До 2000. године, све државе чланице ЕУ би требало да развију и примјењују интерсекторску политику за промоцију здравог начина живота, са системским осигурањем јавног доприноса у изградњи политике и имплементације[150]. Економски и политички приоритети земаља нису у складу са напретком здраве јавне политике. О томе говоре конференције СЗО: Европска конференција о политици према дувану одржана у Мадриду 1988. године и Европска конференција о намирницама у исхрани, одржана у Будимпешти 1990. године[151]. Напредак у прихватању политика *Здравља за све* је био већи

---

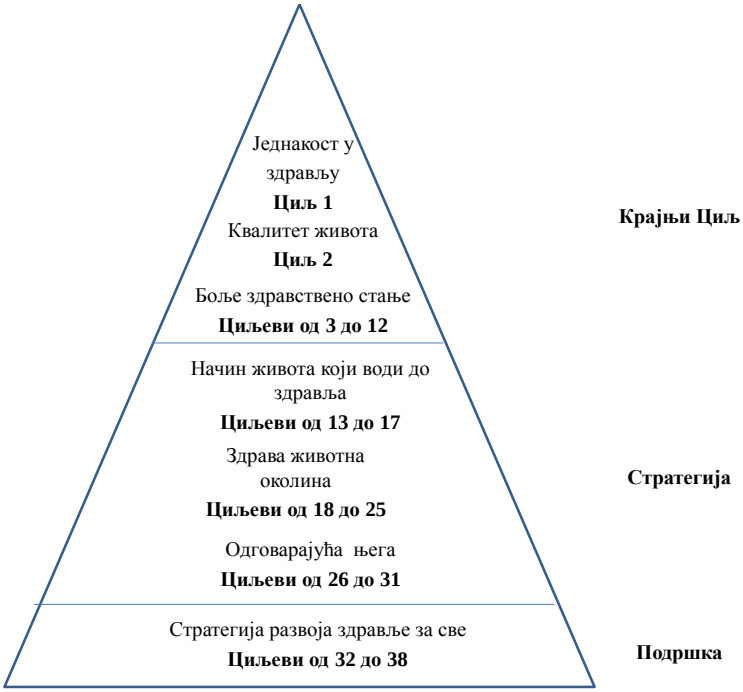
[148] *Ibidem,* стр. 2.

[149] То су сљедеће теме и вриједности: једнакост, етика, активна укљученост у заједницу, промоција здравља и превенција болести, примарна здравствена заштита, мултисекторијална акција, те међународна сарадња, *Ibidem,* стр. 8-9.

[150] Овај циљ може бити достигнут ако: је у државама чланицама политика формулисана као битна компонента политике здравља за све и ако се непрестано осавремењује и развија; се врши периодична процјена утицаја на здравље постојеће јавне политике у свим секторима; се користе механизми на нивоу државе, регије и локалном нивоу, са циљем да се народ укључи у креирање политике и њену примјену; је ојачана законска, финансијска и административна подршка за унапређење здравља и ако расту улагања у здравље; су развијени индикатори да осигурају базу посматрања напретка према здравом узору живљења; *Ibidem,* стр. 63.

[151] Широко је прихваћено неколико подручја политичког конфликта: Владине субвенције су искориштене за производњу нездравих производа. У склопу заједничке пољопривредна политике, на примјер, ЕЗ је својевремено субвенционисала дуван и производе алкохола као и низ мање пожељних производа; Постоји неодговарајућа контрола рекламирања нездравих производа као што су алкохол и дуван; Производи који се званично сматрају опасним и нездравим у једној држави, често се извозе у друге државе, нарочито оне у развоју; Производи и услуге које доприносе здрављу нису довољно субвенционисани да би били приступачни. Ово резултира куповином мање здравих производа, посебно међу породицама са ниским примањима; Градско планирање и изградња често превиђају потребу креирања околине која је сигурна, прихватљива и погодна за друштвене и физичке активности. *Ibidem,* стр. 64.

него њено остваривање и имплементација, која је још у току (види преглед циљева – графикон 1.):



Графикон 1. – *Графички модел приказ циљева Здравље за све*[152]

Пораст јавне забринутости за добробит, околину и екологију, те пораст активности удружења потрошача, обезбјеђују неопходну подршку да се отпочне напредак према здравој јавној политици. Свеобухватно испитивање здравствених потреба, могућности и предуслова популационих група је најефикаснији приступ развоју здраве јавне политике. Брзо нараста сазнање о организационој структури и системима управљања који подржавају формулацију и примјену јавне политике. Национално и федерално искуство (ЕУ) је углавном било добијено кроз политику која утиче на приступ производима широке потрошње, као што су храна, дуван и алкохол. Искуство са процесима формулације политике на локалном нивоу је добијено путем Пројекта СЗО „здравих градова“ и мреже унутар земаља удружених са њима[153].

Значајне су информације које треба да помогну корисницима да направе здрав избор. Контрола околине може помоћи да се обезбиједи јавни приступ сигурним производима и околини. Стандарди квалитета воде, ваздуха и хране усвојени су у многим државама. Опорезивање и финансијска стимулација може бити употребљавана да заштити околину, побољша приступ јавним институцијама и охрабри здрав потрошачки избор. Заштита околине је подстакнута олакшицама за јавни транспорт и производњу безоловног бензина. Приступ објектима за људе са тјелесним оштећењима може бити олакшан кроз субвенције за обнову кућа и јавних зграда. Дуван и алкохол су високо опорезовани у

[152] *Ibidem,* стр. 6.
[153] *Ibidem,* стр. 65.

многим државама чланицама (ЕУ) да би се дестимулисала њихова употреба, а у неким случајевима ови приходи су кориштени за финансирање промоције здравља. Јавно финансирање може бити кориштено да олакша приступ установама за промоцију здравља и превенцију болести. Постоји, како глобална тако и регионална потреба за отворенијим здравственим сектором, који би дијелио информације и са другим секторима уз холистички приступ за промовисање здравља на нивоу креирања политика. Један од главних изазова у будућности ће бити примјена искустава добијених у развоју и примјени здраве јавне политике у великом броју држава и заједница. Знање које нам стоји на располагању можемо ојачати кроз координисано ширење и напоре на обучавању и ширењу овог знања у државама чланицама (ЕУ) и у различитим секторима. То се односи и на земље југоисточне Европе[154]. Сектори који су најчешће укључени у *Здравље у свим политикама југоисточне Европе* су: здравство, образовање, социјална заштита, запошљавање, омладина и спорт, саобраћај, животна средина и пољопривреда. Може се поставити питање колико су ови владини сектори били у међусобној сарадњи до сада и како ову сарадњу унаприједити за опште добро. Са правне тачке гледишта, истраживања показују да је наглашена потреба да се успоставе механизми којима се обезбјеђује сарадња и координација између сектора и институција. Приступ који обухвата све нивое друштва превазилази институције: он утиче на њих, а и мобилише локалну и глобалну културу и медије, руралне и урбане заједнице и све релевантне секторе политике, као што су образовни систем, саобраћајни сектор, животна средина, па чак и урбанизам. Приступи који обухватају све нивое друштва су облик управљања помоћу сарадње коју може да допуни јавна политика. Приступи наглашавају координацију кроз нормативне вриједности и изградњу повјерења између великог броја различитих актера. Ангажовањем приватног сектора, цивилног друштва, заједнице и појединца, приступ који обухвата све нивое друштва може да ојача отпорност заједница на пријетње за њихово здравље, безбједност и благостање[155]. Здравствени системи дјелују проактивно са осталим секторима с циљем идентификације утицаја политика на детерминанте здравља и стање у здравству, те развоја политика које у пракси до максимума доводе позитивне утицаје других политика на здравство и мининизирају непредвиђене негативне утицаје[156].

---

[154] У циљу напретка ка усвајању *Здравља у свим политикама*, на примјер, здравствени сектор би требало да користи сваку прилику за сарадњу са другим секторима, а то захтјева отвореност здравственог сектора према другима и опремљеност неопходним знањима, вјештинама и овлаштењима. Могућности или оквир за напредак су: Нови развојни планови, Фокусирање већ постојећих државних здравствених стратегија и политика на шире детерминанте и неједнакости, Стратегија за лијечење специфичних здравствених проблема као што су дијабетес, поремећај менталног здравља и HIV/AIDS, Стратешко промовисање здравља и планирање везано за животни стил и прехрану, Стратешко планирање везано за једнакост и равноправност полова и/или насиље у породици, Стратешко планирање везано за смањивање сиромаштва, инклузију у друштво и ромско мањинско становништво, Стратешко планирање везано за животну средину, природне ресурсе, шуме, водопривреду, климатске промјене и развој пољопривреде, види: Здравље у свим политикама, *op.cit.* стр. 38 – 43.

[155] *Политичка декларација из Риа о социјалним детерминантама здравља*, World Conference on Social Determinants of Health, held in Rio de Janeiro, Brazil on 19–21. October 2011, доступно на: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2011/10/global-commitment-to-addressing-social-determinants-of-health, (10.5.2016).

[156] Види: Здравље у свим политикама, op.cit. стр. 28.

Здравље и благостање су тежње и потребе свих људи, које утичу на садашње друштво и будуће генерације. Све европске владе суочене су са важним одлукама које утичу на здравље и благостање становништва. Економска и социјална криза комбиноване са јавно-здравственим пријетњама из околине, демографским и епидемиолошким трендовима доносе изазове здрављу и стављају пред владе велику одговорност за очување и унапређење здравља становништва. Будућност је неизвјесна, а данашњи политички и економски модели могу доживјети дубоке трансформације чији су нам облици и исходи још непознати[157]. Тако се може навести да је стратешки оквир за унапређење здравља становништва Републике Српске (садржан је у бројним документима): смањивање разлика у здрављу становништва, инвестирање у здравље, укључивање грађана у доношење одлука о здрављу и стварање здравих локалних заједница, контрола незаразних и заразних болести и унапређивање здравствене безбједности, изградња здравог и подстицајног окружења за здравље и благостање, јачање здравственог система оријентисаног на потребе корисника, јачање јавноздравствених капацитета и припремљености за ванредна стања те промовисање и усвајање приступа *здравље у свим политикама*[158].

3.3. Здравље и економски развој

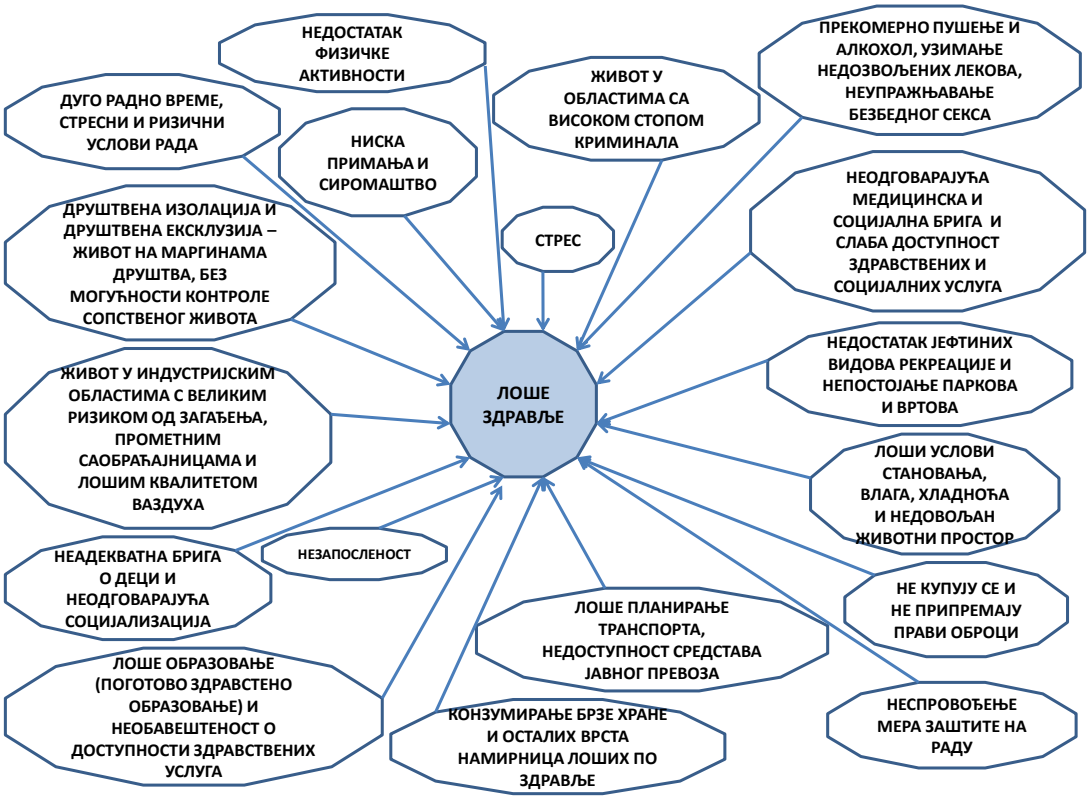
Концепт јединственог процеса развоја полази од става да је јединство економске и социјалне политике, односно економског и социјалног развоја, неопходан услов међусобне детерминисаности економског и социјалног развоја, будући да је социјални развој битан фактор економског развоја, као што је и успјешан економски развој предуслов аутентичног социјалног развоја. Превише „социјалног“ без довољно „економског“ води у губитак раста; превише „економског“ без довољно „социјалног“ води социјалним тензијама и немирима, а то је, такође, препрека економском расту и развоју. На синхронизованост економског и социјалног развоја упућују и стратешки дугорочни циљеви развоја, као што су: подизање нивоа животног стандарда становништва, остваривање максималне запослености и социјалне сигурности и изградња демократског друштва[159]. Постоји јасна узрочна веза између здравства и економског напретка. Ово запажање побија мишљење да систем здравства представља само одлив средстава. Напротив, улагање у здравство и дјеловање између различитих сектора с циљем утицаја на здравствене показатеље представљају ефикасно средство за

[157] Види: Политика унапређења здравља становништва Републике Српске до 2020. године, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Бања Лука 2012. стр. 5; Одлука о усвајању Политике унапређивања здравља становништва Републике Српске до 2020. године („Службени гласник Републике Српске“ бр. 92/12).

[158] Остварење овог приступа заснива се на: прихватању чињеница да је здравље брига и одговорност свих сектора; да је улагање у здравље инвестиција у развој друштва; да спровођење мултисекторских активности унапређују здравље и једнакост у здрављу, кроз дјеловање на социјалне чиниоце здравља (побољшање образовања, промоција социјалне кохезије, редукција сиромаштва, унапређивање раног раста и развоја дјеце); грађењу партнерства између надлежних институција, владиних, невладиних и других организација; уврштавању унапређивање здравља у приоритете секторских политика, стратегија, програма и пројеката.

[159] Видановић Војин, *Социјалне последице транзиције у Србији*, Задужбина Андрејевић, Београд 2013, стр. 97.

подстицај, како здравства тако и економског развоја. Све више је прихваћен значајан утицај здравља на економске димензије друштва као и на социјални развој[160]. Здравље становништва је основа друштвеног и економског развоја и јача политике у свим секторима. Међутим, економска и фискална криза са којом се суочавају многе земље представља озбиљне изазове и може да угрози позитиван напредак који је постигнут. Међутим, криза такође представља прилику да се поново усмјере и обнове напори на унапређење здравља свих људи. Сви сектори и нивои власти треба да доприносе стварању здравља. Општи став СЗО је да је право на боље здравље и благостање за све равноправно људско право. Новцем се не купује боље здравље, али тзв. „добре политике које подстичу равноправност у здрављу“ имају боље изгледе на успјех. Морају се ријешити основни разлози лошег здравља и неједнакости у здрављу кроз приступ социјалних детерминанти које ангажују цјелокупну власт и цјелокупно друштво сваке земље. Неједнакости у здрављу проистичу из социјалних услова у којима су људи рођени, у којима расту, живе, раде и старе и који се називају социјалне детерминанте здравља[161]. Приказ на графикону 2. на илустративан начин показује које елементе (тј. детерминанте) здравља треба имати у виду у вођењу јавне политике и управљању економским развојем.



Графикон 2 - *Културни и материјални утицаји на здравље*[162]

[160] Види: Здравље у свим политикама, op.cit, стр. 23.

[161] Види: *Политичка декларација из Риа о социјалним детерминантама здравља*, World Conference on Social Determinants of Health, held in Rio de Janeiro, Brazil on 19–21. October 2011, види: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2011/10/global-commitment-to-addressing-social-determinants-of-health, (10.5.2016).

[162] Извор: Browne Key, *An Introduction to Sociology*, second edition, Polity Press, Cambridge 1998, стр. 138.

Здравље је у основи свих економских активности и процеса развоја и интегрални дио људског благостања, те заштита и унапређивање здравља мора бити главни циљ свих развојних стратегија. Код формулисања и примјене развојне политике на свим нивоима, од глобалног преко националног па до локалног, требало би узети у обзир здравствене ефекте, прилагођавајући здравствене циљеве другим важним развојним циљевима. Под економским и друштвеним развојем, поред осталог, подразумијева се унапређење животних и радних услова и квалитета живота друштва у цјелини, као и његових чланова. Циљ је омогућавање грађанима да живе економски продуктиван и социјално задовољавајући живот. Економски развој је неопходан да би се постигла већина економских циљева. Дакако, социјални чиниоци истински су покретачи укупног друштвеног развоја. Већина грађана схвата да њихова мотивација да повећају своју зараду не представља веће богатство од оног које доноси општи социјални напредак који повећава њихову куповну моћ, чиме се обезбјеђују боља исхрана и становање, боље школовање, бољи услови за одмор и рекреацију и коначно, боље здравље. Само кад грађани остваре прихватљиви ниво здравља могу уживати благодети бољег живота. Здравствени развој је стога основа социјалног и економског развоја, а начини за њихово остваривање су међусобно јако повезани. Према томе, активности на унапређењу здравља и социјално-економске ситуације међусобно се испомажу и не представљају конкуренцију[163]. Промјена правца социјалних и економских стратегија треба да обухвати димензију здравља на много широј основи и да при томе повећа избор могућих опција за раст и развој. Циљеви заштите у унапређивању здравља морају бити дефинисани упоредо са макроекономским циљевима и да се упоредо остварују.

Развојна политика је политика усмјерења за постизање економског развоја и унапређења инфраструктуре, одговарајућих служби, индустрије, трговине и локалног развоја. Шире дефинисана развојна политика има, између осталог, за циљ да подстакне и социјални и политички развој. Таква политика формулише се на разним нивоима друштвених и политичких заједница: националном, покрајинском, регионалном и локалном. Таква политика може бити под снажним утицајем укупне међународне политике и односа, националне економске стратегије и праваца развоја и међународне економске сарадње[164].

Развојна политика усмјерена ка унапређењу економског стања и животног стандарда грађана и заједнице има често ненамјерне посљедице по здравље. Док у одређеним случајевима те посљедице могу бити позитивне, развојна политика у низу других случајева може бити узрок додатних здравствених проблема и ризика, нарочито за вулнерабилне групације становништва. Таква политика може увећати болести сиромаштва и настанак здравствених проблема изазваних индустријализацијом. Многе земље у развоју суочавају се са двоструким здравственим проблемима. С једне стране код одређених популационих група здравствена служба мора се позабавити континуираном преваленцијом потхрањености, респираторним инфекцијама, диареалним обољењима, итд. С друге стране, оно се мора позабавити проблемима у вези

[163] Поједини планери и економисти друштвеног развоја неоправдано сматрају здравство као сектор потрошње а не као сектор који доприноси економском развоју. На срећу, такво гледање је задњих неколико деценија радикално промијењено у многим земљама, види: Вукмановић Л., *op.cit.*, стр. 10-11.
[164] *Ibidem,* стр. 11.

са индустријализацијом и урбанизацијом, укључујући болести и онеспособљености настале на раду, кардиоваскуларне болести, малигне болести, прекомјерно узимање лијекова, повреде, несреће и друго. Рјешавање новонасталих здравствених проблема због повећане цијене коштања ставља здравствену службу пред додатне тешкоће у условим ограничених средства која јој стоје на располагању за финансирање здравствене заштите.

На здравље и социјално благостање, посебно сиромашног становништва, економске мјере могу имати тешке краткорочне посљедице, иако су њени дугорочни ефекти предвиђени да допринесу успону националне економије и социјалног благостања људи. Због тога су одређене групације становништва посебно осјетљиве на негативне ефекте општег развоја и њиховог утицаја на здравље и здравствено стање становништва. Те групације становништва првенствено укључују сиромашне, дјецу, жене, те одређене радно неспособне групације и заједнице. Док је одређена индустријска, пољопривредна и енергетска политика усмјерена да нађе рјешење за непосредне здравствене проблеме условљене развојном иницијативом, врло често таква политика не обезбјеђује адекватне мјере против негативних посљедица на дугорочној основи, посебно и оних које припадају најсиромашнијим слојевима друштва. Ниједан друштвени сектор који учествује у социјално-економском развоју не може адекватно самостално функционисати. Развојне активности унутар једног друштвеног сектора неминовно производе активности које могу бити усмјерене ка остваривању циљева у другим сродним секторима. Стога је и видљива потреба за сталном консултацијом и сарадњом између главних социјалних и економских сектора да се обезбиједи општи развој и промовише здравље као саставни дио тог процеса. Тако, општедруштвени развојни сектори објективно могу послужити као основа за промоцију општег здравственог развоја[165].

Економски раст може да има и штетне посљедице по људско здравље, уколико се интензивним коришћењем ресурса, а и тежњом да се трошкови минимизирају, раст остварује упропашћавањем животне околине или излагањем људи који учествују у производним процесима разним утицајима чије је одраз на здравље неповољан[166].

Социјална цијена обарања животног стандарда, високе инфлације, високе незапослености, веома је велика и неједнако распоређена. Стварне зараде и ниво потрошње по глави становника знатно су опале током протеклих година у низу земаља. Ефекти кризе веома много утичу на повећање трошкова и издатака за задовољавање најнеопходнијих људских потреба. Посљедице таквог стања одражавају се на све друштвене секторе, захватајући све аспекте живота и благостања људи[167].

Комбинација опадања националног дохотка по глави становника, пораст становништва, обуздавање и ограничавање опште потрошње, са приоритетом датим на сервисирање дугова, креира ситуацију убрзаног опадања стварне укупне потрошње по глави становника на здравство. У свијету уочени су трендови смањеног коришћења здравствене заштите и гдје су најсиромашније групације становништва највише

[165] *Ibidem*, стр. 13.
[166] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 175.
[167] Вукмановић Л.,*op.cit.*, стр. 10.

угрожене, а упоредо се мијења и структура коришћења одређених врста здравствених услуга. Релативно веће учешће имају посјете куративним врстама заштите, много мање превентивној заштити, као на примјер заштити мајке и дјетета.

У појединим развијеним земљама доступност и квалитет здравствене заштите чак је умањена као посљедица смањивања јавне потрошње за здравство. Претјерана концентрација средстава за болничку заштиту, са релативно малим ефектом, порасла је у многим земљама, упркос општем смањењу средстава за здравствену заштиту[168].

Владе многих земаља све више долазе до спознаје о потенцијалном доприносу здравства националној економији и остваривању социјалних и друштвених циљева развоја. То се заснива на сазнању да здравствене интервенције могу у знатној мјери допринијети развоју продуктивне способности радника и становништва у цјелини, укључујући и будуће генерације. Здравствена заштита није и не може бити конвенционално и економски гледано роба, оптимално произведена и стављена на тржиште. То значи да економска политика мора третирати здравство на новим основама, изузимајући га из мјера текуће рестриктивне политике, гдје у условима структурног прилагођавања, здравство, просвјета и социјални сектор први долазе на удар економски рестрикција. Постоје такође, два крупна разлога да здравство има заштитну позицију у друштвеној потрошњи. То се односи, прво, на међузависности здравства[169] и других друштвених сектора, а друго на улогу информација у здравственој заштити.

Информације су основа за успјешно пословање тржишта. Корисници здравствене заштите типични су примјер слабе информисаности о свом здравственом стању, могућности унапређења здравља, постојању опција у лијечењу или вјероватног исхода лијечења. Здравствени радници су специјализовани у пружању таквих информација и у одређивању каква се заштита намјењује појединим пацијентима. Потрошач је суочен са неизвјесношћу и скоро монополским положајем оних који пружају одређене врсте услуга у погледу посједовања информација. Такве трансакције у здравственој заштити нису праћене суверенитетом „потрошача“, те друштво има посебне одговорности да промовише већу рационалност у алокацији здравствених ресурса. У исто вријеме, да би се постигао мјерљиви напредак у остваривању здравствене заштите, морају се унаприједити ефикасност и правичност у алокацији средстава. ПЗЗ има потенцијал да буде економски ефикасна, тј. да опслужује најшире слојеве становништва уз најмања могућа коштања. Такође је позната улога здравства у промовисању концепта правичности, посебно заштитом вулнерабилних групација становништва, а тиме здравље постаје примјер солидарности од прворазредног значаја за друштво[170]. Изазови који

[168] Истраживања СЗО у низу земаља указује да је ниво здравствене заштите опао, нарочито на периферији здравственог система (на примјер, осјећа се недостатак лијекова, што је у пуној корелацији са опадањем посјета у амбулатно-поликлиничким установама, посебно у сеоским и удаљеним подручјима, тзв. периферије здравственог система). Здравствена служба тамо је принуђена на смањивање обима здравствене заштите, што има за посљедицу миграцију здравствених радника, и то најспособнијих, прво у приватну праксу, а потом у друге, развијене центре и земље. *Ibidem,* стр. 16-17.

[169] Међузависности подразумијевају повезивања која су често ненамјерна, а она постоје када: здравствене активности производе и генеришу и друге активности; постоји веза између здравствених активности и других развојних активности, као нпр. у пољопривреди, човјековој околини и индустрији; постоји веза између здравствене активности у разним земљама (користи од вакцинације). *Ibidem,* стр. 20.

[170] *Ibidem,* стр. 21.

расходи за здравство представљају, за владе никада није био већи. У многим земљама дио државног буџета додијељен за здравство никада није био већи, а трошкови здравствене заштите расту брже од БДП-а. Подаци показују да у неким од ових земаља не постоји корелација између расхода за здравље и здравственог исхода. Многи здравствени системи не могу да обуздају трошкове, а финансијски притисци на њих још више отежавају успостављање праве равнотеже за здравље и обезбјеђивање социјалне заштите. Трошкове првенствено покреће страна понуде, као што су нови начини лијечења, технологије и повећање очекивања људи у вези са заштитом од ризика за здравље и доступношћу висококвалитетне здравствене заштите. Трошкове у здравству може да обузда квалитетна услуга и ефикасно коришћење ресурса у здравственом сектору.

3.4. Право на заштиту здравља

Право на здравље припада не само болесним лицима, већ првенствено здравом човјеку, коме треба омогућити да изрази свој укупни потенцијал и оствари што виши квалитет живота. То је субјективно право, личне природе, непреносиво, на основу којег грађанин може захтијевати од медицинског особља, здравствених установа и државе одређене радње у интересу заштите свог здравља. Титулар права је грађанин, а на другој страни љекар, односно здравствена служба[171]. Али, као што је појам здравствене заштите шири од појма медицинске заштите, тако је и концепт права на здравље шири од пацијентовог права на здравствену заштиту. Било би знатно осиромашење права на здравље свести само на расправу о пацијентовим правима, занемарујући при томе широки распон друштвених активности којима се, уважавајући човјеково право на здравље, може дјеловати превентивно[172].

У теорији и пракси срећу се три различита назива са истим значењем: „право на здравље“, „право на здравствену заштиту“ и „право на заштиту здравља“. Први назив је, очигледно, неподесан због његове нелогичности, јер је „право на здравље“ неостварљиво. Ниједан државни орган није, наиме, у стању да гарантује човјеку нормално одвијање свих његових тјелесних функција. Зато се не може говорити о „праву да се буде и остане здрав“, тј. о некаквој правној заштити здравља. Може бити говора само о праву на доступност адекватне медицинске помоћи, на одговарајуће збрињавање у случају болести или несрећног случаја. Другим ријечима, у питању је право да се, ради заштите и унапређења властитог здравља, захтијевају од другог извјесне радње којима он располаже, које стоје у његовој моћи. Том овлашћењу примјерен је једино назив „право на заштиту здравља“[173]. У овом раду ће бити коришћена терминологија која се употребљава у законима из области здравства који су предмет упоредне анализе.

---

[171] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 110.
[172] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 107.
[173] Израз „право на здравствену заштиту“ који користе наши правни прописи, није нелогичан, али није ни беспријекоран. Од њега је разумљивији и јаснији израз „право на заштиту здравља“. Умјесто „закона о здравственој заштити“, исправније би било рећи „закон о заштити здравља“, јер именице имају прецизније и јасније значење, неголи придјеви који су од њих начињени, Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 57.

Право на здравље је једно од најсложенијих права које садржи низ са здрављем повезаних слобода и овлашћења, која су у вези са једнаком могућношћу свих људи да уживају највиши могући ниво здравља, односно да користе здравствене услуге. Право на заштиту здравља у функционалном смислу подразумијева да су здравствене установе, медицински поступци и особље активно приступачни сваком ко има потребу, под једнаким условима[174]. У слободе спадају: право да се држи под контролом лично здравље и тијело (што укључује и сексуалну и репродуктивну слободу), право на заштиту од мијешања у здравствена питања појединца, одсуство тортуре, експеримента и третмана без сагласности пацијента. Тако је Уставом Републике Српске, као једно од основних људских права, утврђено право на заштиту здравља. Уставом Републике Српске утврђено је да Република уређује и обезбјеђује здравствену заштиту, а на основу овог уставног овлашћења донесен је низ закона из области здравствене заштите.

Обавеза државе код права на здравље, као код осталих међународно прокламованих људских права, обухвата три димензије – обавезу да се право поштује (уважава), обавезу да право заштити и обавезу остварења (испуњења). Право на здравље се има схватити као право на коришћење (уживање) разноврсних услуга, објеката, опреме и услова који ће допринијети највишем достижном стандарду здравља[175]. Може се констатовати да је очување живота и здравља, као и успостављање правде, једно непрестано трагање за равнотежом између вјечито супротстављених идеја, интереса и права. Због тога је увијек и изнова неопходно указивати на значај судова, судске праксе и судске индивидуализације правде[176].

Подршка човјековом праву на здравствену заштиту одавно је превазишла националне границе и постала саставни дио међународних уговора и декларација. У том погледу, нарочито је значајан Статут СЗО, у којем је записано да је њен трајан задатак „достизање највишег стандарда здравља свих народа“. У њему се, први пут, здравље проглашава „једним од основних и неотуђивих права сваког човјека, без обзира на разлике у раси, религији, политичком убјеђењу, економском и друштвеном положају“. Овај Статут садржи и одредбу да „владе сносе одговорност за здравље својих народа и да та одговорност изискује доношење одговарајућих мјера социјалног карактера у области заштите здравља“. Ту је и одредба да „здравље свих народа представља основни фактор постизања мира и сигурности, те да оно претпоставља што ширу сарадњу појединца и држава“. Сличне идеје о здрављу садржи и Општа декларација УН-а о људским правима (чл. 25) у којој пише да „сваки човјек има право на стандард живота, који подразумијева храну, одјећу, стан, медицинску помоћ и одговарајуће социјалне услуге неопходне за одржавање здравља и благостања, њега лично и његове породице“. Резолуција СЗО, усвојена на XXIII њеној скупштини, 1970. године, прокламује да је „право на здравље основно људско право“. У наведеним међународним документима право на заштиту здравља не поима се, међутим, као субјективно право, него као морални принцип,

[174] Јашаревић С., *op. cit.,* стр. 110.
[175] Марковић М., *op.cit*, стр. 876 – 880.
[176] Ћирић Јован, „Живот, здравље и правда“, *Правни живот*, Часопис за правну теорију и праксу, бр. 9/2009, стр. 545; Не каже се узалуд у латинској изреци: „*Iustitia est constans*“ ... да је правда непрекидно и трајно настојање да се свакоме да што му припада. У овом смислу, требало би подвући ријечи *непрекидно* и *трајно*.

односно, као правно политички постулат. По њима, право на заштиту здравља има само програмски карактер, нема властитих правних посљедица и није саставни дио правног поретка. Таквим прокламацијама се не јача правна него морална позиција грађанина. Њима се, у ствари, апелује на законодавце држава чланица одговарајућих организација да својим националним законима осигурају право грађана на заштиту здравља[177].

Право на здравствену заштиту могуће је довести у директну везу са остварењем права на живот. Ако је лијечење обољења које угрожава живот доступно само привилегованом дијелу становништва у једној земљи, док је због разних баријера недоступно осталим члановима заједнице, тада ускраћивање права на здравствену заштиту доводи у питање и остварења права на живот[178].

Право на здравље значи да сваки појединац има право да ужива највиши доступни стандард физичког и менталног здравља. Међутим, веома је тешко одредити шта је највиши стандард физичког и менталног здравља. То је најчешће условљено временом и мјестом и зато је тако субјективно и релативно у оцјени. Међународне организације, прије свега МОР и СЗО, као и специјализоване агенције пружају помоћ државама у стварању услова за што потпунију примјену права на здравље.

У процесу хармонизације права са правом ЕУ, као правни оквир значајна су акта ЕУ. У дијелу примарних извора ЕУ *acquis*, предметна област уређена је одредбама чл. 168. Уговора о функционисању ЕУ („Службени гласник ЕУ“, 2010/ц 83, 30. март 2010. године) у којем је, између осталог, одређено да ће заштита здравља бити осигурана кроз имплементацију и активности Уније које ће бити комплементарне политикама држава чланица усмјереним на унапређење јавног здравља. Потреба за предузимањем активности, у напријед поменутом смислу, произлази исто из чл. 35. Повеље о основним правима ЕУ („Службени гласник ЕУ“, 2010/ц 83, 30. март 2010. године). Поред наведеног, својеврстан оквир у сегменту „меких извора права ЕУ“, у предметној области представља и Бијела књига под називом „Together for Health: A Strategic approach for the EU 2008-2012“, коју је 23. октобра 2007. године донијела Европска комисија[179].

Предуслов за здравље укључује осигурање сигурне воде и хране, изградња сигурних станова и сигурне животне околине, као и образовање дјеце да би се она оспособила да доносе мудре одлуке о начину живота. Специфични здравствени циљеви, као што су смањење употребе алкохола и раширености пушења и већа социјална једнакост у погледу дистрибуције ресурса за здравље, могу бити остварени, ако су укључени бројни сектори. *Здравље за све* је у погледу принципа, покрет за народ. Народ има право на једнаке могућности у погледу здравља, право на здравствену заштиту, право да буде информисан и право да буде укључен као партнер у одлучивање и акцију која се односи на властито здравље[180]. Партнерство за здравље треба да обухвата међусекторску сарадњу и да укључи цјелокупну друштвену заједницу у испуњавање циљева *Здравља за*

---

[177] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 57-58.
[178] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 107.
[179] Види: Политика унапређења здравља становништва Републике Српске до 2020. године стр. 12-13.
[180] Види: Смајкић Ариф (ур.), *Циљеви Здравља за све:здравствена политика за Европу*, СЗО Регионални уред за Европу, Медицински факултет Универзитета у Сарајеву, Сарајево 43/1997, у даљем тексту Циљеви здравља за све, стр. 182.

све. Претпоставка за то је политичка воља да се ресурси земље усмјере ка постизању овог циља.

Карактеристика здравља је и квалитет живота (*quality of life*) – то је осјећај појединаца или група да су задовољене њихове потребе и да им није ускраћена могућност да доживе срећу и испуњење[181]. Предуслови здравља из стратегије *Здравље за све* су: превенирати и контролисати болести, промовисати и одржавати здравље, осигурати здраву околину и осигурати здравствене услуге које одговарају потребама људи. Рат остаје најозбиљнија од свих пријетњи здрављу. Добро су познате посљедице које рат оставља у насљеђе, било да се говори о убијеним, рањеним, трајно онеспособљеним и расељеним из властитих кућа и заједница, било да се говори о њиховом утицају на околину. Мир је, као и здравље, само позитивно осјећање благостања и сигурности које омогућава свима потпуни развој властитог људског потенцијала. Он подразумијева могућност да све земље могу активно учествовати у развоју свијета који стимулише и задовољава све његове становнике. Обавеза *Здравља за све* садржи основни принцип једнакости. Она значи да сви људи имају право на једнаке могућности да развију и одрже свој потпуни здравствени потенцијал. Разлике у социјалном развоју се преносе на очигледне неједнакости у здравственом стању[182].

Да би био у складу са вриједностима *Здравља за све,* главни задатак у било којем националном креирању политике, мора бити установљавање чврсте и дугорочне стратегије способне да нападне узроке друштвених неједнакости. Мора се поставити питање недовољно расположивих прихода за здравље и основне потребе као што су, храна, адекватна исхрана и достојно становање, недостатак погодности у вези за санитацијом, сигурну пијаћу воду и лоше могућности за едукацију и запошљавање. Циљеви треба да буду виђени као приједлог да се редукује неједнакост кроз здравствене компоненте националне и социјалне политике. Циљ *Здравља за све* који се односи на једнакост у здрављу може се постићи: ако се појача мониторинг разлика у здравственом статусу између разних географских подручја и социоекономских група у свакој земљи; ако се да приоритет имплементацији мјера које смањују разлике у здравственом стању; ако се основне претпоставке здравља, као што су храна, становање и образовање учине доступним свима; ако животна и радна средина која подржава здравље постане приступачнија; ако одговарајућа здравствена заштита буде свима доступна; ако земље у неповољном положају добију специјалну помоћ и пажњу[183]. Искуства неких земаља су показала да се политика једнакости ефикасније имплементира када се одлучније пренесе на локални ниво, а успоставе се механизми који осигуравају учешће јавности у свим фазама.

Достизање највишег могућег нивоа здравља зависно је како од квалитета и расположивости услуга које појединац добија од здравствене службе, тако и од бројних других услова живота. Мултидимензионалност здравља доводи право на здравље у посебан однос према осталим људским правима, при чему оно добија посебан

[181] Циљеви здравља за све, стр. 224-226.
[182] Ibidem, стр. 15-16.
[183] Ibidem, стр. 17.

интегришући значај. До високог нивоа остварења права на здравље стиже се претходним остварењем других људских права. Право на здравствену заштиту припада прије свега здравом човјеку; до изражаја треба да дође потенцијал који он посједује, а који треба остварити што је могуће више; потенцијал у оквиру којег појединац треба да достигне што је могуће виши и квалитет и квантитет живота. Негативним дјеловањем фактора који тај потенцијал умањују, уколико су наметнути, појединцу угрожавају право на здравље. При томе се и његова необавијештеност о штетностима, његово необразовање које га спречава да доноси исправне одлуке о здравом начину живота, такође, може сматрати велики дијелом социјално условљеним посљедицама. Право на здравствену заштиту подразумијева да човјек добије информације о утицајима који могу да угрозе његово здравље. Човјек остварује право на здравствену заштиту, ако је поштеђен утицаја друштвене и природне средине, који штете његовом здрављу. Он остварује право на здравствену заштиту, ако се на вријеме искључи дјеловање штетних утицаја који се могу отклонити. Такве акције треба да добију довољно друштвене подршке, с обзиром на то да корист од њих истовремено имају и многи појединци. Оне имају карактер јавне користи[184].

Постављањем здравља у први план омогућује се да најприје до изражаја дођу превентивни програми који доприносе заштити здравља и спречавању болести. Затим слиједе акције раног откривања обољења, масовни и други скринингзи. Они такође доприносе остварењу права на здравствену заштиту. Откривањем обољења у раној фази повећавају се изгледи на изљечење, спречавају компликације, умањују посљедице и тјелесна оштећења. Појединцу припада право да периодично буде систематски прегледан, да, ако је то нужно, постане пацијент у што ранијој фази болести чим примијети предзнаке обољења. Остварујући у оквиру права на здравље право на здравствену заштиту, појединац има право на лијечење којим се највише доприноси побољшању његовог здравственог стања. Ако стање постане хронично, појединац своје право на здравље највећим дијелом реализује остварујући права која му припадају као пацијенту. Наиме, поставља се питање како од филозофског приступа права на здравље стићи до инструмената којима ће се обезбиједити заштита човјековог здравља у једној друштвеној заједници. Једнако здравље не може бити гарантовано људима, јер здравље, између осталог, зависи и од насљеђа. Оно што је могуће јесте да се обезбиједи подједнака доступност здравствене заштите[185].

Право на здравствену заштиту је социјално право, које се обезбјеђује лицима која се нађу у стању социјалне потребе изазване наступањем одређених ризика који их онемогућавају да воде здрав и продуктиван живот. Пошто здравствена заштита и здравствено осигурање чине садржај социјалног права, које се огледа у осигурању егзистенције човјека као титулара права, оно му помаже да лакше преброди или ублажи стање социјалне потребе[186].

---

[184] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 12.
[185] *Ibidem,* стр. 13.
[186] Дедић С., *op.cit.,* стр. 1.

Значајан аспект заштите здравља садржан је у радном и социјалном праву и тијесној је повезаности са остваривањем безбједних услова рада, као и здраве животне средине, односно уставном обавезом чувања и побољшања животне средине, што се посебно односи на послодавце и запослене. Под заштитом на раду (заштитом здравља и безбједност на раду) у ужем смислу подразумијева се скуп мјера и средстава која су неопходна за остваривање безбједних услова рада. Заштита здравља и безбједност на раду је заштита физичког, духовног и моралног интегритета на раду, односно очување безбједних и хуманих услова рада у удобном радном окружењу. Осигурати безбједне услове рада, ослободити рад, колико год је то могуће, више од ризика, заштитити физичко, духовно и морално здравље – благостање запослених на раду, заштитити сам живот на раду, представља један од најважнијих циљева радног права, облик конкретизације уставом загарантованих права да свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља[187].

Неки новији истраживачки радови доводе у везу право на здравље и правичност у здравственој заштити. Правичност у здравственој заштити, као етички концепт, у уској је вези са људским правом на здравље. Операционализује се дефиниција правичности тако што се узимају у обзир разлике здравственог стања појединих група становништва, као што су богати и сиромашни, мушкарци и жене, поједини региони, занимања и слично. Право на здравље производи морални захтјев за правичношћу у здравственој заштити. Уколико се у једној земљи промовише здравствена политика усмјерена правичношћу, требало би, прије свега, да се разграниче обавезе државе, улога појединца и улога других организација[188]. Правичност као циљ који одговара већини становништва, изражена прије свега општом доступношћу здравствене заштите, постала је обиљежје здравствених система европских земаља. Примјена тог циља у дужем периоду учврстила је код ширих слојева схватање према којем је здравље појединца нешто о чему, поред њих самих, брине и цијела заједница[189].

Посебну важност добија остварење права на здравље у форми права обољелих да се лијече, да користе капацитете здравствене службе и званичне медицине. Здравствена заштита постаје тада медицинска заштита, а право на здравље реализује се путем коришћења здравствених услуга. У неким случајевима, право на здравствену заштиту може да се претвори у обавезу која подразумијева и услуге које појединац не жели. Уколико се активност здравствене службе своди углавном на лијечење обољелих, ако је, дакле, њена активност куративно усмјерена, напредак у остварењу људских права може се постићи ако се брига о болесним члановима заједнице протегне на цијели скуп обољелих, а не само на оне које су у прилици да користе здравствене услуге. Побољшање доступности услуга и лијекова постиже се уклањањем баријера (поготово економских), а коришћење услуга може се подстаћи просвјећивањем, акцијама раног откривања и сличним превентивним програмима[190]. Када се говори о доступности здравствене заштите, најбитнији је обезбиједити услуге хитне медицинске помоћи. Хитна

[187] Лубарда Б., (2013) *op.cit.*, стр. 142 – 144.
[188] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 14.
[189] *Ibidem* , стр. 115.
[190] *Ibidem,* стр. 15-16.

медицинска помоћ је дио система здравствене заштите на који се ријетко мисли, али се ипак очекује да на располагању буде непрекидно 24 часа, за случај потребе. Хитна медицинска помоћ мора бити доступна на цијелој територији гдје људи живе, јер нема одговарајућу замјену. Циљ је да свака особа у стању медицинске хитности добије највећу могућу расположиву стручну медицинску помоћ у оптималном времену, уз спровођење најсавременијег начина интервенције[191]. Право на заштиту здравља заснива се на обавезном или на добровољном здравственом осигурању, али и на сагласности пацијента о избору доктора породичне медицине или носиоца приватне праксе. Осигурани пацијент своје право на заштиту здравља остварује, по правилу, преко доктора породичне медицине изабраног у здравственој установи. Али, у случају хитне медицинске помоћи, њу је дужан да пружи сваки здравствени радник, односно, свака здравствена установа. Гарантовање права на заштиту здравља свим члановима једне друштвене заједнице подразумијева доступност здравствених услуга сваком појединцу када се за њима укаже потреба.

Интензивна међународна активност уз разноврсне промотивне акције, курсеви и центри обуке, разна компаративна истраживања и поменуте базе здравствених података, доприносе да се одржи и учврсти идеја о праву на здравље као људском праву. Право на здравље може да постане угрожено и у периодима крупних промјена, као што су промјене у бившим социјалистичким земљама током периода транзиције. Уколико изостане синхронизација мјера које се уводе, континуитет остварења права на здравствену заштиту може за неке категорије грађана да буде доведен у питање. На примјер, уводе се неки директни облици плаћања за здравствену услугу или лијек, али није нађено рјешење за оне који не могу да плаћају због лошег имовинског стања и ниског дохотка. Не само промјене у здравственом систему, већ и укупна збивања током кризних година, неповољно се одражавају на здравствено стање популације (увођење промјена, контрола трошкова и смањење укупне потрошње у здравству)[192]. Увођење промјена у здравствени систем је веома компликован процес у свакој друштвеној заједници, а најбољи начин да се у здравствени систем уведу и на дужи рок одрже промјене, јесте избор здравствене политике која промовише право на здравље гарантујући, при томе, доступност здравствене заштите и услуга, независно од економске моћи појединца. Такође, дјеловање тржишта здравствених услуга увело је незваничне облике плаћања у јавни здравствени сектор и ограничило доступност услуга корисницима с ниским дохотком[193].

И у високо развијеним земљама између појединих популационих група постоје разлике у стопама смртности (информације о остварењу права на здравље може да пружи морбидитетна статистика). Оне откривају да су прилике у којима живе поједини слојеви и друштвене групе очигледно неједнаке и да у богатим земљама могу да постоје популационе групе које тешко долазе до квалитетне здравствене заштите. Грубо ускраћивање права на здравствену заштиту брзо ће изазвати оштро противљење

[191] Никић-Совиљ Љиљана, „Права пацијента на услуге хитне медицинске помоћи“, *Правни живот*, број 9/2008, стр. 396.
[192] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 41.
[193] *Ibidem,* стр. 43.

оштећених, знатно прије него што посљедице постану статистички (видљиве) мјерљиве. У демократском друштву незадовољство постојећим стањем у систему здравствене заштите покреће различите облике јавног дјеловања, што, подстакнуто и појачано медијима, доводи до акције којом се спречава грубо ускраћивање права на заштиту здравља[194].

Схватање да здравље и здравствена заштита представљају људско право, карактеристична је одлика здравствених система развијених европских земаља и Канаде. Право на здравље сматра се основних правом сваког људског бића. Коришћење здравствених услуга, ако су потребне, не доводи се у везу с плаћеним доприносима, већ зависи од стања у којем се пацијент налази. Концепт здравствених услуга као „производа за тржиште“ и покушај увођења про-тржишно усмјерених промјена у здравствени систем, нису у овим земљама током протеклих година наилазили на прихватање. У јавим дискусијама између власти и јавности о реформи здравства распрострањен је став према којем се сматра неприхватљивим да цијена здравствене услуге треба да буде критеријум који грубо раздваја оне који услугу могу да добију од оних којима она бива ускраћена. У савремено доба остваривање права на здравље постало је условљено економском основом на којој почива, начином мобилизације ресурса намијењених здравственој заштити, начину њихове алокације, ефикасношћу мјера којима се штити окружење. Немогуће је гарантовати једнако здравље поједнцима, јер здравље зависи, између осталог, и од биолошких фактора и случајних повреда. Полазећи од тих ограничења, могуће је, међутим, тежити елиминисању разлика које су условљене социјалним и економским факторима, при чему се једнако здравље узима као мјера којој се тежи (која се понекад назива „златни стандард“). Географска правичност дефинише се имајући у виду регионалну дистрибуцију здравствених ресурса и регионалне одлике здравственог стања. Правичност у географском смислу остварује се ако нема знатнијих разлика здравственог стања становништва појединих региона и ако је доступност услуга подједнака. Питање правичности у здравственој заштити поставља се и у односима генерација. Ако се реформом финансирања здравствене заштите уводе мјере којима се коришћење услуга и лијекова условљава директним плаћањем, примјера ради, потребно је узети у заштиту старије људе. Гарантовање права на здравље и здравствену заштиту ствара и знатну друштвену обавезу која подразумијева преузимање економског терета, при чему није увијек једноставно наћи механизме помоћи који треба да га преузму[195].

Гарантовање права на заштиту здравља свим члановима једне друштвене заједнице подразумијева одсуство баријера на путу до здравствене заштите – између осталих и економских баријера у виду високих трошкова лијечења. Доступност здравствене заштите може се повећати, а јаз између прокламованих права на заштиту здравља и њихових остварења – смањити, ако се финансирање здравствене заштите ослања на примјену принципа солидарности[196]. Европске земље имају дугу традицију солидарног

[194] На примјер: у САД се већ дужи низ година води дебата о тзв. „Obama Care“ законима, који се односе на обухват становништва здравственим осигурањем; реакције јавности код нас су присутне смањивањем обима права осигураника приликом измјена Листа лијекова који се прописују на терет фонда.
[195] *Ibidem,,* стр. 45-47.
[196] Према Општем коментару број 14 Комитета за економска, социјална и културна права, садржај основног минимума права на здравље обухвата: слободан и једнак приступ здравственим услугама, опреми

финансирања здравствене заштите, било да она почива на порезима и буџетском финансирању (Беверицов модел), било на обавезном здравственом осигурању (Бизмарков модел). Бивше југословенске републике имају деценијама дуго искуство у примјени солидарног начина финансирања здравства путем обавезног здравственог осигурања, које је такође заступљено од свог оснивања у Републици Српској. Независно од модела финансирања, битан сегмент права на здравље су права пацијента. Права пацијента треба да доведу до тога да пацијент добије етички, једнак и најефикаснији третман уз највећу сигурност, у свим околностима, па и хитним[197].

3.5. Дефиниција здравствене заштите

Здравствена заштита као термин често је присутан у свакидашњем говору, у науци и законским текстовима, итд. У основи има синонимно значење са термином *заштита здравља*, али се употребљава из различитих аспеката посматрања здравствене заштите. У првом реду, здравствена заштита се схвата као очување и унапређење здравља. Ово је схватање здравствене заштите са становишта сврхе, друштвеног циља који она има[198]. За здравствену заштиту се користила дефиниција према којој се под овим појмом подразумијева: „*Рад на унапређењу здравља, на заштити од болести и сузбијању обољења, раном откривању болести, лијечењу и рехабилитацији обољелих и повријеђених*“. Ова дефиниција је на листи служби које се баве заштитом здравља, а коју је усвојио Комитет експерата СЗО (1957)[199]. *Здравствена заштита* подразумијева не само заштиту акутно и хронично обољелих, већ и рехабилитацију, откривање болести, очување здравља, превенцију болести и неспособности, те здравствено васпитање[200]. Слична дефиниција дата је и за *општу здравствену заштиту*[201]: „Унапређење здравља, превенција болести на свим нивоима, рана дијагноза и лијечење болести и рехабилитација пацијената. Ово подразумијева здравствено васпитање у свим етапама.“

Здравствена заштита (*health care*) обухвата услуге које појединцима или заједници дају здравствене службе с циљем унапређења, одржавања, праћења или успостављања здравља. Здравствена заштита је шири појам од *медицинске заштите*, која подразумијева терапијске интервенције од стране или под контролом љекара. Овај термин се понекад проширује и обухвата *самозаштиту* (*self–care*)[202].

Дефиниције здравствене заштите које су садржане у законима неколико земаља у окружењу[203] међусобно су сличне и у потпуности одговарају савременом концепту, па се

и објектима, укључујући приступ основним лијековима; националну здравствену стратегију; систем информисања о здравственим питањима; обуку здравственог особља, укључујући образовање о здрављу и људским правима, итд.. види: Марковић М., *op.cit.*, стр. 882.

[197] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 111.

[198] Bošković Z., (2007) стр. 38.

[199] Герић Р., *Социјална медицина са хигијеном и епидемиологиојом*, 1961, према Стаматовић М. et al., op.cit., стр. 94.

[200] Ова дефиниција долази из СЗО, према: Мићовић П., (1997) *op. cit.*, стр. 393.

[201] *Ibidem*, стр. 393.

[202] *Ibidem*, стр. 394.

[203] Види нпр.: Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Србије“, бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13, 93/14, 96/15 і 106/15), у даљем тексту ЗЗЗ Србије; Закон о здравственој заштити Републике Црне Горе („Службени лист Републике Црне Горе“, бр. 39/04 и 14/10), у даљем тексту

и данас користе у научним и стручним круговима. Приоритети у остваривању здравствене заштите на исти начин су утврђени и у међународним документима и у нашим савременим прописима. То исто важи и за предмете и објекте који су обухваћени мјерама здравствене заштите[204].

Здравствена заштита је скуп услуга и активности за унапређење и очувања здравља људи, спречавање обољења и повреда, рано откривање обољења, благовремено лијечење и рехабилитацију. Услуге и активности здравствене заштите су квалитетне, безбједне, ефикасне, ефективне, засноване на научним доказима и у складу са начелима професионалне етике. ЗЗЗ РС утврђује и основна људска права и вриједности који се морају поштовати у здравственој заштити, а конкретизовани су кроз права, обавезе и одговорности пацијента. [205]

Дјелатност којом се обезбјеђује заштита права на здравље назива се *здравствена заштита*[206]. Здравствена заштита се остварује путем здравствене дјелатности, у складу са чл. 3. наведеног ЗЗЗ РС, који дефинише здравствену дјелатност као дјелатност од општег интереса за Републику, која се обавља у јавним и приватним здравственим установама, по медицинској доктрини и уз употребу медицинске технологије. Здравствену дјелатност обављају здравствени радници и здравствени сарадници, под условима и на начин прописан овим законом и прописима донесеним на основу овог закона. Према истом закону (чл. 6), здравствена заштита се обезбјеђује на нивоу Републике, јединице локалне самоуправе и послодавца, предузимањем специфичних активности на промоцији здравља, превенцији и лијечењу болести и стања, рехабилитацији обољелих и повријеђених, обезбјеђењу лијекова и медицинских средстава, заштити животне и радне средине и друге специфичне активности. Слична је дефиниција здравствене заштите у ЗЗО РС[207], гдје се под здравственом заштитом подразумијевају мјере којима се: унапређује здравље, спречавају и сузбијају болести и повреде, рано откривају обољења и благовремено лијече, спречава онеспособљеност и врши оспособљавање за животне и радне функције послије болести и повреда.

Здравствена заштита се остварује у здравственом систему. Здравствени систем обезбјеђује корисницима могућност избора у коришћењу здравствене заштите, чак и онда када постоје јасна правила која регулишу мјесто улаза пацијента у систем (која здравствена установа треба да буде мјесто првог контакта са пацијентом, прије упућивања у неку другу установу). Нивои здравствене заштите повезани су кроз референални систем, којим се обезбјеђује континуирано и несметано кретање пацијента и информација кроз здравствени систем. Пут пацијента кроз референални систем прати одговарајућа медицинска документација, како од нижег ка вишем нивоу (упутница) тако и обратно (налаз и мишљење, отпусница). Референални систем треба осигурати да се на пацијенту не понављају дијагностичке процедуре, те омогућити здравственим

ЗЗЗ Црне Горе; Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 - OUSRH 70/12, 144/12 i 82/13), у даљем тексту ZZZ Hrvatske.

[204] Стаматовић М. et al., op.cit., стр. 96.

[205] Закон ЗЗЗ РС, чл. 2.

[206] Јашаревић С., *op. cit., стр*. 111.

[207] ЗЗО РС, чл. 7.

радницима да са вишег реферaлног нивоа добију организовану и континуирану помоћ и подршку.

С циљем разумијевања дефиниције здравствене заштите, потребно је разјаснити још појмове[208]: *систем здравствене заштите и здравствени систем. Систем здравствене заштите* представља здравствену инфраструктуру која обезбјеђује спектар програма и услуга и пружање здравствене заштите појединцима, породицама и заједници. *Здравствени систем* је скуп свих организација, појединаца и активности чија је примарна сврха промовисање, одржавање и унапређивање здравља становништва. Како се наводи, здравствени систем је специјализовани друштвени подсистем чија је основна сврха брига о биолошкој и психосоцијалној дисфункционалности човјека-појединца или ширих људских заједница[209]. Из ових дефиниција може се закључити да није ријеч о прокламацији као што је она у међународним декларацијама, него о гаранцији права на заштиту здравља чија је ближа садржина одређена посебним законима. Право на заштиту здравља треба схватити као субјективно право, које настаје рођењем, а престаје смрћу сваког лица. Оно је личне природе и не може се уступити другоме[210]. Достизање највећег нивоа здравља свих народа главни је дугорочни циљ СЗО и најважнији услов развоја ефикасног националног система здравствене заштите у свим земљама. Свако има право на стандард живота који обухвата здравље и добробит човјека и његове породице, храну, одијевање, смјештај и медицинску његу, као и употребу социјалне службе, право на сигурност за случај незапослености, болести, неспособности за рад, старости и слично[211].

Ако се пође од чињенице да је у нашим научним и стручним круговима, као и здравственом законодавству прихваћена савремена дефиниција концепције здравствене заштите и да је она уграђена у релевантне законске прописе којима се регулишу право на здравствену заштиту и начин њеног остваривања, могло би се закључити да наш систем здравствене заштите и здравственог осигурања највећим дијелом има карактеристике савременог система, какав је у скандинавским и другим развијеним земљама које су реформисале своје системе у духу савременог концепта здравља и здравствене заштите[212]. Најчешће се говори о нивоима здравствене заштите: ПЗЗ, секундарна и терцијарна здравствена заштита.

Примарна здравствена заштита – Са становишта ПЗЗ и глобалне стратегије, као и других докумената усвојених у том контексту, кључно мјесто има резолуција Скупштине СЗО усвојена на XXX засједању (WHO, 30/43, 1977), која за главни друштвени циљ сваке земље и СЗО поставља да се до 2000. године сваком грађанину свијета обезбиједи такав ниво здравља који ће му омогућити да води „социјално и економски продуктиван живот“. Послије усвајања те резолуције, Изврши одбор СЗО је највећи дио својих активности током те и наредих година посветио тражењу путева како да се она примијени у пракси.

---

[208] Ракић Северин, Антонић Даријана, *Основе здравственог менаџмента*, Паневропски Универзитет Апеирон, Бања Лука 2015. стр. 10.
[209] Летица Летица С., *op.cit.* (1989), стр. 192.
[210] Суџум Рајко, „Право на здравље и одговорност лекара“, *Радни односи и управљање*, бр. 11/2002, стр. 10.
[211] Duncan A. S., *Здравствени аспекти људских права*, превод Првуловић Т., *Здравствена заштита*, Београд, бр. 2/77, стр. 66, према: Bošković Z., (2007) стр. 38.
[212] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 99.

Термин ПЗЗ проистекао је из тих расправа и био прихватљив и за земље у развоју и за развијене земље. За земље у развоју ПЗЗ је имала значење почетка изградње комплексног система здравствене заштите и то тако да се прво покрије оно што је примарно, док у развијеним земљама тај термин има друго значење. Он је схваћен као потреба да се изврше реформе скупих, али недовољно ефикасних система, у којима је један од основних проблема била неједнакост становништва у остваривању здравствене заштите и претежно куративна оријентација здравствених служби. Термини као што су *основна здравствена заштита* или *локална здравствена заштита* нису прихваћени, јер је први ограничавао концепт поступне изградње комплексних система здравствене заштите, а други ју је сводио само на локалне услове[213].

Међународна конференција о ПЗЗ одржана је 1978. године у Алма-Ати[214] гдје је усвојена декларација у којој су дефинисани појам и суштина ПЗЗ у десет тачака. С обзиром на то да се често интерпретира само о питању једне тачке (у којој је дат садржај ПЗЗ), декларацију треба посматрати у цјелини, јер се без тога може добити погрешан утисак о њеној стварној вриједности. У циљевима *Здравља за све* – циљ 28, наводи се да ПЗЗ у свим земљама чланицама треба да задовољи основне потребе становништва, обезбјеђујући широки низ здравствено-промотивних куративних, рехабилитационих и помоћних услуга и активно подржавајући активности самопомоћи појединца, породица и група[215].

Стратегија примарне здравствене заштите Републике Српске[216], за основни стратешки циљ развој ПЗЗ, наводи модел породичне медицине који ће се базирати на пружању доступних, ефикасних, квалитетних и исплативих услуга, интервенција и програма.

Највећи дио стратешких циљева ПЗЗ је остварен или је њихова реализација у току. Истраживања здравља становништва РС (спроведена 2011. године) показала су низ позитивних резултата у многим областима здравствене заштите РС. Посебно се истиче

---

[213] *Ibidem,* стр. 100-109.

[214] Ова конференција је усвојила и препоруке које немају карактер заједнички прихваћених обавеза какав има декларација, али ипак могу корисно да послуже земљама у њиховим настојањима да унаприједе своје системе здравствене заштите и обезбиједе право мјесто и улогу ПЗЗ: међузависност здравља и развоја; партиципација заједнице у ПЗЗ; улога државних органа у ПЗЗ; координација између здравственог и других заинтересованих сектора; садржај ПЗЗ; свеобухватна примарна заштита на локалном нивоу; подршка ПЗЗ унутар националног система здравствене заштите; специјалне потребе вулнерабилних и високоризичних група; улога здравствених радника и сарадника у ПЗЗ; образовање здравствених радника и сарадника у ПЗЗ; стимулисање за рад у удаљеним и запостављеним подручјима; одговарајућа здравствена технологија; логистичка подршка и услови за ПЗЗ; есенцијални лијекови за ПЗЗ; администрација и менаџмент ПЗЗ; национална подршка ПЗЗ; техничка сарадња у ПЗЗ; међународна подршка ПЗЗ; улога СЗО и UNICEF-а у подршци ПЗЗ.

[215] Ови циљеви се могу постићи ако земље чланице: Промовишу и обезбједе превентивне и куративне медицинске услуге, укључујући дијагностику, лијечење, заштиту и рехабилитацију кроз локално организоване системе заштите; Установе групе у заједници које ће, уз техничку, финансијску, информациону и друге облике подршке, дјеловати и бити активни партнери у развоју ПЗЗ; Уклоне све финансијске, физичке и културне препрека за коришћење ПЗЗ; Појачају активни домет заједнице и сарадњу са другим секторима да би се постигло ефикасно коришћење здравствених услуга; Осигурају адекватан број квалификованих породичних љекара и сестара за службе ПЗЗ; Организују ПЗЗ на такав начин да се постигне интеграција услуга заснована на тимском раду здравствених радника; Обезбиједе ефикасну реферaлну службу и узајамно пружање техничке подршке на свим нивоима заштите.

[216] Види: Одлука о усвајању Стратегије примарне здравствене заштите у Републици Српској од 2006. до 2010. године („Службени гласник Републике Српске“ бр. 72/06).

висок ниво приступачности здравствених служби, нарочито породичном доктору и повећање броја превентивних услуга те учесталијем спровођену скрининга у здравственим установама ПЗЗ.

Секундарна и терцијарна здравствена заштита – почива на томе да болнице обезбјеђују економичну секундарну и терцијарну здравствену заштиту и да активно доприносе побољшању здравственог стања и задовољства пацијента[217]. Улога болница у систему здравства се прилагођава циљу да се болнички ресурси користе за лијечење и заштиту људи којима је потребна високоспецијализована услуга која може бити обезбијеђена само у одговарајућој институцији, гдје се високи квалитет и економичност заштите и лијечења постављају као кључни циљеви. У својој новој улози болнице стављају нагласак на континуитет лијечења и координације своје активности са службама које се баве дугорочном заштитом и са другим службама ПЗЗ. Оне могу активно подржати промоцију здравља и ПЗЗ. Могу подржати ПЗЗ, дајући им да користе њихове дијагностичке и терапијске службе (радиологија, патологија, физиотерапија и радна терапија) и осигуравајући пацијентима доступност ПЗЗ након отпуштања из болнице.[218] Болнице имају традиционалну улогу центара за истраживање, иновације и промоцију добре праксе. Ово се може проширити и на обезбјеђивање континуиране едукације за кадрове ПЗЗ, укључујући заједничко разматрање случајева и подршку истраживања у ПЗЗ. Значај технологије за болнице је веома наглашен, док су холистичка природа болести и потреба да се повеже болничка и ПЗЗ, а нарочито рехабилитација и праћење, често биле занемарене. Болнице обично нису настојале да одреде свој допринос здрављу заједнице којој припадају, или да прате ефекте својих активности на здравствено стање, квалитет живота или задовољство појединца. То се дјелимично дугује неодговарајућим информационим системима. Развој науке у болницама праћен је растом трошкова. То је још погоршано и очекивањима јавности да се у медицини стално иде напријед, растом броја услуга које се могу добити и стручним усавршавањем у тежњи ка перфекцији. Многе техничке иновације су општеприхваћене, мада су веома скупе а нема одговарајућег доказа о њиховој ефикасности. Треба настојати да се заустави потрошња скупих средстава а да се истовремено ефикасно и на прави начин задовоље потребе пацијената, одржи једнакост у третману, поштује медицинска етика и осигура интегрисана заштита. Скупе услуге више не би требало пружати, нарочити ако се

[217] Секундарна здравствена заштита обезбјеђује специјализовану здравствену заштиту, лијечење и рехабилитацију. Секундарни ниво здравствене заштите организује се тако да допуњује ПЗЗ и пружа јој организовану и континуирану помоћ и подршку. Терцијарна здравствена заштита обухвата најсложеније методе и поступке дијагностике, лијечења и рехабилитације која се не обезбјеђује на нивоу секундарне здравствене заштите, тако да допуњује секундарну здравствену заштиту и пружа јој организовану и континуирану помоћ и подршку.

[218] У циљевима *Здравље за све* – циљ 29 – болничка заштита се може постићи ако болнице активно подрже ПЗЗ у областима које им припадају: Концентришу се на специјализоване услуге које траже технологију и знање које се ефикасно може пружити само у институционалном окружењу; Процјене свој рад у смислу здравственог стања, квалитета живота, задовољства пацијента и доприноса у побољшању здравља у заједници; Прате поступке пријема и отпуштања што обезбјеђује ефикасне везе са ПЗЗ и другим службама у заједници и у складу с тим ојачавају информационе системе; Обезбјеђују адекватан број и одговарајућу структуру здравствених радника и менаџера; Организују заштиту на такав начин да се постигне интеграција служби које се базирају на тимском раду здравствених кадрова, Економично руководе кадровима, опремом, санитетским материјалом и објектима,
види: Циљеви здравља за све, *op.cit.*, стр. 137-138.

показало да оне не користе пацијенту, тако да би се средства умјесто тога могла утрошити у неки од доказаних начина заштите и лијечења. Нови тренд специјализоване медицинске праксе која јако зависи од модерне технологије, чини лијечење пацијента компликованим и тешким. Велика међузависност између клиничких јединица још више отежава одржавање традиционалне културе медицинске самодовољности и аутономије.[219]

Секундарна и терцијарна здравствена заштита подржавају ПЗЗ, тако што обезбјеђују дијагнозу, третман и рехабилитацију базирану на технологији. У већини држава чланица (ЕУ) секундарна и терцијарна здравствена заштита би требало да буду организованије на услузи ПЗЗ и подржавају је фокусирајући се на оне функције које ПЗЗ не може ефикасно извршити и на пацијенте које она не може на одговарајући начин клинички обрадити. Планирање установа за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у складу са принципом „регионализације“ становништва омогућава рационалнију употребу скупе технологије и искуства високообучених стручњака. Да би се рационализовала употреба секундарне и терцијарне здравствене заштите код упућивања пацијената мора се увести „политика супституције“ – ово ће довести до премјештања локалитета гдје се поставља дијагноза и пружа третман у друге објекте, поред конвенционалних болница и подјеле одговорности и обавеза између здравственог особља. Уобичајена тема је смањење броја пацијената који треба да остану у болници преко ноћи. Концепти *дневне болнице, болнице за краткотрајни смјештај* и *болнице без кревета* обухватају службе које нуде краткотрајну, амбулантну заштиту. Израз *болница у кући* се користи за опис услуга које пружају специјалне истурене болничке службе (нпр. за хроничне пацијенте на кућној дијализи) – треба редуковати велики број болничких кревета, али паралелно са увођењем политике супституције. Болнице у европској регији су на услузи и акутним и хроничним пацијентима, али ове двије категорије пацијената треба боље раздвојити да би се оптимизовала употреба ресурса и стручност особља. Поред трошкова за особље, текући болнички трошкови расту због трошкова за одржавање инфраструктуре, а и трошкови за безбједност опреме, одржавање постројења за отпад и осталих физичких и техничких објеката константно расту. Ово је још један разлог за супституцију употреба ових скупих објеката, у ПЗЗ, када је оправдано да се они користе у клиничком окружењу[220].

Стратегија за секундарну и терцијарну здравствену заштиту Републике Српске[221], је препознала сљедеће вриједности у будућем развоју болничког сектора: веће учешће и укључивање пацијената у процесе доношења битних одлука у вези са њиховим лијечењем; професионална одговорност за резултате пословања; континуирано учење и усавршавање; ефикасност и ефективност; континуирано унапређење квалитета; доступност квалитетних информација; хоризонтална комуникација; стимулисање и

[219] Већина земаља у региону (ЕУ) троши сада између 3 до 10% укупног националног производа за здравствену заштиту, од чега око ¾ иде на болничку заштиту. Напредак медицинске технологије омогућава данас сигурно и ефикасно лијечења различитих стања. Медицинска технологија се показала као успјешна, па су неке земље претјерале са њеним коришћењем. Циљеви здравља за све, *op.cit.*, стр. 138.
[220] *Ibidem*, стр. 124-125.
[221] Види: Закључак Владе Републике Српске о усвајању стратегије за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у Републици Српској за период 2007-2012 („Службени гласник Републике Српске“ бр. 72/07).

награђивање квалитетног рада; развијање концепта одговорности према заједници[222]. У смислу наведеног дефинисани су сљедећи стратешки циљеви: израда, усвајање и имплементација нове легислативе с циљем јаснијег позиционирања болничког сектора; успостављање централне функције управљања болничким сектором; успостављање ефикасног система пружања услуга; увођење система менаџмента и јачање управљачких капацитета; изградња и реконструкција болничких просторних капацитета; набавка и испорука нове медицинске опреме; развој, тестирање и увођење нових механизама плаћања; успостављање система планирања и управљања људским ресурсима; увођење и примјена стандарда квалитета с циљем унапређења, осигурања и контроле квалитета; увођење и примјена међународних рачуноводствених стандарда и међународних стандарда финансијског извјештавања; развој и имплементација болничког информационог система; развој и имплементација система мониторинга и евалуације.

3.6. Начела здравствене заштите

Историјски посматрано, основна начела на којима је почивала здравствена заштита у бившој Југославији представљају најбољи основ за развој рационалног, економичног и ефикасног процеса заштите здравља: начела приоритета ПЗЗ, јединствености и цјеловитости приступа у рјешавању здравствених проблема, сталности љекара, активној партиципацији корисника у свим облицима здравствене заштите и здравствене политике, начело планирања и самоуправног интегрисаног регулисања односа у здравственој заштити, итд. Та су начела данас општеприхваћена у политици СЗО, а полако се прихватају и у здравственој политици развијених земаља, чак и у некад радикално здравствено-технолошки оријентисаној здравственој политици САД[223]. Из претходно наведеног је видљиво да су начела здравствене заштите која су промовисана од СЗО, још у вријеме бивше СФРЈ била прихваћена и уграђена и у тадашњи здравствени систем. Упоредни преглед показује сличности и разлике законског регулисања начела здравствене заштите у окружењу. Основна начела пружања здравствена заштите су:

- начело свеобухватности здравствене заштите,
- начело континуираности здравствене заштите,
- начело доступности здравствене заштите,
- начело цјеловитог приступа у ПЗЗ и
- начело специјализованог приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити.

Начела провођење здравствене дјелатности су заједничка за све здравствене струке, јер наглашавају специфичности здравствене дјелатности у цјелини и наводе сљедеће[224]: начело о здравственој дјелатности као о дјелатности од посебног интереса; начело цјелине људског живота; начело хуманости заштите права пацијента; начело интегритета

[222] Основна намјера у реформи болничког сектора РС је да се имплементацијом различитих група активности почне са изградњом и развојем ефикасног, ефективног и одрживог болничког сектора оријентисаног ка пружању доступних, квалитетних и сигурних здравствених услуга свим становницима РС у складу са њиховим здравственим потребама.
[223] Letica Slaven, *Kriza i zdravstvo*, Stvarnost, Zagreb, 1984, str. 18.
[224] Babić T., Roksandić S., *op.cit.*, стр. 28-34.

здравствених радника; начело савјесног обављања здравствене дјелатности, начело адекватне, квалитетне и стручне здравствене услуге; начело законитости у обављању здравствене дјелатности, те начело чувања професионалне тајне.

У Закону о здравственој заштити Републике Србије утврђена су сљедећа начела здравствене заштите[225]: начело приступачности, начело правичности, начело свеобухватности, начело континуираности, начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите и начело ефикасности здравствене заштите.

У Закону о здравственој заштити Републике Црне Горе утврђена су сљедећа начела здравствене заштите[226]: начело свеобухватности, начело континуираности, начело доступности и цјеловитог приступа у ПЗЗ, те начело специјализованог приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити.

У Закону о здравственој заштити Републике Хрватске утврђена су сљедећа начела здравствене заштите[227]: начело свеобухватности, начело континуираности, начело доступности и цјеловитог приступа у ПЗЗ, те начело специјализираног приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити.

У Закону о здравственој заштити Федерације БиХ, утврђена су начела на којима се заснива систем здравства, а то су[228]: приступачност здравствене заштите; солидарност у здравственој заштити; свеобухватност здравствене заштите; континуираност здравствене заштите; специјализирани приступ здравственој заштити; стално унапређење квалитета здравствене заштите и ефикасност здравствене заштите.

Заједничка начела здравствене заштите у посматраним законима су: приступачност, свеобухватност и континуираност.

У односу на начела здравствене заштите из ЗЗЗ РС наведена су само она начела која наведени Закон у РС експлицитно не садржи:

- *Начело солидарности у здравственој заштити* које се остварује организацијом система здравственог осигурања у којем су сви грађани обухваћени здравственом заштитом и у коме се богати солидаришу са сиромашним, млади са старим, здрави са болесним и појединци са породицама;
- *Начело специјализованог приступа* које се осигурава организовањем и развијањем посебних специјализованих клиничких, јавно-здравствених достигнућа и знања, те њиховом примјеном у пракси. Ово начело афирмише се пружањем здравствених услуга у складу са развојем и достигнућима медицинске науке, те материјалним могућностима друштва у цјелини;
- *Начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите* које се остварује мјерама и активностима којима се у складу са савременим достигнућима медицинске науке и праксе повећавају могућности повољног исхода и смањивање

[225]ЗЗЗ Србије, чл. 19-24.
[226] ЗЗЗ Црне Горе, чл. 6.
[227] ZZZ Hrvatske чл. 12-16.
[228] Закон о здравственој заштити Федерације БиХ („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 46/10), у даљем тексту ЗЗЗ ФБиХ, чл. 18-25.

ризика и других нежељених посљедица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у цјелини. Овим начелом се потенцира значај стратешких циљева у реформама здравства Федерације БиХ, тј. управљање здравственим сектором са оријентацијом на квалитет. Квалитет се може мјерити не само код пружања здравствених услуга, него и у сегментима планирања, анализе, контроле, извјештавања, организације, координације и слично;

- *Начело ефикасности здравствене заштите* које се остварује постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе у здравству, односно, постизањем највишег нивоа здравствене заштите, уз рационално коришћење расположивих ресурса. То је посебно изражено у условима недостатка средстава за област здравства, као и изналажењу нових извора финансирања сектора здравства.

Ова начела се могу прихватити, иако нису прописана, јер су основа здравствене заштите и у законима РС. Здравствена заштита грађана РС спроводи се на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације, уз наглашавање да се здравствена заштита остварује без дискриминације по било ком основу[229]:

- *Једнакост у здравственој заштити* подразумијева да грађани са истим здравственим потребама остварују исти ниво здравствене заштите а грађани са различитим здравственим потребама остварују различит ниво здравствене заштите, у складу са одредбама овог закона и других прописа који регулишу ову област.
- *Доступност здравствене заштите* остварује се обезбјеђивањем здравствене заштите грађанима, која је физички, географски и економски доступна.
- *Свеобухватност здравствене заштите* на примарном нивоу остварује се пружањем здравствених услуга грађанима кроз рад тимова породичне медицине, без обзира на пол, године и болест.
- *Континуитет здравствене заштите* остварује се организацијом примарне здравствене заштите (ПЗЗ) успостављањем непрекидног праћења стања здравља грађана кроз сва животна доба.
- *Координација здравствене заштите* остварује се несметаним кретањем грађана кроз здравствени систем у којем се нивои здравствене заштите надопуњују један на други, а и међусобно ради постизања максималне ефикасности и ефективности.

Начела здравствене заштите су оквир и основ за изградњу и развој система здравствене заштите. Међутим, увијек се може поставити питање колико је правно успостављени здравствени систем поштовао прописана начела и ускладио систем здравствене заштите са законима о здравственој заштити и законима у области здравства. У том смислу, начела представљају идеалан циљ којем треба тежити, а да без обзира на постигнуто, никад не досади радити на њиховом остваривању, јер увијек може више и боље. Начело представља полазну замисао, главну поставку или неко основно убјеђење. Суштински, начело је основа из које потиче све што јесте. Оно се може дефинисати као правило које

[229] ЗЗЗ РС, чл. 11-16.

треба слиједити или као правило које је пожељно да се слиједи[230]. Остаје отворено питање колико су начела испоштована у законским рјешењима.

3.7. Право на здравствену заштиту

Право на здравствену заштиту прокламовано је послије II свјетског рата Општом декларацијом о људским правима из 1948. године[231]. Ова декларација садржи синтезу људских права у односима људских бића и државе, те један број економских, социјалних и културних права. Декларација почиње прокламацијом елементарног људског права да се сва људска бића рађају слободна и једнака у достојанству и правима.

СЗО у својим документима полази од тога да је здравствена заштита право. Резолуцијом усвојеном 1970. године на XXIII скупштини, СЗО прокламује да право на здравље представља основно људско право. Достизање највећег нивоа здравља свих народа је главни дугорочни циљ СЗО и најважнији је услов развоја ефикасног националног система здравствене заштите у свим земљама.

Свако је дужан да чува и унапређује своје здравље, нико не смије угрозити здравље других и свако је дужан пружити прву помоћ повријеђеном или болесном. Сваки режим здравствене заштите треба да омогући равноправан приступ здравственој заштити одговарајућег квалитета узимајући у обзир здравствене потребе и расположиве ресурсе (15.10.)[232]. Да је акцент стављен на остваривање права на здравствену заштиту у складу са законом, потврђују законске дефиниције права на здравствену заштиту у посматраним земљама у окружењу, а које су сличне и уједначене у садржају. Тако, у чл. 2. ЗЗО РС прописано је да су обавезним здравственим осигурањем обухваћени сви грађани Републике Српске и друга лица у складу са законом. ЗЗО РС дефинише здравствену заштиту као право да се захтијевају одређене здравствене услуге, као и право на здравствену заштиту у иностранству. Здравствена заштита као право даје овлашћење да се захтијева чињење које обухвата љекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи, право на слободан избор између више могућих облика медицинских интервенција, болничку здравствену заштиту, право на коришћење лијекова, право на ортопедска и друга помагала, примарну и специјалистичко-конзилијарну заштиту и право на здравствену заштиту у иностранству[233].

Закон о здравственој заштити ФБиХ[234] дефинише здравствену заштиту као систем друштвених, групних и индивидуалних мјера, услуга и активности за очување и унапређење здравља, спречавање болести, рано откривање болести, благовремено лијечење, те здравствену његу и рехабилитацију, као и премјену здравствених технологија. Свако лице има право на здравствену заштиту и на могућност остваривања

[230] Види: https://velikirecnik.com/2017/01/06/nacelo/, (3.5.2016).
[231]DUNCAN A. S., *Здравствени аспекти људских права*, превод Првуловић Т., *Здравствена заштита*, Београд, бр. 2/77, стр. 66, према: Bošković Z., (2007) стр. 38.
[232] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 257.
[233] Bošković Z., (2007) стр. 38.
[234] ЗЗЗ ФБиХ, чл. 2.

највишег могућег нивоа здравља, у складу са одредбама овог закона и Закона о здравственом осигурању, као и прописа донесених на основу ових закона.

У Закону о здравственој заштити Републике Србије прописано је да грађанин Републике Србије, као и друго лице које има пребивалиште у Републици, има право на здравствену заштиту, у складу са законом и дужност да чува и унапређује своје здравље и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине[235].

У Закону о здравственој заштити Републике Црне Горе прописано је да грађанин има право на здравствену заштиту, у складу са законом. Грађанин је дужан да се брине о свом здрављу. Нико не смије да угрози здравље других. Свако је дужан да, у границама својих знања и могућности, пружи прву помоћ повређеном или болесном[236]. У чл. 18. истог закона, права и дужности грађана у остваривању здравствене заштите прописано је да грађанин има право на једнакост у цјелокупном третману приликом остварења здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу и право на: слободан избор доктора медицине и доктора стоматологије; информисање и обавјештавање о свим питањима која се односе на његово здравље; самоодлучивање (слободан избор); накнаду штете која му је нанесена пружањем неодговарајуће здравствене заштите; друго стручно мишљење; одбијање да буде предмет научног испитивања и истраживања без своје сагласности или било ког другог прегледа или медицинског третмана који не служи његовом лијечењу; приватност и повјерљивост свих података који се односе на његово здравље; увид у медицинску документацију; самовољно напуштање здравствене установе; приговор; хитну медицинску помоћ; друга права у складу са посебним законом. Начин остваривања ових права уређује се посебним законом.

Закон о здравственој заштити Републике Хрватске прописује сљедеће[237]: Свака особа има право на здравствену заштиту и на могућност остварења највишег могућег нивоа здравља, у складу с одредбама овог закона и Закона о обвезном здравственом осигурању. Свака је особа обавезна бринути се о своме здрављу. Нико не смије угрозити здравље других. Свака особа је у хитним случајевима обавезна пружити прву помоћ, озлијеђеној или болесној особи и омогућити јој приступ до хитне медицинске помоћи. У остваривању здравствене заштите свака особа у складу с одредбама овога Закона и прописима обавезног здравственог осигурања има право на: једнакост у цјелокупном поступку остваривања здравствене заштите; слободан избор доктора медицине и доктора денталне медицине; здравствену услугу стандардизованог квалитета и једнаког садржаја; прву помоћ и хитну медицинску помоћ када јој је она потребна; одбијање лијечења од стране студената и одбијање свих других интервенција које би самостално обављали здравствени радници прије положеног стручног испита и добијеног одобрења за самосталан рад; одбијање прегледа и лијечења, осим у случају када би одбијањем угрозила здравље других, укључујући ту и право да током лијечења писаним путем затражи промјену доктора медицине, односно доктора денталне медицине из разлога

[235] ЗЗЗ Србије, чл. 3.
[236] ЗЗЗ Црне Горе, чл. 3.
[237] ZZZ Hrvatske, чл. 3, 22 и 23.

који не мора шире образлагати; прехрану у складу са својим свјетоназором за вријеме боравка у здравственој установи; обављање вјерских обреда за вријеме боравка у здравственој установи у за то предвиђеном простору; опремање у мртвачници у случају смрти, уз примјену вјерских, односно других обичаја у вези са исказивањем поштовања према умрлој особи. Приликом кориштења здравствене заштите особа остварује и права у складу са законом о заштити права пацијената. Свака особа дужна је своја права на здравствену заштиту користити у складу с одредбама овог закона и упутствима о лијечењу доктора медицине и доктора денталне медицине и лично је одговорна због непридржавања тих упутстава.

Право на здравствену заштиту није безусловно, јер претпоставља одређене услове који су утврђени одговарајућим правним прописима. Копаоничка школа природног права у свом раду у оквиру Сталне катедре право на живот, има секцију здравље, чиме се заправо на један посебан начин, интердисциплинарним расправама и рефератима, између осталог, доприноси и промоцији права на здравље и здравствену заштиту. То потврђује и Декларација Копаоничке школе природног права из 2002. године. Посебни одјељци овог документа посвећени су здрављу (тачка 15.1-15.11) и екологији (16.1)[238]. У одјељку који је посвећен екологији (тачка 16.1) тиче се здравља[239]:

- Свако има природно право на заштиту здравља, које одговара његовим потребама (15.1);
- Сваки режим здравствене заштите треба да омогући равноправан приступ здравственој заштити одговарајућег квалитета, узимајући у обзир здравствене потребе и расположиве ресурсе (15.10);
- Сваки човјек има право на здрав и продуктиван живот у складу са природом (16.1).

Декларација Копаоничке школе промовише право на здравствену заштиту као човјеково право. Истиче се да свако има право на здравствену заштиту (15.1). Правичност у здравственој заштити у овом документу схваћена је као једнака доступност (15.10). Тачка 16.1. проширује садржај од права на здравствену заштиту до права на здрав живот, имајући у виду еколошка питања којима се бави секција посвећена екологији. Види се да је у чл. 15.1. употријебљен израз *право на заштиту здравља* (као и у Уставу касније). У чл. 16.1. *право на здрав живот* практично има у виду *право на здравље*. Превенција је укључена чл. 15.2. а утицаји окружења на здравље – чл. 16.1. у секцији екологија. Као што се види, Копаоничка школа промовише здравствену заштиту као човјеково право. Осим тога, а с обзиром на то да је укључена превенција и узето је у обзир окружење, у Декларацији Копаоничке школе је дошао до изражаја шири приступ човјековом здрављу и друштвеном односу према њему – шири у односу на изоловане активности медицинске заштита и здравствене службе.

Право на здравствену заштиту подразумијева обавезу сваке државе да обезбиједи одговарајући ниво здравствене заштите за све своје грађане. Обим, садржај и начин

[238] Копаоничка школа природног права у свом раду у оквиру Сталне катедре право на живот има секцију здравље. Интердисциплинарним расправама и рефератима, поред осталог, доприноси се промоцији права на здравље и здравствену заштиту.
[239] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 257.

остваривања здравствене заштите у РС утврђује се у складу са законом који уређује област здравственог осигурања.

Најчешће се говори о четири нивоа заштите здравља, од којих је први непрофесионални или ниво лаичке заштите, који се још назива *самозаштита*, *самопомоћ* или *самолијечење*, а која се остварује у породици, без учешћа љекара и других здравствених радника, док остала три (примарни, секундарни и терцијални) представљају нивое професионалне заштите коју пружају медицински посленици и који се остварује у здравственим установама[240]. Постоји више дефиниција самозаштите или самолијечења, али је општеприхваћена дефиниција савјетодавне групе СЗО, по којој самозаштита представља: „Све оно што људи чине за себе, како би били здрави и очували своје здравље, спријечили обољење и суочили се са болешћу. На овом нивоу предузимају се мјере очувања здравља, унапређења здравља, превенције обољења. Овај концепт обухвата хигијену – општу и личну, исхрану, начин живота, факторе средине, социоекономске факторе, самодијагнозу и самомедикацију.“

Важно је истаћи посебне врсте здравствене заштите која су утврђене у ЗЗЗ РС[241], те хитну медицинска помоћ која се организује у дому здравља и хитни санитетски превоз[242]. По логици ствари, хитна медицинска помоћ морала би се обезбиједити сваком људском бићу које се налази на територији РС. Због тога, њено пружање и њена доступност спадају у најужи скуп (тешких) питања која се тичу остваривања права на здравље, односно здравствену заштиту.

Право на здравствену заштиту може бити угрожено уколико запослени у здравству ступе у штрајк. Заштита права радника и заштита права пацијената у остваривању здравстене заштите у РС регулисана је радним законодавством (Закон о раду, Закон о штрајку). С обзиром на то да је здравствена дјелатност дјелатност од општег интереса, гдје би прекид рада због природе посла могао да угрози живот и здравље људи или да се нанесе штета великих размјера, право на штрајк радника у здравстеним установама може се остварити ако се испуне и посебни услови утврђени Законом о штрајку. Ти посебни услови подразумијевају обавезу здравствене установе и штрајкачког одбора да се обезбиједи

[240] Види: Малетић Д., (2008), *op.cit.,* стр. 403-404.

[241]На нивоу Републике обезбјеђује се здравствена заштита под једнаким условима, популационим и нозолошким групама од посебног социјално-медицинског значаја. Наведена здравствена заштита обухвата: а) дјеца до навршених 15 година живота, школску дјецу и студенте до краја школовања а најкасније до 26. године живота у складу са законом, б) жене у вези са планирањем породице, као и току трудноће, порођаја и материнства до 12 мјесеци послије порођаја, ако другим законом није другачије уређено, г) лица старија од 65 година живота, д) лица са инвалидитетом, ђ) лица у стању менталне ретардације, е) незапослена лица пријављена организацији за запошљавање ако не остварују новчану накнаду према прописима о правима незапослених, ж) кориснике права из прописа који регулишу област права бораца, војних инвалида и породица бораца одбрамбено-отаџбинског рата и заштиту цивилних жртава рата, социјално угрожена лица у складу са посебним законом, з) лица која живе са HIV инфекцијом или која болују од AIDS-а или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, и) лица која болују од малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психоза, епилепсија, мултипле склерозе, цистичне фиброзе, реуматске грознице, ј) лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, к) обољела односно повријеђена лица којима се пружа хитна медицинска помоћ, л) лица у вези са давањем и примањем људских органа, ткива и ћелија, љ) лица обољела од ријетких болести које утврђује институт за јавно здравство, м) лица у стању вигилне коме независно од тачке л); ЗЗЗ РС, чл. 8.

[242]ЗЗЗ РС, чл. 55.

минимум процеса рада који обезбјеђују сигурност људи и имовине и незамјењив су услов живота и рада грађана. У здравственим установа општим актом су прописани ближи услови за минимум процеса рада за вријеме штрајка. За остваривање права на здравствену заштиту закон прописује да се обезбиједи конитунуитет у пружању здравствених услуга. [243]

Између појединих региона у РС постоје евидентне разлике у погледу детерминанти које утичу на здравствено стање становништва, а тиме и на остваривање права на здравствену заштиту: различита је економска активност и заступљеност појединих дјелатности, регионалне разлике у нивоу економске развијености, велики број људи који немају стално запослење, недовољна заштита потрошача прехрамбених производа и пића, монополске цијене и друга дешавања на тржишту фармацеутских производа, неравномјерна дистрибуција здравствених капацитета и здравственог персонала и др.

Протржишно усмјерене промјене у здравственом сектору не слиједе промоцију права на здравље и здравствену заштиту. Оне слиједе другу идеју да о свом здрављу појединац треба да се побрине сâм и да уколико се разболи треба, прије свега, да рачуна на лијечење које може да обезбиједи сопственим средствима. Приватизација у здравству доводи до паралелизма у здравственом систему, гдје доступност услуга приватног сектора зависи од пацијентових могућности да плаћа услуге. Протржишно усмјеравање здравства је неуспјело и као пријетња за сада је избјегнуто. Међутим остају друге пријетње чије су посљедице сличне а утичу на остваривање права на здравствену заштиту – незванично плаћање у јавном здравственом сектору и листе чекања. Најбољи начин да се то избјегне је промоција права на здравствену заштиту уз гарантовање опште доступности здравствених услуга и ослонац на солидарност и колективне методе финансирања здравствене заштите[244].

Правичност у здравственој заштити подразумијева једнако здравље свих људи, али у ограничењима која намећу случајеви повреде и немоћ пред биолошким факторима од којих здравље зависи. Прихватајући полазиште да свако има право на здравствену заштиту, економском анализом треба утврдити оквир у којем може да се креће обим здравствене потрошње. Обезбјеђење равноправног приступа здравственој заштити подразумијева, између осталог, и усавршавање процеса управљања здравственим системом[245].

3.8. Остваривање здравствене заштите

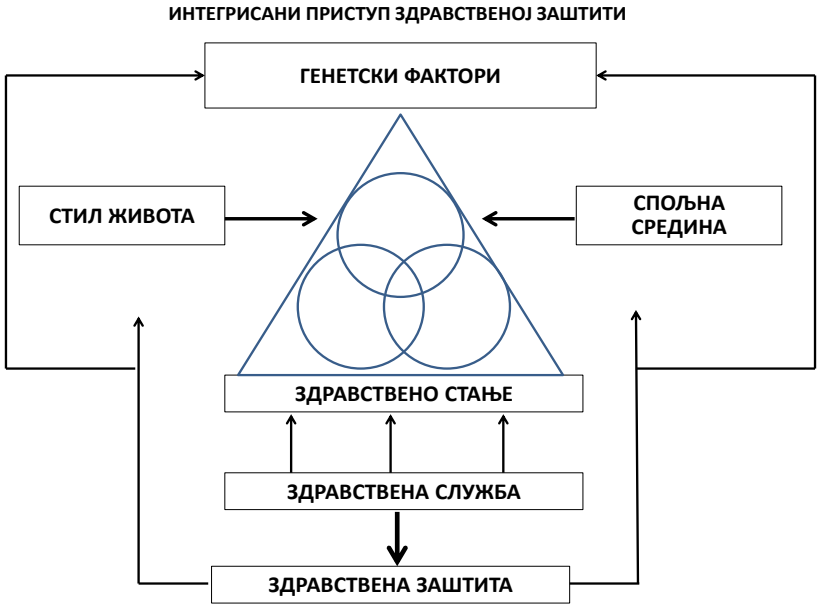
У литератури се често среће израз *коришћење* здравствене заштите. Тај израз има своје значење и не треба га мијешати са изразом *остваривање* здравствене заштите. Пошто здравствена заштита укључује и мјере у односу на животну средину, израз остваривање се користи у том контексту а коришћење када се ради о мјерама које се предузимају у односу на појединца. Постоје двије врсте здравствених служби: једна се бави

[243] За остваривање права на штрајк у дјелатностима од општег интереса види: Закон о штрајку, („Службени гласник Републике Српске“, бр. 111/08).
[244] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 262-264.
[245] *Ibidem,* стр. 258.

проблемима у вези са животном средином, а друга индивидуалном здравственом заштитом. Термин *коришћење* здравствене заштите више одговара за појединачни приступ, а термин *остваривање* здравствене заштите за свеукупне активности, односно и оне усмјерене на животну средину и на индивидуални третман[246].

Служба која се бави здравственом заштитом појединаца укључује односе између љекара, других здравствених радника и појединаца који захтијевају њихове услуге, без обзира на то да ли се ради о превентивним, куративним или рехабилитационим услугама. У остваривању здравствене заштите здравствена служба има велики значај, али у томе није усамљена. Међутим, она сама не може битно утицати на промјену здравственог стања становништва уколико изостану друге мјере које нису у компетенцији здравствене службе, али су здравствено релевантне (исхрана, водоснабдијевање, образовање, услови рада, становање и друго). Колики је удио здравствене службе може се видјети из шеме (графикон 3), на којој је приказана улога здравствене службе у склопу интегрисаног програма.

Здравствено стање представља троугао у којем су три круга који се дијелом преклапају, а који представљају утицај генетских фактора, стила живота и фактора спољне средине. Засјенчени простор у којем се преплићу кругови представља могућност утицаја здравствене службе. Интересантна је процјена да је допринос медицинских услуга добро развијеног здравственог система на побољшање здравља становништва свега 10%, а остатак је резултат рада других сектора[247].



Графикон 3 – *Шематски приказ улоге здравствене службе у склопу интегрисаног програма*

[246] Стаматовић М. *et al., op.cit.,* стр. 140-141.

[247] Политика унапређења здравља становништва Републике Српске до 2020. године, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Бања Лука, 2012. стр. 12-13, Одлука о усвајању Политике унапређивања здравља становништва Републике Српске до 2020. године („Службени гласник Републике Српске“ бр. 92/12).

Скупштина УН усвојила је резолуцију којом је изражен међусобни утицај здравља и социјално-економског развоја, а што показује да на остваривање здравствене заштите, поред здравствене службе, утичу бројни фактори. Један од основних принципа здравствене заштите је да се првенствено остварује тамо гдје људи живе и раде. Такав приступ води ка интеграцији свих фактора у једној заједници који могу утицати на здравље становништва. Што је приступ комплекснији и што је степен ангажовања свих заинтересованих фактора већи, то ће и резултати у погледу побољшања здравственог стања становништва бити већи[248]. Не постоје јединствени индикатори којима би се изразило остваривање здравствене заштите. Увид у њено остваривање може се добити на основу већег броја података који се односе на:

- здравствену политику,
- материјалне и кадровске ресурсе и на
- квалитет и ефикасност служби које учествују у њеном остваривању.

Здравствена политика изражава став државних органа једне земље у односу на мјесто и улогу система здравствене заштите у друштву[249]. Држава утврђује здравствену политику, њене циљеве и мјере, а здравствене установе и здравствени радници, као и здравствено осигурање, обавезни су да је спроводе. Успјех здравствене службе и здравственог осигурања се оцјењује на основу резултата у остваривању здравствене политике. Главни циљ здравствене политике већине земаља је продужење живота и побољшање здравственог стања становништва.

Ресурси за остваривање здравствене заштите – Остваривање здравствене заштите зависи од материјалних средстава која стоје на располагању, од броја и одговарајуће распоређености здравствених радника, од здравствених услова и учешћа других релевантних служби. Међутим, није довољно да постоје одређене средства, кадрови и одговарајући услови за рад. Остваривање здравствене заштите у великој мјери зависи и од ефикасности коришћења расположивих ресурса. Постоји више начина да се изразе финансијски ресурси здравствене заштите[250].

Остваривање здравствене заштите у великој мјери зависи и од начина утрошка расположивих средстава. У земљама које немају развијену мрежу установа за ПЗЗ и гдје се највећи број захтјева за здравственом заштитом остварује преко специјалистичких служби и болница, велики дио становништва не користи здравствену заштиту у потребној мјери. Не предузимају се мјере превенције и раног откривања болести, тако да највећи дио средстава одлази на скупа испитивања и лијечења, од чега има користи

---

[248] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 140.

[249] Здравствена политика утврђује: дугорочне циљеве у смислу побољшања здравственог стања становништва и мјере за остваривање тих циљева, материјалне и друге ресурсе за функционисање система здравствене заштите и начин њиховог коришћења. Према глобалној стратегији *Здравље за све* до 2000. године, националне здравствене политике треба да садрже најмање сљедеће: формулацију националне стратегије; једнакост у остваривању права на здравствену заштиту; развој здравствене заштите на принципима ПЗЗ; унапређивање менаџмента у области здравствене заштите; укључивање заједнице у рјешавање здравствених проблема и подршка законодавства. *Ibidem,* стр. 141-142.

[250] Глобално исказивање укупне масе средстава има интерни значај и представља буџетску категорију. Учешће здравствене заштите у друштвеном производу не изражава само квантитативно та средства, него и какав је однос друштва према тој области. Најбољи начин је свакако исказивање трошкова за здравствену заштиту по становнику, *Ibidem,* стр. 147.

појединац, али на рачун запостављања здравственог стања у цјелини. У том смислу, мјесто остваривања здравствене заштите има велики значај[251]. Један од основних услова за што потпуније остваривање здравствене заштите јесте равномјерно распоређена мрежа институција, преко којих се остварује први контакт са здравственим системом (ПЗЗ). Подједнаку приступачност тим институцијама је много лакше обезбиједити, јер не захтијевају велика инвестициона улагања. Ефикасан референални систем од ПЗЗ до високоспецијализованих здравствених установа је неопходан услов за остваривање здравствене заштите.

Обухватност становништва здравственим осигурањем је такође важан фактор за остваривање здравствене заштите. У том смислу пресудан значај у остваривању здравствене заштите имају обим средстава и начин њихове дистрибуције. Најповољније ефекте би имала дистрибуција средстава која би била усклађена са потребама. Балансиран однос између потреба и средстава би остварио најбоље резултате[252].

Ресурси здравствених кадрова и здравствених установа - У једном периоду је владало увјерење да се унапређивање здравственог стања становништва може остварити обезбјеђењем што већег броја здравствених радника и болничких капацитета. Наиме, што мањи број становника на једног љекара и што више болничких постеља на одређени број становника, сматрани су и престижом[253].

Многе земље су идентификовале развој кадровских ресурса као важан приоритет. То је довело да веома убрзаног раста броја љекара и других здравствених радника. Проблем са којим се данас већина земаља суочава није број, него њихова неодговарајућа дистрибуција, која се испољава у сљедећим проблемима[254]:

- презасићеност или оскудица кадрова, зависно од подручја рада (урбана, рурална, ПЗЗ, специјалистичка служба, болница);
- мала продуктивност због лоших услова рада, недовољна мотивације и слично. Од укупних средстава за здравствену заштиту на плате љекара и других здравствених радника троши се око 80% (у развијеним земљама мање, а у земљама у развоју више)[255]. Ако се овоме додају огромна средства за школовање (љекари се у просјеку оспособљавају за самосталан рад 8-10 година), схватиће се значај планирања и одговарајућег коришћења здравствених кадрова;
- број болничких постеља такође се веома разликује[256];

[251] *Ibidem,* стр. 148.
[252] *Ibidem,* стр. 149.
[253] Таква заблуда се најдуже одржала у бившим социјалистичким земљама средње и источне Европе. Само здравствена инфраструктура и број здравствених радника не могу имати превасходан утицај на здравствено стање становништва, ако не постоје и други услови везани за друштвени производ, ниво здравствене потрошње и друго, *Ibidem,* стр. 150-152.
[254] *Ibidem,* стр. 151-152.
[255]Укупна издвајања за примања особља у јавним здравственим установама Републике Српске у 2009. години износила су 245 мил КМ. У односу на укупне приходе које су здравствене установе остариле у 2009. години (око 378 мил КМ), ова издвајања износе 65% (просјечно 79% на примарном нивоу и 55% на секундарном и терцијарном нивоу), према: Ракић С., Антонић Д., *op.cit.,* стр. 146.
[256] У свијету у просјеку на 1.000 становника долази 3,6 болничких постеља. Велика Британија има 6,3, Холандија 5,9, Норвешка 4,8, Србија 4,8 постеља на 1.000 становника. Генерално, раст трошкова за здравствену заштиту треба смјестити у оквире раста друштвеног производа, према: *Ibidem,* стр. 146.

- служба која се бави здравственом заштитом појединаца укључује односе између љекара, других здравствених радника и појединаца који захтијевају њихове услуге, без обзира на то да ли се ради о превентивним, куративним или рехабилитационим услугама.

Претјерана медикализација је појам који означава претјерану, некритичку употребу средстава дијагностике и лијечења, која је потпуно потиснула традиционални контакт љекар-пацијент, а која се не среће само у болничким, него и у специјалистичким поликлиничким институцијама. Такав амбијент је далеко од реалног живота у заједници и ствара лажну представу будућим љекарима о свемоћи технике[257].

С обзиром на евидентне позитивне и негативне стране „нових врхунских технологија“, увијек се треба поставити питање колико оне стварно доприносе, како здрављу цјелокупног становништва, тако и здравственом систему у цјелини. Позитивним промјенама су највише допринијели сами грађани, мијењајући лоше навике, те ПЗЗ редукујући ризичне факторе, односно откривање болести у раним фазама.

Остваривање здравствене заштите која се гарантује грађанима у виду доступних здравствених услуга, које су квалитетне, безбједне, ефикасне, ефективне, засноване на научним доказима и у складу са начелима професионалне етике, у вези је са економским изворима, механизмима мобилизације и методима дистрибуције ресурса који ће омогућити остваривање права на здравствену заштиту[258]. За разлику од грађанских и политичких, па и неких економских, социјалних и културних права, обезбјеђење здравствене заштите повезано је са високим трошковима. Финансирање здравствених потреба је највећи економски проблем модерних, развијених економија и највећи изазов у изградњи економске, па и укупне политике друштвеног развоја. Око здравља и здравствене заштите исплео се конфликт који одражава огромне супротности између жеље свих да живе здраво и друго – правила која регулишу расподјелу плодова економског развоја. За сада се не виде модели финансирања здравства који би без знатне корективне улоге државе омогућили задовољавајуће функционисање система. Осим тога, она треба да обезбиједи и сигурност за пацијента који је неинформисан о појединим услугама и љекарима. Остваривања права на здравствену заштиту и тежња да се ресурси користе ефикасно могу постати конфликтни циљеви па је често нужно правити компромисе. Остварење циљева здравствене политике, као што су доступност и правичност, може доћи у конфликт са економским принципом ефикасне употребе ресурса. Ипак, треба водити рачуна да се у име економске ефикасности не претјера и да се здравствена служба не концентрише у већим градовима без потребе[259].

---

[257]Искуства неразвијених земаља показала су да највиша технологија, сем што је осиромашила здравствену службу, у цјелини није допринијела промјенама, односно побољшању здравственог стања становништва, види: Стаматовић М. *et al., op.cit*., стр. 202.

[258] Оно што додатно оптерећује финансирање здравствене заштите јесте неизвјесност будућих околности (епидемије, нове болести и слично) на које знатан утицај имају и резултати медицинске науке. Поједина открића (вакцине, антибиотици и други) брзо су стизала до масовне примјене, али је данас тешко предвидјети да ли ће будући напредак науке у лијечењу тешких обољења бити примјењив на најширем плану.

[259] Типичан примјер јесте тежња да се постигне правичност у географском смислу градњом субоптималних, недовољно искоришћених капацитета. Нижи трошкови здравствене услуге могу се

Постоји несагласност око питања функционисања здравственог система и односа приватног и јавног у здравственој заштити становништва, као и различити приједлози за промјену постојећег стања. Узрок неслагања је управо различито схватање оног што би у здравственој заштити требало да се сматра правичним. Различито виђење улоге, приватног или општег интереса води до оштрих полемика у којима се износе ставови појединих интересних група и приједлози за увођење промјена. Однос приватног и јавног у здравственој заштити неодвојив је од других проблема финансирања здравствене заштите. Проблем дефинисања јавног и приватног интереса у здравственој заштити налази се у прецизнијем одређивању улоге власти. Међутим, када је здравствена заштита у питању показало се да је тешко разграничити приватни и јавни интерес.

У државама бивше СФРЈ, постојало је настојање да се избјегну директне обавезе државе у здравству које су раније постојале. Уз то се јављају и потребе да се дефинише мјесто приватног сектора у здравственом систему[260]. Здравствени систем се разликује у државама ЕУ, али има и много заједничких карактеристика[261].

О заштити здравља људи брину се два велика система: здравствено осигурање и здравствена заштита, који се налазе у међусобном односу. Здравствена заштита је шира од здравственог осигурања, јер се односи и на особе које нису осигураници и на социјалне случајеве и стања социјалне потребе која нису унапријед правно одређена. Кад здравствена заштита покрива таква стања, она је дио или подврста система социјалне заштите и под одређеним условима система социјалне сигурности. Али, ако се здравственом заштитом покривају само правно унапријед одређени социјални случајеви, може се са сигурношћу рећи да је оно дио здравственог осигурања[262].

постићи ако се она пружа на једном мјесту за шири круг корисника. При планирању капацитета намијењених пружању здравствених услуга које почивају на примјени високе технологије, треба да се у обзир узму и економски разлози. У оскудици ресурса, важно је избјећи стварање паралелних служби (дуплирање капацитета) чему теже региони. Ако је здравствени систем децентрализован, а сарадња појединих региона слаба, склоност ка умножавању служби и градњи субоптималних капацитета постаје изражена, Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 112-114.

[260] И у Србији се разним поводима покреће питање односа приватног и државног здравства. Иницијатива долази од приватног здравства и обично је усмјерена на увођење промјена уз помоћ којих би се проширило подручје дјеловања приватног капитала, осигурали његови економски интереси и обезбиједио приступ ресурсима који се сада налазе у систему државног здравства. Без обзира на то да ли је критика у свему оправдана или не, треба имати у виду да нека алтернативна рјешења која се понекад предлажу, као нпр., идеја о *бизнис у медицини*, приватизација ПЗЗ, приватно здравствено осигурање, осигурање за случај љекарске грешке и слично – заслужују такође, и то критику унапријед, пошто та рјешења нису, или нису до краја провјерена. Већ има довољно доказа које пружа међународно искуство, да њихова примјена не рјешава проблем финансирања здравствене заштите. Шолак З., *op.cit.* стр. 116.

[261] Главна улога институција ЕУ у систему здравствене заштите је дефинисање приоритета у здравству, главна питања у том смислу су: доступност здравствене заштите, квалитет, ефикасност, трошкови и начин финансирања, као и поузданост овог система. Систем здравствене заштите у ЕУ дијели заједничке циљеве који се тичу једнаког и пуног приступа примарном систему здравствене заштите. Приоритети заштите јавног здравља у ЕУ тренутно су социјални фактори и здравље, старење популације, ментално здравље, заштита животне околине, здрава исхрана, безбједност хране, алкохол, пушење, дрога, као и борба против инфективних болести и биолошког тероризма. Жарковић Јелена, „Здравствена заштита и здравствено осигурање у светлу хармонизације са правом ЕУ“, *Правни живот,* бр. 9/2005. стр. 525.

[262] Bošković Z., (2007) стр. 37.

Систем здравствене заштите у Републици Српској је централизован, а кровна институција здравственог система је МЗСЗ РС. Здравствене установе у РС дијеле се на установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите[263].

РС се налази у друштвеној и економској транзицији већ више од 20 година. У протеклим годинама, које су карактеристичне по интензивним социјалним реформама, здравствени систем РС је био изложен многим изазовима. Несклад између здравствених потреба и реалних финансијских могућности је захтијевао, у склопу економског развоја и стабилизације Републике, преиспитивање одређених системских рјешења. Преиспитивање се спроводи у сврху максималног прилагођавања степену економског развоја, да би и систем здравствене заштите био у могућности да допринесе економској и социјалној стабилизацији и развоју Републике. У том смислу, МЗСЗ и Влада РС покренули су у послијератном периоду реформе у здравственом сектору с циљем повећања ефикасности сектора, јачања финансијске одрживости и побољшања квалитета здравствене заштите.

У ЗЗЗ РС је дат правни оквир у којем се остварује здравствена заштита и прокламовано је начело према којем је здравствена дјелатност од општег интереса за Републику. Организовањем и спровођењем здравствене заштите остварује се уставно начело према којем је зајамчено право на здравствену заштиту сваком грађанину у складу са законом[264]. Здравствена заштита обезбјеђује се на нивоу Републике, јединице локалне самоуправе и послодавца, предузимањем специфичних активности на промоцији здравља, превенцији и лијечењу болести и стања, рехабилитацији обољелих и повријеђених, обезбјеђењу лијекова и медицинских средстава, заштити животне и радне средине и друге специфичне активности[265].

Обезбјеђење здравствене заштите на нивоу Републике заснива се на елементима економске, социјалне и здравствене политике којима се стварају услови за спровођење здравствене заштите, усклађивањем дјеловања и развоја система здравствене заштите и то: успостављање приоритета, планирање, доношење стратегија и програма за спровођење здравствене заштите, као и доношење прописа у овој области; надзор над радом здравствених установа; спровођење пореске и економске политике којима се подстиче одрживост и развој здравственог система; обезбјеђење услова за здравствену едукацију становништва; обезбјеђивање услова за развој интегрисаног здравственог информационог система у Републици; развој научно-истраживачке дјелатности у области здравствене заштите; обезбјеђивање услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника; оснивање здравствених установа од интереса за Републику; обезбјеђивање средстава за изградњу и опремање здравствених

[263] На секундарном и терцијарном нивоу има укупно 18 установа: УКЦ Бања Лука и девет болница секундарног нивоа здравствене заштите: Приједор, Градишка, Добој, Бијељина, Зворник, Требиње, Невесиње, Источно Сарајево и Фоча; Завод за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ Бања Лука, Психијатријска клиника Соколац, Институт за физикалну медицину, рехабилитацију и балнеоклиматологију Мљечаница; Болница за хроничну психијатрију Модрича, Завод за медицину рада и спорта, Завод за судску медицину, Завод за трансфузијску медицину, Завод за стоматологију, Завод за форензичку психијатрију, Институт за јавно здравство Републике Српске.
[264]Устав Републике Српске, чл. 37.
[265]ЗЗЗ РС, чл. 6.

установа, као и континуирано одржавање објеката и опреме за здравствене установе чији је оснивач Република; обезбјеђивање здравствене заштите лица која се налазе у притвору и на издржавању казне затвора; обавјештавање грађана у вези са заштитом здравља у случају избијања епидемија, елементарних и других непогода и ванредних прилика; превенција и отклањање здравствених посљедица проузрокованих епидемијама, елементарним и другим непогодама и ванредним приликама у сарадњи са другим надлежним институцијама; подстицање активности на омасовљењу добровољног давања крви и спровођења програма прикупљања крви као и давања и примања органа и ткива за пресађивање; спровођење специфичних активности на заштити и очувању животне средине и праћење и примјена међународних здравствених прописа чија је сврха побољшавање праћења и одговора на међународне јавно- здравствене пријетње[266].

Обезбјеђење здравствене заштите на нивоу локалне самоуправе обухвата активности за спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији локалне самоуправе и то: праћење рада здравствених установа на примарном нивоу здравствене заштите; предлаже план мреже здравствених установа које доставља министарству; обезбјеђивање услова за мултисекторску сарадњу; спровођење специфичних активности на заштити и очувању животне средине; обезбјеђивање средстава за суфинансирање програма и пројеката здравствене заштите од интереса за локалну самоуправу; суфинансирање изградње и опремања здравствених установа, као и обезбјеђење средстава за континуирано одржавање објеката и опреме; обнављање и набавка нове опреме за здравствене установе чији је оснивач; обезбјеђивање средстава за здравствено осигурање социјално угрожених лица у складу са посебним законом; превенцију и отклањање здравствених посљедица проузрокованих епидемијама, елементарним и другим непогодама и ванредним приликама у сарадњи са другим надлежним институцијама; обезбјеђивање мртвозорства; локална самоуправа у буџету обезбјеђује додатна средстава за остваривање здравствене заштите која су преко утврђених вриједности стандарда и норматива из обавезног здравственог осигурања[267].

Послодавац обезбјеђује заштиту здравља запослених у складу са прописима који регулишу област заштите на раду[268]. Законом о заштити на раду уређује се заштита и здравље на раду као дјелатност од општег интереса, утврђују се носиоци спровођења и унапређивања безбједности и здравља на раду, њихова права, обавезе и одговорност, превентивне мјере, као и друга питања која се односе на предмет овог закона.[269] Заштита и здравље на раду је обезбјеђивање услова на раду којима се у највећој могућој мјери смањују повреде на раду, професионална обољења и обољења у вези да радом и који стварају претпоставку за пуно физичко, психичко и социјално благостање радника. У том смислу, превентивне мјере се предузимају и планирају на свим нивоима рада код послодавца, ради спречавања повређивања и оштећења здравља радника. Економско-социјални савјет оснива Одбор за заштиту и здравље на раду РС који систематски прати стање заштите и здравља на раду, утврђује, предлаже, води и повремено преиспитује

[266]ЗЗЗ РС, чл. 7.
[267] ЗЗЗ РС, чл. 9.
[268] ЗЗЗ РС, чл. 10.
[269] Закон о заштити на раду („Службени гласник Републике Српске“, бр. 1/08 и 13/10).

политику заштите и здравља на раду и подстиче рад на усклађивању законодавства, у сврху унапређивања мјера заштите и здравља на раду. Послодавац је дужан да обезбиједу раднику рад на радном мјесту и у радној средини у којима су спроведене мјере заштите и здравља на раду и одговоран је за непримјењивање тих мјера. Право и дужност радника је да се прије почетка рада упозна са мјерама заштите и здравља на раду на пословима или радном мјесту на које је одређен, као и да је оспособљен за њихово спровођење. Закон о раду[270] уређује општи оквир прописа о заштити на раду. Послодавац је дужан да омогући раднику да се упозна са прописима о радним односима и прописима о заштити на раду, укључујући и права и обавезе које произлазе из општег акта. У пракси, сваки послодавац је обавезан да донесе општи акт којим ближе уређује мјере и средства заштите на раду.

Здравствена дјелатност је у функцији остваривања здравствене заштите, а обавља се у јавним и приватним здравственим установама, по медицинској доктрини и уз употребу медицинске технологије. Здравствену дјелатност обављају здравствени радници и здравствени сарадници, под условима и на начин прописан ЗЗЗ РС и прописима донесеним на основу њега.

Ниво ПЗЗ обухвата: активности на промоцији здравља; здравствену едукацију грађана о најчешћим здравственим проблемима, методама њихове идентификације и контроле; превенцију, дијагностику, лијечење, његу и рехабилитацију болести, повреда и стања; хитну медицинску помоћ; откривање и редукцију фактора ризика масовних незаразних болести; превентивну, дјечију и општу стоматологију и ортопедију вилице; заштиту и унапређење менталног здравља; рехабилитацију у заједници; имунизацију против заразних болести; лијечење и његу у кући; заштиту здравља жена и дјеце; хитни санитетски превоз; обезбјеђивање лијекова и медицинских средстава; хигијенско епидемиолошке послове; послове лабораторије (хематологија, биохемија и стоматологија); послове дијагностике (класична, конвенционална, рендген и ултразвучна дијагностика и мамографија); те врши оцјењивање опште здравствене способности за раднике на радним мјестима на којима нису присутни професионални ризици[271].

Секундарни ниво здравствене заштите обезбјеђује специјализовану здравствену заштиту која обухвата сложене методе и поступке дијагностике, лијечења и рехабилитације. На овом нивоу спроводи се примарна, секундарна и терцијарна превенција болести и стања.

Терцијарни ниво здравствене заштите обезбјеђује високо специјализовану здравствену заштиту која се не обезбјеђује на нивоу секундарне здравствене заштите[272].

---

[270] ЗОР РС чл. 96-101.

[271] Примарни ниво здравствене заштите обезбјеђује се у сљедећим здравственим установама: амбулантама за лијечење, здравствену његу и рехабилитацију, специјалистичким амбулантама породичне медицине, стоматолошком амбулантама, домовима здравља, специјалистичким центрима, домовима за здравствену његу и апотекама, ЗЗЗ РС, чл. 36.

[272] Терцијарни ниво здравствене заштите остварује се путем специјалистичке амбуланте, специјалистичког центра, специјалне болнице, завода, болнице и клиничког центра. Такође, на терцијарном нивоу здравствене заштите спроводи се примарна, секундарна и терцијарна превенција болести и стања, ЗЗЗ РС, чл. 38.

Здравствене установе – Здравствена установа може се основати као јавна или приватна здравствена установа која почиње са радом ако испуњава услове у погледу простора, кадра и опреме и уписује се као правно лице у регистар здравствених установа који води министарство. Република оснива: болницу, специјалну болницу, клинички центар, завод, институт за јавно здравство, банку биолошког материјала и банку матичних ћелија. Локална самоуправа оснива дом здравља, а може да оснује: амбуланту за лијечење, здравствену његу и рехабилитацију; специјалистичку амбуланту породичне медицине; специјалистичку амбуланту; стоматолошку амбуланту; апотеку и дом за здравствену његу[273].

Правно, привредно и физичко лице може основати приватну здравствену установу, која може да буде: амбуланта за лијечење, здравствену његу и рехабилитацију; специјалистичка амбуланта породичне медицине; специјалистичка амбуланта; стоматолошка амбуланта; апотека; специјалистички центар; болница; специјална болница; дом за здравствену његу; лабораторија и банка матичних ћелија[274]. Правна, привредна или физичка лица могу обављати здравствену дјелатност кад министарство утврди да испуњавају прописане услове за обављање здравствене дјелатности. Јавна и приватна здравствена установа оснивају се под једнаким условима.

У приватним здравственим установама не могу се пружати здравствене услуге из сљедећих области[275]: трансплантације, трансфузијске медицине; судске медицине; социјалне медицине; хигијене; епидемиологије; хитне медицинске помоћи; обдукције и утврђивање узрока смрти; форензичке психијатрије; цитогенетике, осим узимања узорка; микробиологије, осим узимања узорка.

Прописано је да је јавно здравство посебан облик заштите становништва који подразумијева организовану и свеобухватну активност друштва ради очувања физичког и менталног здравља, односно очувања животне средине, као и сузбијање фактора ризика за настанак болести и повреда, која се остварује примјеном здравствених технологија и мјерама које су намијењене промоцији здравља, превенцији болести и побољшању квалитета живота[276]. Јавно здравство обухвата научно поље превентивне медицинске науке, укључујући хигијену, епидемиологију, микробиологију, социјалну медицину, здравствену екологију, здравствену статистику, промоцију здравља и превенцију болести. У складу са законом постоје сљедеће врсте здравствених установа[277]: амбуланта за лијечење, здравствену његу и рехабилитацију; специјалистичка амбуланта породичне медицине; специјалистичка амбуланта; стоматолошка амбуланта; дом здравља; апотека; специјалистички центар; болница; специјална болница; клинички центар; завод; институт за јавно здравство; дом за здравствену његу; лабораторија; банка биолошког материјала и банка матичних ћелија.

Референални центар може бити здравствена установа или дио здравствене установе која обавља здравствену дјелатност у складу са стандардима, примјењује најновија

[273] ЗЗЗ РС, чл. 43.
[274] ЗЗЗ РС, чл. 13.
[275] ЗЗЗ РС, чл. 107.
[276] ЗЗЗ РС, чл. 39.
[277] ЗЗЗ РС, чл. 41.

медицинска достигнућа у превенцији, дијагностици, терапији и рехабилитацији и која се иновативним приступом и признатим резултатима издваја од других установа исте дјелатности[278].

План мреже здравствених установа (осим апотека) доноси Влада РС за период од пет година, а на приједлог МЗСЗ РС[279]. Међутим, ЗЗЗ РС није утврдио критеријуме за успостављање плана мреже здравствених установа. Ови критеријуми[280] могу да се односе на: здравствено стање; број, добра и социјалну структуру становништва; једнаке услове односно могућности за коришћење здравствених услуга; потребан обим поједине здравствене дјелатности; степен урбанизације подручја; саобраћајну повезаност; специфичности насељености те доступности на демографски угроженим подручјима; утицај околине на здравље становништва те економске могућности.

Улога здравствених радника у остваривању здравствене заштите – Ефикасност и квалитет здравствене заштите у првом реду зависе од здравствених радника и здравствених сарадника, почев од тога да ли их има довољно, какве су им стручне квалификације и оспособљености за рад, да ли су мотивисани за рад и како су прихваћени у средини у којој живе и раде.

Остваривање стратегије Здравље за све и постављених циљева у великој мјери зависи од спремности здравствених радника и здравствених сарадника да их прихвате и да у свом раду примјењују мјере које ће водити њиховом остварењу. Пред њих се постављају многи нови задаци за које нису оспособљени у довољној мјери. Ти циљеви се прије свега односе на: промјене лоших животних навика и стварање нових; елиминацију односно редукцију ризичних фактора и премјештање тежишта здравствене заштита из класичних институционалних видова на ПЗЗ и у заједнице гдје људи живе и раде. Здравствена служба у оквиру ПЗЗ уводи нове и проширује постојеће методе рада. Лијечење болести и даље остаје најважнија функција, али унапређивање здравља и превенција болести добијају не мањи значај. Љекари нису припремљени за такав рад. Они су едуцирани за индивидуални рад и то првенствено за рад са болесником, а не за рад у заједници и тимски рад у којем треба да имају водећу стручну улогу. Ову нову улогу љекара није могуће остварити без прилагођавања планова и програма наставе на медицинским факултетима и другим сродним установама које образују здравствене кадрове са високом спремом[281].

У ЗЗЗ РС прописано је да је здравствени радник лице са стеченим високим и средњим образовањем из научне области медицинске и здравствене науке, који непосредно пружа здравствене услуге а може се бавити наставним, педагошким и научним радом.

---

[278] ЗЗЗ РС, чл. 106.

[279] Закон о измјенама и допунама закона о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 44/15), чл. 11.

[280] Bošković Z., (2007) стр. 40.

[281] Посебан циљ 36 стратегије Здравље за све односи се на здравствене кадрове и он гласи: У свим земљама чланицама планирање, образовање и коришћење здравствених кадрова треба да буде у складу са политиком Здравље за све са нагласком на ПЗЗ. Полазиште за те активности представља нови концепт здравствене заштите који се представља као интегрални скуп мјера и активности у којима учествују не само здравствени радници него и грађани као појединци и у оквиру својих породица и заједница, Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 200-201.

Здравствени сарадник је лице са стеченим високим и средњим образовањем других струка који обавља одређене послове у функцији здравствене дјелатности[282]. Здравствени радник обавља здравствену дјелатност ако има одговарајуће образовање, положен стручни испит и лиценцу надлежне коморе. Здравствени сарадник обавља одређене послове у функцији здравствене дјелатности ако има одговарајуће образовање и положен стручни испит[283].

У сфери политичког и друштвеног живота појму *субординације,* који је карактеристичан за здравствену дјелатност, приписује се значење потчињеност, зависности, послушности, односно дужности повиновања наређењима која издаје други, надређени у односима који се успостављају између различитих субјеката. У том смислу може се констатовати да појам субординације подразумијева однос двају субјеката или елемената који међусобно нису једнаки, већ један од њих има мањи значај или ужа овлашћења у односу на други који му је надређен и од којег зависи. Реч је, дакле, о односу зависности, по којем се појам субординације приближава појму хијерархије (бити први, владати).

Хијерархијски однос, дакле, подразумијева постојање „пирамиде“ надређених и подређених субјеката, који у њој заузимају мјесто према снази или власти којом располажу[284]. Специфичност радног односа у здравству огледа се у појави субординације, која настаје још у систему образовања, а посебно долази до изражаја у професионалној пракси здравствених радника и здравствених сарадника.

Здравствени радник и здравствени сарадник обавезни су да стално прате савремена достигнућа у медицини и да се усавршавају у свом раду. Здравствена установа је обавезна да обезбиједи континуирано усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника[285].

У закону је прописано да је специјализација здравствених радника и здравствених сарадника са високим образовањем посебан вид стручног усавршавања који се организује с циљем оспособљавања за обављање специјалистичких послова у одређеној области здравствене заштите. Супспецијализација здравствених радника и здравствених сарадника са положеним специјалистичким испитом је посебан вид стручног усавршавања који се организује с циљем оспособљавања за обављање супспецијалистичких послова у одређеној области здравствене заштите. Министар доноси годишњи план специјализација и супспецијализација за РС на основу анализа о потреби за специјализацијама и супспецијализацијама коју израђује Институт за јавно здравство.

ЗЗЗ РС прописује континуирану едукацију и додатну едукацију здравствених радника и здравствених сарадника. Континуирана едукација је посебан вид стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника, која се организује ради стицања знања и вјештина с циљем праћења и примјене савремених научних достигнућа. Додатна

[282]ЗЗЗ РС, чл. 83.
[283] ЗЗЗ РС, чл. 84.;
[284] Ковачевић Љубинка, *Правна субординација у радном односу и њене границе*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2013, стр. 19 – 20.
[285] ЗЗЗ РС, чл. 88.

едукација је организован облик теоријског и стручно-практичног оспособљавања здравствених радника и здравствених сарадника из различитих области медицине. Додатна едукација се спроводи у складу са прописима којима се уређује област образовања одраслих[286].

Квалитет и сигурност здравствених услуга директно зависе од особља које их пружа: без здравствених радника и здравствених сарадника здравствена установа не може пружати здравствене услуге нити доприносити унапређењу здравственог стања становништва. Они интензивно учествују у процесу пружања здравствених услуга и утичу на задовољство корисника услуга. С порастом сложености услуга које здравствене установе пружају, расте број и усложњава се профил особља потребног установи[287].

У модерним временима тешко је замислити било какву људску дјелатност која није увезана модерним информационим технологијама. Ово се наравно односи и на здравство. У ширем контексту *еЗдравство* карактерише не само технички развој, него и стање свијести, начин размишљања и приступа, те посвећеност умреженом, глобалном мишљењу и унапређењу здравства на локалном, регионалном и међународном нивоу кроз коришћење информационих и комуникационих технологија. СЗО једноставно описује *еЗдравство* као примјену информационо-комуникационих технологија у сектору здравства[288].

У својим препорукама СЗО ставља нагласак на потребу прилагођавања образовања здравствених радника потребама ПЗЗ[289]. Обучени здравствени професионалци све чешће траже посао ван граница сопствене земље, а као разлоге томе обично наводе боље услове рада и боље зараде. Повећана миграција здравствених радника оставља далекосежне посљедице на земље из којих емигрирају као што су: повећање трошкова образовања, немогућност попуњавања упражњених радних мјеста, недовољан број здравствених радника не може да пружи адекватну здравствену заштиту, што утиче на здравствено стање становништва земље. Миграцијом здравствених радника на глобалном нивоу

---

[286] Закон о измјенама и допунама закона о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 44/15), чл. 47 и 48.

[287] Од доступности, броја и квалитета здравствених радника зависи здравствено стање популације којој установа пружа услуге. У Извјештају СЗО за 2006. годину указано је да су број и квалитет здравствених радника у вези са свеобухватном имунизацијом, доступношћу ПЗЗ, као и са вјероватноћом преживљавања новорођенчади, дјеце и породиља. Такође је указано да од квалитета и дистрибуције доктора зависе исходи кардиоваскуларних обољења, види: Ракић С., Антонић Д., *op.cit.,* стр. 145.

[288] Види: Стратегија развоја е-здравства Републике Српске за период 2009 -2014, МЗСЗ РС, Бања Лука 2010, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/09.

[289] У том смислу сматра се да је потребно обезбиједити сљедеће услове: Адекватно планирање, односно да се планови и програми здравствене заштите заснивају на стратегији развоја кадрова сходно стварним потребама, полазећи првенствено од обезбјеђења довољног броја и адекватно обучених кадрова за ПЗЗ (дио плана укупног друштвеног развоја); Подршка медицинских образовних институција је најзначајнији предуслов таквом приступу, јер *еру лијечења* већ дуго допуњује *ера превенције и промоције здравља*, а то подразумијева не само другачију технологију здравствене заштите, него и другачију технологију образовања; Едукациона процедура – свакој промјени наставног плана и програма треба да претходи евалуација резултата постојећег система образовања, кроз коју би се исказале како добре стране тако и недостаци. Пошто је задатак сваке евалуације да понуди приједлог како да се ради убудуће, циљ ове евалуације би морао бити приједлог новог наставног плана и програма, али тако дефинисан да циљеви образовања у потпуности буду у функцији остваривања здравствених потреба у заједници, Стаматовић М. *et al., op.cit.,* стр. 202.

тешко је управљати[290], али је на државном и регионалном нивоу потребно стварати услове за смањење одлива здравствених професионалаца.

3.9. Медицинска етика у остваривању здравствене заштите

Медицинска етика је наука о моралним обавезама здравствених радника. О значају медицинске етике говори чињеница да се она изучава као посебан предмет на појединим медицинским факултетима. *Медицинска етика* се често поистовјећује са *љекарском деонтологијом*, која је шири појам и обухвата поред етичких норми и законске прописе у вези са обављањем љекарске професије. Медицинска етика је неодвојива компонента у процесу остваривања здравствене заштите која медицинском раду даје посебан хумани карактер. Дефиниција здравља у конститутивном акту СЗО проширује обавезе љекара у вршењу његовог позива, јер те обавезе нису више ограничене на његову ординацију и рад уз болеснички кревет. Он је одговоран за здравље заједнице у којој ради, а његове обавезе укључују рад на унапређењу здравља, спречавању и сузбијању болести а не само у дијагностици и лијечењу[291]. Без обзира на одређене разлике које постоје у националним кодексима етике, на исти или сличан начин је дефинисан однос према најбитнијим питањима љекарског позива.

Циљеви Здравља за све – Циљ 38 – Здравље и етика – до 2000. године све земље чланице (ЕУ) би на првом мјесту требало да имају механизме јачања етичког становишта у одлукама у вези са здрављем појединца, групе и популације. Посебан приступ који је усвојен требало би да буде у складу са социјалним и културним карактеристикама сваке поједине земље и укључује: образовање и обуку здравствених радника из области етике; мјере на порасту знања о етичким ставовима у јавности, међу политичарима и другим одговорним; етички кодекс рада за здравствене раднике, укључујући однос између оних који обезбјеђују здравствену заштиту и пацијента; те јачање етичких тијела и других механизама на одговарајућим нивоима и релевантним секторима који охрабрују широку дискусију у вези са етичким питањима и принципима у вези са здрављем.

Предмет истраживања значаја медицинске етике у остваривању здравствене заштите су питања која се односе на: однос према пацијенту, обавезу чувања љекарске тајне, однос према људском животу и здрављу, наплаћивање љекарског рада, однос љекара према себи и колегама, однос према друштву, етику и здравствену политику, етику и интервенције, етику и истраживање, етику и одговорност, осигурање отворене дебате, вођство и одговорност професионалних здравствених радника, те етику и трговину.

Однос према пацијенту – Хипократ је поставио принцип *primum nil nocere* – као првенствени задатак да се не нашкоди болеснику. У склопу питања односа према пацијенту су савјесно и пожртвовно обављање позива уз дубоки осјећај одговорности. Љекар мора у свакој прилици поштовати живот, здравље и достојанство, као и личност човјека. Не смије правити разлике у односу на вјеру, націју, расу, имовинско стање и политичку припадност пацијента. Испољавање антипатије према пацијенту неспојиво је

[290] *Ibidem,* стр. 147.
[291] *Ibidem,* стр. 211-214.

са етиком. Љекар мора познавати психолошке особине болесника и томе прилагодити начин опхођења. Он мора увијек узимати у обзир појачану осјетљивост болесника и психолошке тешкоће које изазива његова болест. Љекар мора пружити прву помоћ особи у животној опасности без обзира на неприкладно вријеме или породичне и друге обавезе. Етичка начела налажу да се помогне болеснику у животној опасности, без обзира на то што се тиме може угрозити сопствено здравље и живот. Љекар не лијечи болест него болесника. Због тога он мора поступати тако да не повриједи ничију личност и лично достојанство. Пацијент зависи од љекара, он му по правилу слијепо вјерује и повјерава се[292].

Обавеза чувања љекарске тајне – Ова обавеза се односи не само на љекаре, него и на друге здравствене раднике и здравствене сараднике. На чувању љекарске тајне заснива се повјерење пацијента у љекара. Љекар је ослобођен чувања љекарске тајне када је то супротно интересима других особа (заразне болести) или у случају судског спора када је то у интересу треће особе. Међутим, и у таквим случајевима тајна остаје у затвореном кругу ограниченог броја службених особа. Чување љекарске тајне је обавеза која се односи на сазнање до кога љекар долази у свом раду непосредно или посредно и не односи се на податке које је сазнао у другом својству. Болесник може ослободити љекара чувања тајне. Родитељи малољетне дјеце или најужа породица могу бити обавијештени о стању болесника. У домен љекарске етике улази и питање обавјештења пацијента о његовој болести, посебно када се ради о тешкој неизљечивој болести. У лијечењу љекар мора бити свјестан граница објективних могућности и граница властитог знања и способности. Он се не смије упуштати у дијагностичке и терапијске поступке које није довољно савладао. За све дијагностичке и терапијске поступке потребна је сагласност болесника, а изричита сагласност кад се ради о примјени новог начина лијечења. Присилни преглед и лијечење може се предузети само у законом предвиђеним околностима. Конзилијарни прегледи су потребни када љекар који лијечи болесника сматра да му је потребно мишљење искуснијег љекара, али се може обавити и на захтјев пацијента и његове породице. Све обавезе могу се сажети у једну Хипократову реченицу[293]: *Љекар мора бити скроман, тријезан и стрпљив, приправан да се сав жртвује свом звању*.

Однос према људском животу и здрављу – Дешава се да због недовољног знања или несавјесног рада љекар нанесе тешке посљедице по здравље, па и да угрози живот болесника, али он то чини без намјере и противно својој жељи да помогне. Друго је питање да ли љекар смије хотимично убрзати смрт болесника који болује од неизљечиве болести и подноси неиздрживе болове. Љекарска етика и традиција изричито забрањују било који облик еутаназије, односно убиство из самилости.

---

[292] *Ibidem,* стр. 214.

[293] Мишљења су подијељена, али се сматра да је етички исправно да љекар никада не смије лагати, али може прећутати истину или је изнијети на начин да не обесхрабри пацијента и сломи вољу за живот. Један од најчешћих прекршаја етике је немарно и несавјесно лијечење. То се може односити на избор метода и средстава лијечења и на њихову примјену. За исправно лијечење потребна је добра дијагноза. Добро лијечи онај љекар који поставља исправну дијагнозу. Љекар је слободан у избору начина и средстава лијечења, али при томе мора водити рачуна о научно признатим методима и индивидуалним особинама пацијента, *Ibidem,* 215-216.

То би био не само прекршај етике, него и кривично дјело. Дужност је љекара да се увијек бори против смрти. Љекар је дужан да ублажи муке болесника, али не са смртоносним средствима, него средствима за ублажавање бола. Супротно је етици и љекарској традицији да љекар буде извршилац судске казне смрти или било које казне којом би био оштећен људски организам. Љекар не смије узимати учешће у изради бојних отрова и бактериолошких ратних средстава. Без обзира на то што се то питање рјешава законима земаља, вјештачки прекид трудноће има своје етичке аспекте. Пракса се у том погледу разликује, почев од потпуне забране до пуне либерализације. У ријетким случајевима, када треба да одлучи треба ли жртвовати живот мајке или дјетета, љекар мора првенствено заштити живот мајке. Само након извршене строге процедуре претходних испитивања и уз претходно објашњење и добровољни пристанак пацијента, може се вршити примјена нових лијекова, метода испитивања и лијечења. Није дозвољено такво испитивање уз одређена обећања и новчану накнаду. Супротна су етици пресађивања органа која могу нанијети другој особи штету (пресађивање тестиса младих особа старим) уз накнаду. Такође, није етички оправдано продавање органа, као што није етички допустива ни стерилизација из расних, етичких и социјалних разлога[294].

Наплаћивање љекарског рада – Људско здравље не може бити предмет трговине. Основни мотив рада љекара не би смјела бити зарада. Међутим, не смије се изгубити из вида да и љекар живи од свог рада. Љекар има право на праведну и примјерену зараду, али мора избјегавати све што би могло дати комерцијални карактер. Награда љекару у приватној пракси назива се хонорар, што потиче од латинске ријечи „хонор“ (*honor*) – част, углед. Тим се изразом још у старом Риму жељело истаћи да пружање љекарских услуга није трговина него почаст. Постоје различити начини плаћања рада љекара. Најчешће се то регулише уредбама државних органа или љекарских комора. Не допушта се рекламирање љекарског рада, трговинске везе љекара и апотекара, дихотомија (подјела) хонорара да би се избјегла комерцијализација и разне злоупотребе. Због већих хонорара изводе се непотребне дијагностичке процедуре, као и непотребно прописивање лијекова, који посебно падају под удар етичких норми. Постоје злоупотребе и у државној служби, када се штета не наноси појединцу него заједници и осигурању, а корист има не љекар појединац него цијела установа[295].

Однос љекара према себи и колегама – Љекар мора бити увијек уредан и чист без претјеривања у било којем погледу. То исто важи и за начин његовог живота. Љекар не смије подлећи алкохолизму и наркоманији. Он мора и у приватном животу чувати достојанство свог позива. Треба избјегавати непотребно излагање опасностима сопственог живота и здравља. Љекар не смије себи приписивати више заслуга него што их има. Сујета је морални недостатак. Љекар је дужан да зна помоћи болеснику. Из тог произилази његова етичка обавеза да стално прати стручну литературу и да се усавршава. Незнање је тежак морални недостатак, јер оно може бити узрок тешких посљедица по друге људе. Постоји морална обавеза преношења знања на друге. То се односи и на стручно оспособљавање млађих и неискуснијих колега и на здравствено васпитање пацијената и становништва. Ниједан љекар не смије имати неке своје „тајне лијекове“ и

[294] *Ibidem,* 216-217.
[295] *Ibidem,* стр. 218.

скривати терапијске поступке. Дјеловање љекара мора бити отворено, изложено могућностима стручне критике. Прије објављивања широј јавности, одређене резултате треба изложити на стручним састанцима и у стручним часописима. Однос између љекара треба да буде другарски и колегијалан. Треба гајити сарадњу умјесто нездраве конкуренције. У оквиру љекарског друштва сва стручна неслагања треба рјешавати на колегијалан начин. Веома је важан тимски рад у којем владају здрави и искрени односи. Љекар не би требало да лијечи себе и чланове своје породице. Добар је обичај да се не наплаћује колегама и члановима њихових породица. Преотимање пацијента сматра се неморалним чином. Љекар се мора пристојно и љубазно односити према свим осталим здравственим радницима и поштовати њихов рад[296].

Однос према друштву – У друштву се битно промијенила улога и положај љекара. Он мора у свакој прилици радити на очувању и унапређивању здравља народа, а не само да брине о лијечењу ограниченог круга својих пацијената. Долазе нова правила понашања која одговарају условима рада у великим здравственим колективима и са новом техником и технологијом. Опасност комерцијализације допуњује се опасношћу од бирократизације. Све оно што важи за однос љекара према пацијенту важи и за заједницу. Због сложености тог односа љекар мора да овлада новим знањем које стиче кроз изучавање социјалне медицине, епидемиологије и других превентивних грана[297].

Дошло је до експлозије знања и технологије у медицинској њези. Поједини поступци и њега могу у великој мјери повећати очекивања трајања живота и квалитет живота. Људи су се већ почели питати да ли би медицинска активност требало да има границе. У исто вријеме се очекује да медицинска технологија пронађе рјешење за сваки проблем, укључујући и оне који су више социјални него медицински. Ово је имало супротан ефекат: знање и технологија су тежили да буду коришћени за уско дефинисане појединачне циљеве[298].

У данашњој клими етичка питања нису само у вези са проблемима ко ће имати приступ здравственој заштити и посебном лијечењу, а коме ће се, посљедично, оваква њега негирати. Оваква питања се у све већем броју постављају и у томе ко ће имати могућност да изабере здрав стил живота и ко ће имати приступ здравој околини. Здравље за све претпоставља да ће људи имати максималан приступ и могућности, бар у мјери колико расположиви ресурси дозвољавају. Његов базични принцип једнакости је одраз дубоке повезаности са етиком[299].

Етика и здравствена политика – Питања која се баве здравственом политиком спадају у двије групе: она која се баве правима човјека и она која су укључена у прерасподјелу јавних средстава за здравство. Више традиционалан начин рада бави се успостављањем равнотеже између права појединца и заштите заједнице кроз јавни ред и јавно здравство. Примјери укључују стављање под надзор појединаца склоних насиљу, извјештавање

[296] *Ibidem,* стр. 218.
[297] *Ibidem,* стр. 219.
[298] На примјер, огромни напори су учињени да се спаси живот прерано рођене дјеце, док је превентивна ПЗЗ, која би требала да се односи на квалитет пренаталне његе и услове живота мајке, потпуно занемарена. Ово је у суштини етичко питање; Циљеви Здравља за све, op.cit., стр. 187.
[299] *Ibidem,* стр. 188.

власти о случајевима болести од општег значаја и заштита људи од инфективних болести кроз обавезну имунизацију. Нова група питања су се појавила чим се проширио концепт промоције здравља који је ставио у први план питања о стилу живота и понашања. На примјер, широко се развила расправа о сврсисходности владиних мјера о обавезном ношењу безбједносних појасева. Друга питања укључују забрану пушења, коришћење високих пореза да би се обесхрабриле одређене форме употребе и рестрикције производње и продаје дувана, алкохола и адитива. Два фактора су довела до усложњавања и избијања етичких питања у први план у одлучивању о расподјели људских, техничких и финансијских ресурса за здравље. Један је проширење концепта здравствене политике, а други је пораст јако скупе технологије која се све више користи да сачува или продужи живот, обично за врло мали број људи и за релативно кратко вријеме. Главна политичка одлука се бави прерасподјелом трошкова између здравствене промоције и превенције болести или лијечења и његе; између доказаних или експерименталних технологија и терапија; између активног третмана или пружања подршке; између различитих истраживања и развојних приоритета[300].

Етика и корисник здравствених услуга – Друга категорија етичких питања укључује људска права у односу на употребу система здравствене заштите. Признато је да људи имају право на бригу за спасавање и одржавање живота без икаквих финансијских, друштвених или физичких баријера. Великим дијелом прихваћено је мишљење да пацијент или његова породица треба да буду у потпуности партнери у процесу његе и лијечења и да треба ујединити знање, вриједности и приоритете у вези са донесеним одлукама.

Ново схватање улоге пацијента поставља нова питања. Једно је право на информацију о директним користима и ризицима лијечења које се користи и алтернативним терапијама које могу бити примјењиве. Овоме се додаје пацијентово право да изјави да је сагласан са третманом, као и захтјев упућен оном који пружа здравствену заштиту да буде одговорнији. С друге стране, коришћење права да се добије информација може довести до даљег погоршања емотивног и интелектуалног оптерећења неких пацијената, што може довести до даљег погоршања њиховог здравственог стања. Љекари треба да буду оспособљени да процијене пацијентове способности да поднесе тај терет, дајући подршку пацијенту у задовољавању било које одлуке коју он или она може донијети, а у другом случају да одлучи коју активност треба предузети кад закључи да пацијент не може поднијети тај терет без посљедица[301].

Етика и интервенције – Трећи етички проблем је могућност да се интервенише у кључним моментима животног циклуса, нарочито у вези са репродукцијом, перинаталном заштитом и продужењем живота, те условима под којима истраживање

[300] Комплексни низ алтернатива је у пракси значио већу рационализацију ресурса. Озбиљне политичке и етичке консеквенце су видљиве из расправа о трансплантацији људских органа, о развоју нове медицинске технологије и о инвестицијама у контроли загађења и сигурности на радном мјесту. Гдје год у датој ситуацији може бити донесен политички суд о прерасподјели средстава, било би етички неодбрањиво да се изабере неодговарајућа или неефикасна скупа технологија која одузима средства од развоја ПЗЗ од нових стратегија за промоцију здравља и превенцију болести или од третмана са доказаном ефикасношћу, *Ibidem,* стр. 188-189.
[301] *Ibidem,* стр. 188-189.

може бити вођено. Ова питања постају нарочито осјетљива како технологија успијева да спаси и продужи живот у ситуацијама гдје би смрт у другом случају сигурно настала. Овај напредак представља изазов за традиционална схватања природе, живота и ограниченост одговарајућих интервенција на човјеку у питањима живота и смрти[302].

Етика и истраживање – Етика у здравственом истраживању добија све важније мјесто како се све чешће тражи да одлуке у здравственој политици и акцији буду базиране на научним доказима. Постоји забринутост да стицање знања добија водећу улогу у одлуци о лијечењу, а да активном третману даје већи приоритет у односу на његу или превенцију. Ово су најважнија питања у вези са третманом канцера и његе у вези са овом болешћу. Поставља се питање, како су постављени истраживачки приоритети и колико су истраживачке институције спремне да се баве новонасталим питањима. Усвојен приступ који се односи на етику и одговарајућа питања о вриједностима, у акцији и истраживању у области здравства, мора бити заснован на политичким одлукама донесеним послије широке јавне дискусије и политичке дебате. Усвојено становиште ће зависити од државно-политичког система, културе, традиције, уставног уређења и организационе структуре[303]. Свака политика о здрављу и етици би требало у потпуности да узме у обзир релевантне чланове из Универзалне декларације о правима човјека УН-а, других интернационално признатих конвенција у области људских права и биоетике и заштити појединца, која садржи Устав сваке земље чланице ЕУ. Значајно је и разматрање питања једнакости и приступа предусловима здрављу. У бављењу овим питањима легитимни интереси и права појединца или одређених група људи требало би да буду у равнотежи са интересима заједнице. Све већу пажњу привлаче питања из биоетике, укључујући закључке истраживања која подразумијевају људе као субјекте. Европски савјет је прегледао одређени број спецификованих питања и постигнут је консензус о поштовању људског дигнитета, признања неповредивости људског тијела, избјегавању комерцијалног профитирања у пољу биомедицине и принцип да појединац одлучује о себи[304].

Етика и одговорност – Уколико се одговорност јавности постави као водећи принцип за доношење одлука о здравственој акцији, може бити направљен велики прогрес у рјешавању етичких питања. Ово значи да људи који одлучују о политици и пракси у било којем пољу здравственог развоја могу јавно испитати своје одлуке у смислу њихових здравствених посљедица, са могућношћу корекције предузете акције. Процес за постизање одговорности и формирање корективне акције може широко варирати, што

---

[302] Питања из области репродукција баве се технологијом контрацепције, прекида трудноће, оплодњом *in vitro* и манипулацијом са генетским материјалом. Размишљања у вези са перинаталним третманом су усмјерена на сврсисходност спасавања живота прематурне новорођенчади за коју се зна да имају највећи број дефеката при рођењу, без обзира на дугорочне консеквенце на квалитет живота дјетета, на добробит породице и за оне који осигуравају и плаћају заштиту. Размишљања која покреће напредак технологије и третман који продужава живот старијих људи се састоји у томе да помицање животне границе (додавање година животу) може бити постигнуто по цијену одређене патње или сметњи без икаквих користи додатог здравља животу и живота годинама, *Ibidem*, стр. 190.

[303] Неке земље су дошле до закључка да је то корисно изразити или подржати кроз одређене законе и регулативе. Било које гледиште да је коришћено, питања морају бити третирана на једнак и унифициран, широко распрострањен, јасан и уравнотежен начин, *Ibidem*, стр. 190.

[304] Ibidem, стр. 191.

зависи од националних и локалних околности. Принцип одговорности широко се обраћа одлукама које се односе на здравствену заштиту, заштиту околине, стилове живота, једнакост и предуслове за здравље[305].

Осигурање отворене дебате – за давање савјета и олакшавање јавне дискусије на репрезентативан начин треба осигурати да сви дијелови који се баве размишљањима о етичким и другим повезаним питањима имају шансу да буду саслушани и укључени у ова размишљања. Стратегија за упућивање етичких питања мора бити способна да укључи велики дио јавности, укључујући посебно заинтересоване групе у неформалном процесу дискусије. Ово има велике изгледе да успије ако се стратегија базира на двосмјерној комуникацији. Људи који су заинтересовани за било који проблем, корисници и групе самопомоћи, професионална удружења и здравствени истраживачи, треба да имају могућност да изнесу своје мишљење и знање о томе. У исто вријеме масмедији и други који су у позицији да допринесу дискусији требало би да буду активно укључени у процес комуникације[306].

Вођство и одговорност професионалних здравствених радника – Међу политичарима и одговорним људима долази до пораста знања и свијести о стратегији која подразумијева широку партиципацију и отвореност у јавности. Љекари и други даваоци услуга у здравственој заштити традиционално преузимају водећу улогу у заступању става о најбољем путу акције за пацијенте, као и одговарајуће политике које се односе на окружења у којем раде[307].

Етика и трговина – Добра и услуге са добрим и лошим утицајем на здравље постају све више и више стандардизовани и предмет слободне трговине у оквиру интернационалних граница. Ово представља изазов за интернационалну заједницу да обрати већу пажњу на здравље и етику удружену са развојем трговине[308]. У ЗЗЗ РС[309] прописано је да су услуге и активности здравствене заштите квалитетне, безбједне, ефикасне, ефективне, засноване на научним доказима и у складу са начелима професионалне етике. Стручно тијело здравствене установе је *Етички одбор*. Законом је прописано да је етички одбор стручно тијело које прати пружање и спровођење здравствене заштите на начелима професионалне етике и деонтологије[310]. У ЗЗЗ РС[311] прописано је да се у стручним

[305] Ibidem, стр. 191-192.
[306] *Ibidem,* стр. 192.
[307] Они морају да настављају да играју своју улогу вође, али исто тако да признају да раде у широком социјалном и политичком оквиру који садржи и много других учесника. Такође би требали бити свјесни своје улоге у доношењу одлука у вези са политиком и праксом, те да стално преиспитују свој кодекс рада и да га прилагоде новим околностима и захтјевима. Неопходно је примијенити нови приступ образовању здравствених радника који укључује етичка питања. Ово значи развијање образовних програма који интегришу морални и филозофски концепт са биомедицинским и другим релевантним научним знањем и са развојем техничких достигнућа на начин који јача професионалну компетентност љекара.
[308] Ibidem, стр. 192.
[309] ЗЗЗ РС, чл. 2.
[310] Етички одбор се оснива и организује у сљедећим здравственим установама: дом здравља, болница, специјална болница, клинички центар, завод и институт за јавно здравство. Чланови етичког одбора именују се из реда запослених здравствених радника у здравственој установи и грађана који живе или раде на територији за коју је здравствена установа основана. Поступак за избор и разрјешење, број чланова и мандат етичког одбора, уређује се статутом здравствене установе, а начин рада етичког одбора регулише се пословником о раду, види ЗЗЗ РС, чл. 75, 77, и 78.
[311]Надлежности етичког комитета прописани су ЗЗЗ РС, чл. 135. и 136.

комисијама министарства налази и *Етички комитет*[312]. Оснивањем и организовањем етичких одбора у одређеним здравственим установама и етичког комитета на нивоу министарства, обезбијеђен је законски оквир обављања здравствене дјелатности у складу са начелима професионалне етике и деонтологије. Због специфичности здравствене дјелатности етички одбор и етички комитет не могу покрити све области здравствене струке. Ово се посебно потврђује имајући у виду стални развој медицинске науке и техничкотехнолошки напредак, као на примјер клиничка испитивања, узимање и пресађивање органа и ткива или примјену нових технологија и дијагностичких процедура. Због различитих научних области неопходно је основати посебне етичке одборе и комитете, а у складу са предметним захтјевима. Примјена етике у обављању здравствене дјелатности је у уској вези са остваривањем и заштитом права пацијената. За оно што није регулисано правном нормом у односу према пацијенту примјењују се етичка и деонтолошка правила. За потврђивање етичких правила најодговорнији су здравствени радници и њихова струковна удружења.

[312] Чланове етичког комитета на мандат од четири године именује и разрјешава министар здравља и социјалне заштите уз мишљење здравствених комора. Етички комитет има пет чланова, који се бирају из реда истакнутих стручњака који имају значајне резултате у раду и допринос у области здравствене заштите, професионалне етике здравствених радника и хуманистичких наука. Средства за рад етичког комитета обезбјеђују се из буџета.

IV ПРЕГЛЕД НАСТАНКА И РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Полазећи од тога да су социјално и здравствено осигурање историјске категорије дат је кратак преглед настанка и развоја здравственог осигурања у свијету, Југославији и Републици Српској и то у мјери која је важна за истраживање права и обавеза осигураника. Развој здравственог осигурања у Југославији је подијељен на период од 1919. до 1941. године у Краљевини Југославији и послије тога у социјалистичкој Југославији. Настанак здравственог осигурања Републике Српске започет је 1993. године доношењем Закона о здравственом осигурању на основу Устава Републике Српске из 1992. године, којим је успостављен нови правни систем.

4.1. Преглед настанка и развоја социјалног и здравственог осигурања у свијету

Системи социјалне сигурности су развијени из једноставнијих облика који су били одраз потреба радника у случајевима невоље. Најприје се развило социјално осигурање за случај болести и несреће на послу, касније осигурање за случај смањења или губитка радне способности, изнемоглости, старости и смрти, коначно осигурање материнства и дјечије заштите и осигурање за случај незапослености. Радници су у таквим случајевима за покривање трошкова прије тога имали могућност или осигурања код комерцијалних завода или право тражења одштете од послодаваца, нарочито у случајевима повреда на послу. Приватне уштеђевине радника биле су зависне од њихове зараде. Оне су се, прије свега, обезбјеђивале за случајеве болести или старости, а радници су их улагали у благајне, које су биле јавне установе. Тај облик социјалне безбједности, који је искључиво био зависан од воље појединаца и њихових економских могућности, није био довољан у случајевима дуготрајних обољења, која су међу радницима била некада нарочито честа појава, а још мање у случајевима када је смањена способност или је неспособност за рад била посљедица повреда на послу. Осигуравајуће институције су у оквиру цркве или радничких друштава или као потпорне благајне, братовштине и слично, установљавале, на темељу добровољности и самопомоћи, углавном групације оних радника који су у свом раду били стално изложени опасностима од болести, повреда и смрти (као нпр. рудари, поморци и др.)[313]. Због штетних посљедица које је доносио са собом нови начин рада, државе су почеле да посвећују све већу пажњу питању заштите радника на раду. У том смислу међународни прописи забрањују ноћни и прековремени рад одређеним категоријама радника, нпр. трудним женама, омладини до одређеног узраста, као и да се забрани рад на радним мјестима опасним по здравље и живот радника. Основне гране социјалног осигурања и његова техника настали су у Њемачкој; Великој Британији припада заслуга за увођење осигурања за случај незапослености; Француска је прва завела дјечије додатке, а Нови Зеланд је први проширио социјално осигурање на читаво становништво и његово финансирање спровео путем убирања пореза[314]. Укратко, савремено социјално осигурање као организована друштвена дјелатност, која има за циљ да обезбиједи одговарајућу економску и социјалну сигурност

[313] Шпицар Бојан (ур.), Монографија социјалног осигурања СФРЈ, Савез заједница здравственог осигурања и здравства Југославије и Савез заједница Пензијског и инвалидског осигурања Југославије, 1977.
[314] Ibidem, стр. 12-13.

радницима и члановима њихових породица (у случају када наступи осигурани ризик: опасности или посљедица стања болести, смањења или губитка радне способности, старости и смрти), настало је када су створени услови за појаву осигурања као нове и нужне фазе у расподјели[315].

Социјална сигурност, као назив за одређени систем, почела је да се употребљава у САД 1935. године. Тада је донесен Закон о социјалној сигурности, који је обухватао социјалну заштиту за случајеве незапослености, старости и смрти. Овим законом било је обухваћено и признавање пензија изван социјалног осигурања. Примјер савременог система социјалне заштите је систем Новог Зеланда из 1938. године, чији је основ у томе: да су њиме обухваћени сви држављани Новог Зеланда, да се финансира порезима, да пружа заштиту у свим социјалним случајевима, па и у оним који нису посебно наведени у закону. Услов за примање социјалних давања је да приходи држављана нису већи од износа који је прописан законом (што не важи за случај болести и пензионисања), вријеме трајања примања није ограничено роковима (незапослени прима помоћ док се не запосли, а болесник док не оздрави). Идеја социјалне заштите је битна за Беверицев план, који су одмах послије II свјетског рата примијенили у Великој Британији као основ за спровођење политике пуне запослености и националне здравствене службе, као и у пензијским законима из 1960. године[316]. За вријеме II свјетског рата идеја о социјалној заштити становништва дошла је до посебног значаја и на међународном плану, а године 1941. прихваћена је у Атлантској повељи. Концепција социјалне заштите, као нови облик заштите грађана, преовлађује у свијету, без обзира на то што се поједини системи заштите у појединостима међусобно разликују. Социјална заштита односно социјална сигурност, са својим особинама ванредног значаја, осигурава до максимума оно што су појединци а и цијели народи хтјели да постигну: економску и социјалну сигурност и то најприје путем напредних система социјалног осигурања а онда још ширим гаранцијама у виду давања у оквиру свеопште социјалне заштите[317].

У XVIII вијеку јављају се први зачеци здравственог осигурања, а у вези су са стварањем радничких организација (унија) које су се бориле, између осталог, и за сигурност радника у случају болести или других узрока радне неспособности. У већини европских земаља, током XIX вијека, стварају се „Болеснички фондови“ у оквиру радничких унија. У томе су предњачиле уније индустријских радника, минера, жељезничара. Такође, Католичка црква организује своје уније и болесничке фондове. Постоји доста примјера сличних настојања локалних заједница да створе болесничке фондове. У неким земљама љекари појединци или њихове асоцијације врше „претплату“ на своје услуге путем листа претплаћених са одређеним правима. Значајну улогу у развоју система здравственог осигурања одиграли су организациони видови „самопомоћи“, познати као GUILDS. Они су најприје додјељивали новчану помоћ својим члановима, а касније су склапали уговоре са љекарима за пружање здравствене заштите обољелим и повријеђеним и оснивали своје здравствене установе[318]. У високоризичним гранама индустрије, као што је тешка

[315] Огризовић Добросав, *Економика осигурања*, ЗОИЛ, Сарајево 1985. стр. 17.
[316] *Ibidem*, стр. 13.
[317] Монографија социјалног осигурања СФРЈ, *op.cit.* стр. 13-14.
[318] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 335.

индустрија и рударство и послодавци дају свој допринос болесничким фондовима. Концепт доприноса у односу на индивидуални ризик постепено прераста у допринос у односу на зараду, што је много ефикаснији израз солидарности. Први политички корак учињен је у Њемачкој 1883. године у оквиру Бизмарковог плана осигурања, доношењем Закона о обавезном здравственом осигурању одређених категорија радника (испод одређеног нивоа зарада), са обавезом уплаћивања доприноса у болеснички фонд. Закон је обавезао и послодавце да уплаћују допринос у фонд. Доношење овог закона у Њемачкој представља почетак здравственог осигурања као обавезног друштвеног механизма у остваривању социјалног друштва као цјелине. Он је имао снажан утицај на развој здравственог осигурања у другим европским земљама. Аустрија је донијела Закон о обавезном здравственом осигурању 1887. године, Норвешка 1902, Велика Британија 1910, Холандија и Француска доносе своје законе знатно касније. Међутим, до 1930. године све европске индустријски развијене земље су имале такве законе[319].

На начин финансирања здравствене заштите осигураника пресудно је утицала организација здравствене службе, заснована на развијеној мрежи ванболничких и болничких установа, како приватних тако и оних у државном власништву. Фонд здравственог осигурања ради као агенција која плаћа здравствене услуге онима који их пружају њиховим осигураницима. Првобитни њемачки закон о здравственом осигурању није утврдио начин плаћања за здравствене услуге осигураницима. У почетку, плаћано је по осигураном лицу (капитација). Лијекови су плаћани мјесечно за свако осигурано лице на њиховој листи. Овакав начин плаћања обезбјеђивао је осигураницима сигурност и континуитет у остваривању здравствене заштите код љекара опште праксе, односно породичног љекара. Прво у Норвешкој, а затим у Француској уведен је другачији начин плаћања. Пацијент је плаћао љекару директно за извршену услугу према одређеном цјеновнику, а тај трошак је рефундирао од фонда здравственог осигурања (у почетку је фонд рефундирао 80% од плаћене услуге). Здравствени радници су се изјаснили за директно наплаћивање услуге од пацијента и то је прихваћено у половини европских земаља, док су друге земље (Велика Британија, Данска, Холандија) задржале капитацију. Италија је тек 1980. године увела капитацију као начин плаћања услуга[320]. У јужној Европи (Грчка, Португалија, Шпанија), обавезно здравствено осигурање се развијало у виду институција са широком административном и финансијском самосталношћу. Здравственим осигурањем у овим земљама су поред радника били обухваћени и чланови породице. Здравствена заштита се остваривала бесплатно у здравственим установама које су власништво осигурања, а лијекови су такође били плаћени од здравственог осигурања. Коришћење здравствених установа ван овог система осигурања омогућено је, али уз плаћање разлике у цијени услуга.

Међународна организација рада (у даљем тексту: МОР[321]) усвојила је 1944. године Препоруке о здравственој заштити, у којима се земље чланице позивају да обезбиједе

[319] Ibidem, стр. 335.
[320] Ibidem, стр. 336.
[321] Једна од значајних функција Међународне организације рада (*International labor organization*) је усвајање конвенција којима се регулишу одређена питања из области социјалног осигурања и која постају дио националног законодавства ако их земље чланице ратификују.

здравствену заштиту својим грађанима у смислу „обнављања нарушеног здравља, превенције даљег развоја болести и заштите и унапређивања здравља“. Ова препорука представљала је нови приступ здравственој заштити, који је већ тада примјењиван у неким земљама а који су друге земље усвајале у каснијем периоду[322].

Велику прекретницу у погледу новог приступа здравственој заштити представља увођење „Националне здравствене службе“, прво у Великој Британији 1948. године, а затим и у другим земљама. Систем Националне здравствене службе подразумијева да држава преузима цјелокупну бригу о здравственој заштити свих грађана. У таквом систему здравствене установе су у власништву државе, а здравствена заштита се финансира из општег државног буџета. У таквом систему приватни сектор у области здравствене заштите потиснут је у други план. На сличном принципу био је заснован систем здравствене заштите у бившем Совјетском савезу и њега су, у периоду послије Другог свјетског рата, слиједиле источноевропске и друге социјалистичке земље. Систем националне здравствене службе у скандинавским земљама се дјелимично примјењује, односно, у комбинацији је са обавезним здравственим осигурањем. Систем националне здравствене службе на Новом Зеланду се примјењује само на болничко лијечење, док се ванболничка здравствена заштита финансира из средстава локалних заједница.

САД су једина велика индустријски развијена земља која није слиједила наведени пут развоја у области здравствене заштите, гдје и данас преовладава приватно здравствено осигурање, а скоро 40 милиона становника нема никакво здравствено осигурање. Обавезно су осигурани стари (medicare) и најсиромашнији слојеви становништва (medicaid). Обавезно осигурање је недавно проширено и на тешке инвалиде и обољеле (у терминалној фази) од бубрежних болести.

У земљама у развоју велики подстицај за развој система здравствене заштите и здравственог осигурања дала је Међународна конференција о примарној здравственој заштити (Алма-Ата, 1978) и усвајање стратегије „Здравље за све до 2000. године“, коју је усвојила Скупштина СЗО.

У пракси свака земља развија свој систем здравственог осигурања који одговара њеним традицијама, националним условима и правном поретку. Зато постоје разлике између земаља у погледу организације и финансирања здравственог осигурања, права из здравственог осигурања и друго. Међутим, постоји један заједнички приступ, да буде обухваћено што више становништва осигурањем и да буде што већа солидарност између различитих социоекономских група.

4.2. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1919. до 1941. год.

Послије I свјетског рата, убрзо послије уједињења и стварања Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца (Краљевина СХС) 1921. године донесена је уредба, а 1922. године Закон о осигурању радника на основу којег су изједначена права из здравственог осигурања у

[322] Стаматовић М. *et al., op.cit.,* стр. 337.

јединственом систему[323]. Прије доношења овог закона, у Краљевини СХС су постојале знатне разлике у погледу социјалног осигурања: у Србији је важио Закон о народном санитетском фонду; у Словенији и Далмацији важило је социјално осигурање аустријског дијела бивше Аустроугарске; у Хрватској, Славонији и Војводини угарско право; у Босни и Херцеговини је био на снази Закон о болесничком осигурању из 1909. године, док у Црној Гори и Македонији није постојало никакво осигурање[324]. Иако се не може сматрати претечом Закона о здравственом осигурању, Закон о народном санитетском фонду, који је усвојен у Краљевини Србији 1879. године, ријешио је на одговарајући начин питање развоја здравствених установа и покривања трошкова јавне здравствене службе (фонд се финансирао из општег болничког пореза, из фиксних дотација државног буџета и из интереса на основни капитал). Видовданским уставом из 1921. године је предвиђено да ће се законом уредити осигурање радника за случај болести, несреће, незапослености, старости и смрти. Закон о осигурању радника[325] је био један од најнапреднијих у Европи, али је обухватао само запослене раднике који су чинили мали дио становника – свега 4,2/10.00 становника. Овим законом успостављено је обавезно осигурање за случај болести, несреће на послу, незапослености, изнемоглости, старости и смрти храниоца породице, а обухвата и чланове породице осигураника и осигурање за случај порођаја. Међутим, то није спроведено: од 01. јула 1927. године је провођено осигурање радника за случај болести и несреће на послу, а провођење осигурања за случај изнемоглости, старости и смрти одлагано је све до 01. септембра 1937. године, када се почело спроводити у ограниченом обиму. Одлагање је било због тога што послодавци нису хтјели да плаћају половину од 3% доприноса на радничке наднице за пензијско осигурање (другу половину плаћали би радници). Овај закон је прописивао четири врсте социјалног осигурања: здравствено (болесничко) осигурање; инвалидско осигурање за случај несрећа на послу; пензијско осигурање за случај старости и смрти храниоца породице; осигурање за случај незапослености, које је у Закону само најављено, а требало је да се уреди касније, али то није учињено, те није ни уведено. Ово осигурање постојало је само за рударе и топионичаре код главних братинских благајни. Обавезним осигурањем била су обухваћена: лица у радном односу, ученици у привреди, практиканти, волонтери, ученици у радионицама јавних наставних завода занатских школа; лица која због незавршеног школовања нису примала плату или су је примала у износу мањем од обичног; посаде домаћих бродова; лица која су се бавила привређивањем у поморском рибарству; лица која су се бавила кућном радиношћу. Службеници, службенички приправници и хонорарни службеници нису били обавезни да се осигурају по Закону о осигурању радника. Њима је обезбјеђивана љекарска помоћ

[323] Закон о осигурању радника од 14. маја 1922. године је давао широка права радницима и примјењивао се јединствено у цијелој Краљевини СХС, односно уведена је унификација социјалног осигурања и уведено социјално осигурање и у оним дијеловима Краљевине СХС гдје до тада није постојало.

[324] Тимотић Бранивоје, Анђелски Христо, *Здравствено законодавство*, Elit-Medica, Београд 2004, стр. 18-19.

[325] Закон о осигурању радника је постављен на модерним начелима осигурања, као што су: обавезност осигурања; широка лепеза осигураних ризика (болест, несрећа на послу, незапосленост, изнемоглост, старост, смрт храниоца породице); спровођење осигурања уз што мање оптерећење обвезника доприноса, тј. радника и послодаваца; централизација осигурања и средстава у једном носиоцу осигурања са мрежом организационих дијелова за спровођење послова осигурања; успостављање самоуправе радника и послодаваца у осигурању и државна помоћ и надзор над осигурањем.

и лијекови, те помоћ за случај порођаја и смрти, на основи посебних прописа. Држављани Краљевине СХС који су стално или привремено били запослени код југословенских предузећа у иностранству, обавезно су били осигурани по овим прописима, ако нису осигурани по прописима државе у којој раде. Осигурање страних држављана, запослених у Краљевини СХС регулисано је по принципу реципроцитета – имали су она права из осигурања која су имали југословенски држављани у њиховој земљи.

Према Закону о осигурању радника из 1922. године, осигураним лицима је обезбјеђивана љекарска помоћ, лијекови, санитетски материјал, лијечење и вађење зуба и болничко лијечење, а под одређеним условима и лијечење у санаторијумима, бањско и климатско лијечење. Осим тога, осигураницима је обезбјеђивано и право на накнаду зараде (хранарина) за случај спријечености за рад због болести у трајању од 26 недјеља, односно 52 недјеље. Ово право је припадало од првог дана уколико је боловање трајало дуже од три дана, а хранарину је исплаћивао Средишњи уред, а ако је боловање трајало до три дана, хранарину је исплаћивао послодавац. Допринос социјалног осигурања плаћали су послодавци и осигураници – радници по 50% од обавеза које је утврђивао Средишњи уред. Допринос за случај несреће на послу плаћали су само послодавци.

Поред овог обавезног државног осигурања, постојале су и друге врсте осигурања[326]: саобраћајни железнички фонд; братинске благајне за осигурање рудара и топионичара; пензиони заводи за осигурање намјештеника; трговачко болесничко осигурање (Београдска трговачка омладина - ВТО[327]); потпорна друштва и приватна.

Здравствена заштита различитих група осигураника спроводила се различито:

- Окружни уреди за осигурање радника у које су се обавезно учлањивали запослени у приватном сектору, имали су сопствену здравствену службу, претежно љекаре опште праксе, а крајем тридесетих година и љекаре медицине рада (хигијене рада) и неке специјалисте у средишњим уредима за осигурање радника у већим центрима;
- Братинске благајне (асоцијације обавезног здравственог осигурања рудара и топионичара) обезбјеђивале су здравствену заштиту члановима преко „уговорних љекара“, а и у сопственим болницама;
- Трговачка омладина и службеници банака и осигуравајућих завода у које су се обавезно учлањивали радници и службеници трговина, банака и осигуравајућих завода, имале су властите асоцијације здравственог осигурања и властиту здравствену службу (амбуланте и болнице) у којима се обезбјеђивала здравствена заштита члановима овог осигурања;
- Асоцијације обавезног здравственог осигурања железничара обезбјеђивале су својим члановима амбулантно-поликлиничко и болничко лијечење;

[326] Неке од ових асоцијација су оснивале своје здравствене установе – амбуланте и болнице. И поред свега овог, мали број становника је био социјално осигуран. Тако је 1939. године осигурањем било обухваћено само око 7,5% становника Краљевине Југославије. Наведене врсте осигурања, поред државног обавезног осигурања, биле су полуприватног карактера. Овакво осигурање није осигуравало здравствену и социјалну сигурност радника стога што осигурањем нису биле обухваћене све категорије радника, нити су били осигурани од свих ризика.

[327] *ВТО* је латинична скраћеница од *Beogradska Trgovačka Omladina*.

- Санитетска служба југословенске војске пружала је официрима и подофицирима (стални кадар) и члановима њихових породица комплетно амбулантно–поликлиничко и болничко лијечење, које је финансирала држава.

Законом о осигурању радника из 1937. године успостављена је таква организација социјалног осигурања у којој су послови за спровођење осигурања концентрисани у јединственој установи – Средишњи уред за осигурање радника – (СУЗОР) [328].

Поред настојања да се унаприједи систем здравствене заштите усљед недостатка новчаних средстава, није учињен значајан напредак у периоду између два свјетска рата. Права на здравствену заштиту била су знатно ограничена. Лијечење душевних и заразних болести било је бесплатно у болницама, међутим, с обзиром на мале болничке капацитете, те могућности многи болесници нису могли користити. Такође, биле су бесплатне одређене превентивне мјере заштите хигијенских завода, домова здравља и диспанзера. Према законским прописима, трошкове лијечења становника који су плаћали порез испод одређеног минимума сносиле су општине. Треба поменути као значајан вид здравственог осигурања, здравствене задруге које су озакоњене тридесетих година XX вијека[329].

4.3. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1946. до 1950. године

Послије II свјетског рата, почев од 1945. године здравствено осигурање је прошло кроз више фаза развоја. Развој здравственог осигурања у социјалистичкој Југославији се може подијелити на више фаза: прва, од 1946. до 1950, друга, од 1950. до 1970. и трећа, од 1971. до 1992. године када је нестала СФРЈ.

Одмах послије рата примјењивани су прописи о социјалном осигурању, као и прописи о организацији и спровођењу социјалног осигурања предратне Југославије, све до 2. маја 1945. године, када је донесен Закон о спровођењу социјалног осигурања у Демократској Федеративној Југославији. Овим законом привременог значаја извршена је унификација свих установа социјалног осигурања у Југославији и умјесто разних носилаца обавезног осигурања успостављен је јединствени носилац за случај болести, изнемоглости, старости и смрти за сва лица у радном односу[330].

Развој здравственог осигурања у социјалистичкој Југославији започет је доношењем Закона о социјалном осигурању (донесен је 26. јула 1946. године, а примјењиван од 1. јануара 1947. до 15. фебруара 1950. године). Овим законом (Сл. лист ФНРЈ 65/46) спроведена је централизација и унификација социјалног осигурања које је постало јединствено, свеобухватно и потпуно, а регулисане су све гране социјалног осигурања –

[328] Средишњи уред је био носилац осигурања за цијелу Краљевину. Међутим, осигурање радника било је у рукама седам државних ресора. Због тога, а и других утицаја државе, није могло ни бити јединственог социјалног осигурања, види: Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.,* стр. 21.
[329] Монографија социјалног осигурања СФРЈ, *op.cit.*, стр. 337-339.
[330] Према Закону о спровођењу социјалног осигурања у Демократској Федеративној Југославији (Сл. лист ДФЈ 8/45) јединствени носилац социјалног осигурања за цијелу земљу био је Средишњи завод за социјално осигурање који је замијенио многобројне установе социјалног осигурања у чијој је надлежности било одлучивање о рентама и пензијама.

здравствено, пензијско и инвалидско[331]. Радницима, намјештеницима и службеницима запосленим у државним установама, државним задружним и приватним предузећима, газдинствима и служби приватних послодаваца, обезбијеђено је право на државно социјално осигурање за случај болести, трудноће и порођаја, несреће на послу, изнемоглости, старости и смрти. Све обавезе према осигураницима ранијих носилаца осигурања, као и јавних и приватних фондова за осигурање радника и намјештеника преузели су нови органи социјалног осигурања. Права из здравственог осигурања знатно су проширена, а обухватала су: амбулантно-поликлиничко лијечење, болничко, санаторијумско и климатско лијечење, лијекове, итд. Љекарска помоћ обезбјеђивана је неограничено за вријеме трајања радног односа и годину дана по престанку радног односа, као и члановима породице, а болничко лијечење до шест мјесеци за поједине случајеве обољења. Осигурање почиње даном ступања на посао, а престаје даном раскида радног односа.

Систем социјалног осигурања је био заснован на сљедећим начелима[332]:

- *унификације и централизације*, тј. Државни завод за социјално осигурање је био под непосредним руководством и надзором Министарства рада ФНРЈ. Држава преко Државног завода за социјално осигурање са сједиштем у Београду, који има филијале организоване по територијалном или професионалном принципу, под управом дирекције спроводи социјално осигурање. Подручни уреди Завода су експозитуре или повјереништва. У свакој републици постојала је најмање једна филијала социјалног осигурања, а у мјестима гдје је постојала већа концентрација привреде односно већи број осигураника, основане су експозитуре, као теренски органи завода. Дирекција Завода је централни руководни и управни орган Државног завода за социјално осигурање која врши административно-оперативно руковођење пословима филијала, управља цјелокупним пословима Завода и врши јединствено књиговодство, статистику и билансе осигурања. При служби социјалног осигурања оснивани су савјети социјалног осигурања, као савјетодавна тијела министра рада ФНРЈ и филијале социјалног осигурања. У састав савјета, осим стручњака именованих *ad personem*, улазили су и изабрани представници синдиката. Утицај синдиката огледао се и у саставу љекарско-радничких стручних комисија, које су постојале у филијалама и које су доносиле одлуке о радној способности осигураника, о начину и врсти лијечења, оцјењивале умањену радну способност, итд. Ове комисије су биле састављене од једног љекара, једног стручног службеника социјалног осигурања и једног представника синдиката, делегираног од синдикалне организације;
- *судске заштите права осигураника, тј.* основни судови социјалног осигурања су организовани при окружном суду, а рјешавали су евентуалне спорове између Државног завода за социјално осигурање и осигураника у погледу остваривања и обима права. У другом степену постојао је Врховни суд социјалног осигурања;

[331] Финансијска средства за социјално осигурање обезбјеђивана су из доприноса који су плаћала предузећа из прихода и осигураници из зарада (односно предузећа из платног фонда) према прописима савезне владе. Приходи и расходи социјалног осигурања исказивани су у државном буџету, чиме је држава преузела све обавезе социјалног осигурања и права осигураника.
[332] Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.*, стр. 24-25.

- *јединствености и свеобухватности*, по којем су све особе које су запослене као радници, службеници и намјештеници, обавезно осигурани;
- *једнаких права осигураника,* а које је кориговано принципом различитости права осигураника према тежини рада. Права из социјалног осигурања утврђивана су по начелу да се за више рада и тежи рад признаје више права из социјалног осигурања. По овом начелу, обим давања из социјалног осигурања зависио је од трајања запослења на најтежим, тешким и осталим пословима, а висина новчаних давања и од просјечне зараде осигураника у одређеном периоду прије настанка права на давања. Овај принцип задржан је до данас;
- *потпуности*, тј. принцип да социјалним осигурањем морају бити обухваћени сви ризици: осигурање за случај болести, трудноће и порођаја; осигурање за случај несреће на послу; осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти;
- *друштвене бриге о дјеци,* кроз додатак за дјецу радника и намјештеника;
- *обједињавања социјалног осигурања са службом привредних предузећа*. Држава спроводи социјално осигурање тако да се социјално осигурање што више приближи осигураницима, па се служба социјалног осигурања, гдје год је то могуће, оснива при самим предузећима, а што је потпуно спроведено тек када су формиране самоуправне интересне заједнице здравствене заштите (СИЗ-ови).

4.4. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1950. до 1970. године

Развој социјалног и здравственог осигурања у социјалистичкој Југославији заснивао се на прилагођавању развоју друштвено-политичког система, при чему се разликују два различита процеса: први, процес етатизације и централизације и послије њега, процес деетатизације, децентрализације и самоуправљања. Самоуправљање у социјалном осигурању може се подијелити у два периода: први – до доношења уставних амандмана 1968. и 1971. године, који се може назвати период рационалног самоуправљања и други период послије амандмана, обиљежен формалним самоуправљањем, неефикасношћу и одступањем од принципа социјалног осигурања.

Прилагођавање је започело 1950. године доношењем Закона о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица (Сл. лист ФНРЈ 10/50) којим је уведено државно социјално осигурање финансирано из буџета. Умјесто дотадашњих установа социјалног осигурања, осигурање су спроводили органи државне управе надлежни за социјално осигурање. Влада ФНРЈ је 1950. године уредбом укинула Завод за социјално осигурање и његове надлежности пренијела на државне органе а руковођење и надзор су пренесени на Савјет за народно здравље и социјалну политику. По овом закону нестале су разлике у обиму права и начина заштите између радника, намјештеника и службеника, а круг осигураника је проширен на све раднике и службенике. Обавезно осигурање је проширено и на особе које су чланови произвођачких задруга као и на особе које нису у радном односу.

У здравственом осигурању је обезбијеђено: право на здравствену заштиту[333], право на материјално обезбјеђење за вријеме привремене неспособности за рад због болести, право на материјално обезбјеђење за вријеме одсуства због трудноће и порођаја. Осигураници су имали право на накнаду умјесто плате за вријеме привремене спријечености за рад усљед болести, његе члана уже породице или изолације (клицоноше); материјалну потпору за дјецу – за опрему новорођенчета, ради појачања исхране мајке и новорођенчета; потпора породиљама са више дјеце[334]. За случај смрти осигураника породици припада погребнина у износу двомјесечне редовне плате покојног осигураника, односно личне пензије или инвалиднине. Да би се брже и једноставније остваривала права из осигурања, а у циљу приближавања социјалног осигурања осигураницима, многи послови спровођења осигурања повјерени су државним, задружним и друштвеним предузећима и установама, код којих је осигураник запослен. Права из здравственог осигурања остваривана су у здравственим установама код овлашћеног љекара, затим у предузећу, установи или код надлежног органа управе за социјално осигурање.[335] У овом периоду развоја социјалног осигурања основне карактеристике биле су: установљено је државно социјално осигурање, непосредни носилац социјалног осигурања постала је држава; државни завод за социјално осигурање и његове филијале, експозитуре и повјереништва које су до тада спроводили социјално осигурање, престали су са радом, а послове спровођења социјалног осигурања преузели су органи управе, с тим што се одређени послови повјеравају предузећима и установама; средства за социјално осигурање обезбјеђују се у буџету; круг осигураних лица се проширује, уводе се нови ризици осигурања, нова права и проширује се обим појединих права, отклоњене су неједнакости у правима и заштити осигураника, државни службеници су укључени у јединствено радничко-службеничко осигурање, иако је њихово пензијско осигурање уређено посебним прописима и престали су са радом судови социјалног осигурања, а спорови из овог осигурања стављени су у надлежност редовних судова.

Влада ФНРЈ је у јуну 1952. године донијела Уредбу о оснивању Завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања. Са овом Уредбом почиње период деетатизације, децентрализације и самоуправљања у социјалном осигурању, а финансирање се поново врши путем доприноса[336]. Скупштина

---

[333] Право на здравствену заштиту обухватало је: медицинску помоћ и лијечење у здравственим установама или у стану болесника и послије мјесец дана по престанку радног односа, лијекове и друга љековита средства, справе за лијечење и санитетски материјал, лијечење у болницама и природним љечилиштима, опоравак у опоравилиштима послије болести, породиљску његу, зубну његу и зубну помоћ, протезе, ортопедске и друге справе.

[334] Осигураницима – женама је припадала једнократна новчана потпора за опрему сваког рођеног дјетета у браку или ван брака; погребнина за случај смрти члана породице у висини једномјесечне редовне плате, односно пензије или инвалиднине.

[335] У случају да је другостепеним рјешењем повријеђено законско право, осигураник је могао подићи тужбу среском суду, а против одлуке овог суда могла се поднијети жалба надлежном окружном суду. Ако је предмет спора било рјешење о пензији или инвалиднини, рјешавао је окружни суд у првом степену, а у другом степену врховни суд народне републике, односно аутономне покрајине.

[336] Поново су основани заводи за социјално осигурање којима су управљали осигураници преко скупштине изабраних представника. Заводи су основани и у сједиштима народних република, Аутономне покрајине Војводине и Аутономне области Косова и Метохије, као и срезовима и градовима Заводи су имали својство самосталних установа и спроводили су социјално осигурање.

осигурања је највиши орган управљања Заводом за социјално осигурање коју бирају осигураници, а скупштина је бирала извршни и надзорни одбор. Републички завод за социјално осигурање управља средствима фондова пензијског и инвалидског осигурања, као и средствима фонда за додатак за дјецу и врши надзор над пословањем Завода са социјално осигурање среза (града). Сремски (градски) завод за социјално осигурање врши све послове у вези са остваривањем права осигураника и доноси рјешење о праву на здравствену заштиту, на материјално обезбјеђење за вријеме привремене неспособности за рад усљед болести, трудноће и порођаја, погребнину, додатке на дјецу, као и рјешења о праву на пензију и инвалиднину. У појединим мјестима или већим предузећима Скупштина Завода може организовати своје испоставе, а може овластити и поједина предузећа да врше одређене послове у спровођењу социјалног осигурања. Завод се брине и о правилној и благовременој наплати доприноса за социјално осигурање, као и о извршавању обавеза органа, установа и предузећа у спровођењу социјалног осигурања.

Послије ове Уредбе, 1953. године донесена је Уредба о финансирању социјалног осигурања, а 1955. године Уредба о организацији социјалног осигурања. Ове уредбе су омогућиле прелазак социјалног осигурања из надлежности државе на заводе за социјално осигурање[337].

Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица из 1950. године било је регулисано заједно здравствено, пензијско, инвалидско осигурање и додатак на дјецу. Због ефикасности и економичности у задовољавању потреба осигураних лица показало се да је потребно сваку грану социјалног осигурања регулисати посебним законом. Тако је најприје 25. октобра 1951. године донесена Уредба о додатку на дјецу, а августа 1953. године прешло се с тог додатка на породични додатак, који је зависио од броја дјеце у породици и који се смањивао са повећањем броја дјеце. Убрзо су донесени и посебни закони и образовани посебни фондови.[338] У погледу организације и финансирања све три ове гране представљале су јединство које је обезбјеђивано преко поменутих уредби о финансирању и организацији социјалног осигурања из 1953. и 1955. године (заводи за социјално осигурање), а касније Законом о организацији и финансирању социјалног осигурања. Јединствени допринос за социјално осигурање између 1. јануара 1953. и 1. јануара 1955. године био је 10%. Оваква организација службе за спровођење социјалног осигурања, односно Завода за социјално осигурање, није се битније мијењала све до доношења Закона о организацији и финансирању социјалног осигурања 1962. године. Осигураници су преко својих изабраних представника управљали средствима која су се обезбјеђивала путем доприноса и сливала се у фондове. Заводи за социјално осигурање су имали положај јавних установа, а осигурање су спроводиле посебне службе организоване у заводима.

[337] Средства за социјално осигурање поново су одвојена од буџета и образован је јединствени савезни фонд за финансирање социјалног осигурања. Средства тог фонда распоређивана су на заводе за социјално осигурање република, а скупштине тих завода спроводиле су даљу расподјелу на фондове за дугорочно (пензијско и инвалидско осигурање и додатака на дјецу) и краткорочно осигурање (трошкови и накнаде у случају болести, трудноће, порођаја, климатског лијечења, за лијекове итд.).

[338] То су: Закон о здравственом осигурању радника и службеника (1954) , Закон о пензијском осигурању (1957) Закон о инвалидском осигурању (1958), види: Тимотић Б., Анђелски Х., *op. cit.,* стр. 28.

Закон о здравственом осигурању из 1954. године прописао је значајне измјене у погледу осигураних лица, права из здравственог осигурања, те услова за стицање права и поступка за остваривање права[339]. Овим законом су прописана сљедећа права: право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за вријеме привремене неспособности за рад усљед болести, трудноће и порођаја, помоћ за опрему новорођенчета, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и накнада погребних трошкова и посмртних помоћи. Читав овај период, све до 1960. године, обиљежен је постепеним увођењем самоуправљања у систем социјалног осигурања и децентрализацијом управљања фондовима социјалног осигурања. У овом периоду дошло је и до проширивања круга осигураника и до значајног унапређења система социјалног осигурања, увођењем нових облика заштите у систем социјалног осигурања (1955. године).

У овом периоду социјално осигурање се заснивало на сљедећим начелима:

- *права појединаца одговарају њиховом радном доприносу* - Права су јединствена, а стопа доприноса се утврђује годишњим разрезом, тако да приходи не покривају низ права из социјалног, првенствено здравственог осигурања (примјер: од 1955. године здравствена заштита радника обухвата и потпуно лијечење и превентивне мјере). Та диспропорција је потенцирана и тиме што су задржани елементи централистичког и буџетског односа, а што је имало за посљедицу нерационално трошење средстава и стални раст стопе доприноса;
- *самоуправљање* - које се манифестовало тиме што су образовани самостални фондови којима управљају осигураници. Овим начелом се жељело постићи активније учешће осигураника и њихових предузећа и установа у систему социјалног осигурања те развијање самосталности фондова и завода за социјално осигурање. Ово је условљавало децентрализацију система социјалног осигурања, већу заинтересованост органа општине и повећања права и одговорност предузећа и установа. У оквиру заједница социјалног осигурања и завода за социјално осигурање остваривало се начело самоуправљања. Заједнице социјалног осигурања су организоване према територијалном принципу од комуналних, преко републичких до савезних као органи који су утврђивали општу политику развоја социјалног осигурања с циљем унапређивања заштите осигураника у свим гранама социјалног осигурања. Заједнице су давале и смјернице заводима у вези са оперативним вођењем послова, трошењем средстава фондова, да би се социјално осигурање спроводило са што мање терета за осигураника и државну заједницу. Средствима фондова социјалног осигурања располажу заводи. На тај начин се начело самоуправљања спроводило и у заводима за социјално осигурање, који су били организовани као радне заједнице[340].

[339] У погледу здравствене заштите овим законом је извршена подјела на основну и проширену здравствену заштиту. Права на основну здравствену заштиту остваривала су се стицањем својства осигураног лица, а на проширену здравствену заштиту претходним стажом осигурања.

[340] Управни одбор завода за социјално осигурање формирају оне заједнице осигурања за које завод обавља послове осигурања, тако да у његов састав улазе представници скупштина заједнице социјалног осигурања

- *ширење круга осигураника* тако што је предвиђено основно здравствено осигурање земљорадника и чланова њихових породица, а допуштено и увођење проширеног здравственог осигурања.
- *проширивање одговорности радних организација,* а што је спроведено Законом о социјалном осигурању из 1962. године, да би се радне организације стимулисале да воде рачуна о трошковима и ефикасности спровођења социјалног осигурања, посебно здравственог осигурања. С тим циљем један дио средстава фондова здравственог осигурања уступљен је радним организацијама, а оне су исплаћивале накнаду зарада за краћа боловања (до 30 дана), а фонду здравственог осигурања вршиле надокнаду трошкова лијечења радника повријеђених на радном мјесту. Тиме су радне организације стимулисане за спровођење мјера заштите на раду.
- *дјечији додатак*, који је до тада био интегрални дио социјалног осигурања, издвојен је јер није облик социјалног осигурања радника, већ облик друштвене помоћи породицама.

Као посљедица економског и социјалног развоја земље социјално осигурање временом постаје све потпуније, оно обухвата нове категорије становништва, уводе се нова права, а постојећа проширују. Тако је 1959. године донесен Закон о здравственом осигурању земљорадника, којим се обезбјеђује право на здравствену заштиту овој великој групацији становништва.

Ново усклађивање са општим развојем друштва услиједило је доношењем Закона о организацији и финансирању социјалног осигурања (1962) и Закон о здравственом осигурању (Сл. лист СФРЈ 22/62), који је примијењен 1962. године. Заједнице социјалног осигурања, као самоуправни носиоци осигурања у којима су осигураници остваривали своја права основане су Законом о организацији и финансирању социјалног осигурања. Заједница социјалног осигурања (комунална, републичка, савезна) је организациона основа социјалног осигурања у којој осигураници управљају социјалним осигурањем преко одговарајућих самоуправних органа[341]. Законом о здравственом осигурању обезбијеђено је обавезно осигурање припадника самосталних дјелатности, који су се постепено укључивали и у пензијско-инвалидско осигурање[342].

и одређени број чланова које бирају радници завода, односно радне заједнице, а директор завода је по положају члан управног одбора.

[341] Образовањем заједнице социјалног осигурања остварено је начело да је социјално осигурање ствар самих осигураника и њихових радних организација. Заједнице социјалног осигурања су постале аутономни носиоци политике, обезбјеђења и коришћења средстава и организатори службе спровођења социјалног осигурања. Стручне послове и пословање фондова (спровођење социјалног осигурања) вршили су и даље заводи за социјално осигурање, а доприноси се диференцирају према ризицима и прикупљају у посебним фондовима. Овим законом се, такође, по први пут успостављају начела узајамности и солидарности као основна начела нашег система социјалног осигурања.

[342] Права на здравствену заштиту су проширена, а новину представља увођење учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите – партиципација (лијекова на рецепт и појединих здравствених услуга) и слободан избор љекара и здравствене установе. Овим се хтјела постићи непосредна одговорност љекара и здравствених установа, а исто тако послужила је и за изналажење адекватних основа и мјерила за регулисање економских односа између заједнице социјалног осигурања и здравствених установа.

Доношењем Устава СФРЈ 1963. године, знатно се мијења и социјално осигурање, па је било неопходно ускладити и прописе из социјалног осигурања. Настала је промјена организације и механизама финансирања социјалног осигурања. Основни закон о здравственом осигурању и нови прописи о социјалном осигурању услиједили су 1965. године. Здравствено, пензијско и инвалидско осигурање укључују се у токове привредне реформе, што је био главни задатак шездесетих година. Привредна реформа у здравственој дјелатности огледала се у смањењу стопе доприноса за здравствено осигурање радника. Истовремено је дошло до пораста цијена неких производа и услуга, што је условило и пораст цијена здравствених услуга. Тако су се здравствено осигурање и здравствена служба нашле у противрјечној ситуацији: повећале су се обавезе због повећања цијена здравствених услуга и пораста накнада за вријеме боловања, а смањена су средства због смањења стопе доприноса за здравствено осигурање. С циљем рјешавања тог проблема покушало се са смањењем права осигураника, али доста касно – тек маја и септембра 1966. године и наравно уз велике протесте јавности. Настали дефицити у фондовима здравственог осигурања покривани су из резервног фонда, створеног 1963. и 1964. године. Због тежње законодавца за максималном демократизацијом система и за што већим правима осигураника нагло су расли: број осигураника и осигураних лица; потрошња по осигураном лицу; висина накнаде зараде због боловања, трудноће и порођаја; просјечно вријеме трајања боловања; потрошња лијекова и трошкови свих облика здравствене заштите као и путни трошкови, итд.

Социјално осигурање се радикално мијења послије 1968. године у правцу све ширег самоуправљања и децентрализације. Према амандману XVI од 26. децембра 1968. године, који је постао саставни дио Устава СФРЈ, материја социјалног осигурања се уређује општим законодавством, што је захтијевало потпуну ревизију цјелокупног социјалног осигурања. Јединствена организација социјалног осигурања и јединствени систем тог осигурања утврђен савезним прописима није постојао послије ових уставних амандмана. Укинут је и јединствени носилац социјалног осигурања. Здравствено осигурање, као облик којим се корисницима осигурава право на здравствену заштиту и новчана примања, издваја се од пензијског и инвалидског осигурања (које располаже само новчаним накнадама за случај инвалидности, старости и смрти). Тиме се успостављају паралелни различити системи организације и спровођења осигурања. Организационо се раздвајају осигураници радници од осигураника земљорадника, који своја права остварују у посебним заједницама, здравственог односно пензијског и инвалидског осигурања. Нормирање промјена у здравственом осигурању одвијало се између 1969. и 1970. године, а за пензијско-инвалидско осигурање између 1972. и 1973. године. Све до тада социјално осигурање и све три гране (здравствено, пензијско и инвалидско) спроводило се јединствено преко комуналних заједница социјалног осигурања, које су представљале самоуправне асоцијације осигураника, а стручна служба за спровођење осигурања остали су заводи за социјално осигурање. Промјене у социјалном осигурању нису се одвијале само у цијепању система социјалног осигурања на три његове гране, већ и трансформацијом његове организације и спровођења. До тада је систем социјалног осигурања био регулисан савезним законима и био је јединствен за цијелу земљу. Успостављањем уставних амандмана 1971. године дошло је до

децентрализације законодавне функције. Федерација је могла да уређује само основна права ради осигурања социјалне сигурности и солидарности грађана, а доношење прописа у области здравственог, пензијског и инвалидског осигурања и највећи дио здравствене дјелатности пренесен је на републике. Тако од 1971. године у социјалном осигурању и здравственој заштити постоји трипартитна регулатива. Федерација уређује основе система, Република доноси допунске прописе, а друштвеним договорима и самоуправним споразумима уређује се све друго. Поједине гране социјалног осигурања организационо се раздвајају. Умјесто дотадашњих комуналних завода социјалног осигурања, оснивају се самоуправне заједнице (СИЗ-ови), посебно за здравствено, а посебно за пензијско-инвалидско осигурање. Комунални завод за социјално осигурање замјењује се посебним службама за здравствено осигурање и посебним службама за пензијско-инвалидско осигурање.

Обавезни минимум права из здравственог осигурања земљорадника прописан је Основним законом о здравственом осигурању земљорадника (Сл. лист СФРЈ 2/68). Ова материја је преузета и обухваћена Општим законом о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва (Сл. лист СФРЈ 20/69). Те 1969. године делимитирају се и стопе доприноса за здравствено осигурање. Овим законом, у принципу, регулисана су питања од значаја за јединство система здравственог осигурања и обезбјеђења здравствене заштите. Републички закони донесени 1970. године, са примјеном од 1971. године, су ближе регулисали и утврдили норме система у којима се изражавају заједнички интереси радника у обезбјеђењу здравствене заштите и утврђени економски, организациони и правни услови за успостављање и развој социјалног осигурања.

Увођењем обавезних видова здравствене заштите, она постаје општенародна здравствене заштита. То је најзначајнија новина у здравственој заштити, која постаје превентивно оријентисана. Она обухвата највулнерабилније групације становништва и најзначајније групе обољења и то цјелокупног становништва. Законом о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите прописано је формирање три врсте заједнице здравственог осигурања: заједница здравственог осигурања; заједница здравственог осигурања земљорадника и заједница здравственог осигурања самосталних професија[343].

4.5. Развој здравственог осигурања у Југославији од 1971. до 1993. године

Ова фаза почиње доношењем уставних амандмана на Устав СФРЈ који за посљедицу има знатне промјене система здравственог осигурања. Републике и покрајине су донијеле своје законе у области здравственог и пензијско-инвалидског осигурања у складу са уставним амандманима из 1971. године, почев до 1972. и 1973. Године. На нивоу федерације уређивана су само основна правила ради осигурања социјалне сигурности и солидарности радника у цијелој земљи. Али, дограђени систем пензијско-инвалидског осигурања није донио битне измјене у погледу врсте права и услова за стицање права у

[343] Ове заједнице су биле обавезне да обезбиједе првенствено спровођење обавезних видова здравствене заштите и да уравнотежено пословање са стопом доприноса, а што омогућавало да здравствене установе послују по принципу дохотка, види: Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.,* стр. 27-34.

односу на систем који је примјењиван до краја 1972. године у складу са уставним амандманима из 1971. године. У уставни систем уводе се самоуправне интересне заједнице (СИЗ) као мјеста гдје се обавља слободна размјена рада и одлучује на бази самоуправног споразумијевања и друштвеног договарања. Одређене потребе корисника на начелима узајамности и солидарности задовољавају се у СИЗ-у. Уставом из 1974. године, СИЗ се институционализује као посебан облик самоуправног организовања радника и других радних људи ради задовољавања личних и заједничких потреба и интереса као и ради усклађивања рада у одређеним друштвеним дјелатностима са радом у материјалној производњи. Уставом СФРЈ из 1974. године (чл. 51) предвиђено је самоуправно интересно организовање, као и уставом република и покрајина. Ово организовање је омогућено тек Законом о здравственом осигурању 1974. године.[344] Односи у СИЗ-у здравствене заштите утврђени су још законима о здравственој заштити покрајина и самоуправним општим актима самих СИЗ-ова. Овим прописима, који су засновани на слободној размјени рада, установљен је нови систем економско-финансијских односа у здравственој заштити. Законом о здравственој заштити из 1974. године успостављени су нови облици у финансирању здравствене заштите. У оквиру СИЗ-а здравственог осигурања и здравствене заштите, самоуправно се регулишу сви односи у здравственој заштити. Средњорочним планом здравствене заштите који доноси скупштина СИЗ-а утврђује се висина потребних средстава за здравствену заштиту. По правилу, тим планом се одређује и висина доприноса усклађена са Законом о здравственом осигурању (осигураници, радне организације, послодавци и др.). Осигураници самоуправним споразумом утврђују стопе доприноса за поједине категорије и та стопа осигурања је јединствена и пропорционална[345]. Као „квази-самоуправне творевине“, СИЗ-ови се почињу напуштати почев од 1990. године. Доношењем Закона о друштвеним дјелатностима у Србији, почев од 01. априла 1990. године, СИЗ-ови здравствене заштите више не постоје. Умјесто неефикасних СИЗ-ова, Законом о здравственој заштити из 1990. године основани су фондови са једноставном организацијом, мањом стручном службом и ефикаснијим одлучивањем. Фондови здравственог осигурања су образовани на међуопштинском нивоу, а не на општинском као што су били СИЗ-ови, тако да су представљали ширу ризичну заједницу са развијеном здравственом службом. Права на здравствену заштиту и начин њиховог остваривања сада се уређују законом, а не у СИЗ-у, као што је било раније.

Основе будућег здравственог осигурања заснованог на промијењеним својинским односима дао је Устав Србије из 1990. године. Уставом су дата и начела за организовање

[344] Поред овог, правни положај и односи у СИЗ-у регулисани су касније и Законом о удруженом раду 1976. године, Законом о планирању и другим системским законима, као и Законом о здравственој заштити из 1979. године, који је усклађен са Законом о удруженом раду.

[345] Сматрало се да ће радници преко слободне размјене рада и интересног организовања овладати цјелином дохотка, да ће одлучивати о друштвеним пословима и да ће самоуправљање бити најпотпунији облик демократије. Међутим, то се није остварило, већ је самоуправно интересно организовање изазвало неорганизованост, неефикасност, блокаду одлучивања због упорног настојања да се о сваком питању постигне консензус. С друге стране, принципи самоуправног интересног организовања су неспојиви са принципима социјалног осигурања. СИЗ-ови се заснивају на споразумијевању, колективитету корисника и давалаца услуга, договорној економији, планирању потреба и слично, а социјално осигурање на обавезности, индивидуалним правима осигураника, сталности права утврђених законом, у односу на здравствене установе, а дјелимично и на тржишним начелима.

и финансирање здравственог осигурања, полазећи од тога да је економско и социјално уређење засновано на слободном предузетништву и свим облицима својине са тржиштем робе и капитала и да основ за присвајање није само рад већ и својина, што постаје основ за управљање и учешће у одлучивању[346]. Начела социјалног осигурања утврђена су Уставом. Она су разрађена у законима, који су у току 1992. године донесени и којима је уређено здравствено осигурање, пензијско и инвалидско осигурање и запошљавање. Овим законом је очуван достигнути обим права, с тим што је установљен механизам уравнотежења средстава и обима права, успостављени принципи економичности службе и пословања фондова осигурања и слично. Закон о здравственом осигурању из 1992. године у Србији предвиђа двије врсте здравственог осигурања: обавезно и добровољно. Обавезним осигурањем обухваћени су сви становници који уживају подједнака права по основу осигурања. Оно је обавезно за све категорије становништва. Добровољно здравствено осигурање је предвиђено законом као могућност, али није заживјело у пракси[347]. Осигураник, осигуравајући себе, аутоматски осигурава и чланове своје породице које издржава. Републички завод за здравствено осигурање, као самостална установа са својством правног лица обезбјеђује спровођење здравственог осигурања. С циљем приближавања осигураним лицима ради лакшег остваривања права, Завод образује своје организационе јединице – филијале, за подручје сваког округа. Осигураници преко органа завода управљају Заводом за здравствено осигурање: управни одбор, надзорни одбор и директор. Запослени у осигурању врше стручне, административне и финансијске послове у вези са радом и пословањем Завода и спровођењем здравственог осигурања. Народна скупштина Републике Србије обезбјеђује средства за здравствено осигурање одређивањем пропорционалне стопе доприноса. Допринос за здравствено осигурање плаћају сви, без обзира на висину прихода. Пропорционална стопа доприноса обезбјеђује високу солидарност – ко има више, више и плаћа за здравствено осигурање. По утврђеној јединственој стопи доприноса послодавац врши мјесечне уплате доприноса за све запослене раднике из нето зарада и из укупног прихода послодавца. За пензионере допринос уплаћују организације пензијско-инвалидског осигурања, а за лица пријављена тржишту рада Завод за тржиште рада. Пољопривредници плаћају утврђену стопу доприноса на катастарски приход, а за сиромашно становништво (социјално угрожена лица) допринос плаћа републички буџет. Приход Завода за здравствено осигурање чине средства: доприноса за обавезно здравствено осигурање; доприноса за добровољно здравствено осигурање; од имовине којом располаже завод; од личног учешћа осигураних лица (партиципација) у трошковима здравствене заштите; од домаћих и иностраних кредита и зајмова и других извора.

---

[346] Овим се утемељује грађанско друштво са свим карактеристикама друштвено-економских односа које то друштво носи са собом. Даље је утврђен садржај здравственог осигурања и ризици које оно покрива. Неопходни обим здравствене заштите обезбјеђује се за све грађане. Обавезно здравствено осигурање прокламовано је за запослене, а добровољно за остале грађане, а и остављена је могућност да се законом и ови други могу обавезно осигурати за одређене ризике.

[347] Овим осигурањем се по закону могу осигурати: они који нису осигурани обавезним осигурањем (мање од 2% становништва); осигураници за обезбјеђење права у већем обиму од предвиђеног обавезним осигурањем; и права која нису предвиђена обавезним здравственим осигурањем – неплаћање партиципације. Најмања ризична заједница осигурања јесте породица.

Обавезним здравственим осигурањем обезбијеђена су двојака права: право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде (зараде за вријеме привремене спријечености за рад, путних трошкова за вријеме коришћења здравствене заштите ван подручја матичне филијале и погребних трошкова). У организационој јединици – филијали, на чијем подручју осигураник има пребивалиште обезбјеђују се права из здравственог осигурања. Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи и код других носилаца здравствене службе који имају сједиште на подручју матичне филијале. У остваривању права на здравствену заштиту обезбјеђује се слободан избор љекара и здравствене установе, као и коришћење здравствене заштите ван подручја матичне филијале, у хитним случајевима, када је то неопходно. Завод за здравствено осигурање уређује својим правилником начин и поступак остваривања здравствене заштите. Нови систем здравственог осигурања прописан законом из 1992. године није у потпуности успостављен у пракси усљед друштвене и економске кризе која је посљедица нестанка СФРЈ, распада тржишта, рата и санкција међународних организација[348].

4.6. Настанак здравственог осигурања Републике Српске

Доношењем Устава Републике Српске (28. фебруар 1992. године) стекли су се формални услови за доношење закона и других прописа из социјалног осигурања у Републици. Устав Републике Српске је у дијелу о правима и дужностима Републике прописао, између осталог, да Република уређује и обезбјеђује: радне односе, заштиту на раду, запошљавање, социјално осигурање и друге облике социјалне заштите, здравство, борачку и инвалидску заштиту, бригу о дјеци и омладини, образовање, културу и заштиту културних добара, физичку културу и заштиту животне средине. До доношења нових закона и других прописа, према одредбама Уставног закона за спровођење Устава (чл. 12), примјењивани су закони и други прописи СФРЈ и СР БиХ који су у сагласности са Уставом Републике Српске и који нису у супротности са законима и другим прописима које је донијела Скупштина српског народа у БиХ[349]. ЗЗЗ РС и ЗЗО РС донесени су 20. и 21. јула 1993. године, као основни системски прописи у овим

[348] Криза се негативно одражавала посебно на област социјалног осигурања, јер смањење привредних активности осиромашује фондове социјалног осигурања, а затим доводи до општег сиромаштва. У обезбјеђивању права на основу рада и социјалног осигурања, у тим условима, напуштају се принципи осигурања, а уводе критеријуми социјалне помоћи. У оваквим условима тешко се може говорити о функционисању и спровођењу социјалног осигурања, јер за то не постоје ни најминималнији услови. Као сурова стварност овог времена остаће запамћено кршење билатералних и мултилатералних конвенција о социјалном осигурању од стране европских земаља на штету наше земље и наших грађана који су осигураници тих земаља, иако су права из социјалног осигурања изузета од санкција међународних организација, види: Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.,* стр. 27-34.

[349] Уставни закон за спровођење Устава Републике Српске (у чл. 10) утврдио је обавезу доношења најважнијих закона (у року од 30 дана) који су неопходни за функционисање новонастале државе. Област здравства и здравственог осигурања нису спадале у наведени приоритет првог реда, јер су морали и могли да функционишу по старим прописима. У складу са наведеним, као и у другим областима, у здравству и здравственом осигурању у Републици Српској у примјени су били постојећи прописи, док се не донесу нови. У тадашњим тешким условима предузимане су мјере за припрему и доношење нових прописа, којима је требало да се уреде нови односи у складу са уставом, а према потребама и интересима и државе и грађана у области здравства и здравственог осигурања.

областима, након чега се приступило раду на доношењу подзаконских спроведбених аката. ЗЗО РС, објављен 9. августа 1993. године[350], уређује права из здравственог осигурања запослених и других грађана обухваћених обавезним здравственим осигурањем, као и организацију и финансирање здравственог осигурања. Ради обезбјеђивања и спровођења здравственог осигурања основан је Јавни фонд за здравствено осигурање Републике Српске[351]. Права из здравственог осигурања остварују се у Јавном фонду, а одређена права запослени остварују код својих послодаваца. Права из здравственог осигурања обезбјеђују се и одређеним категоријама, само за случај повреде на раду и професионалне болести[352]. Права из здравственог осигурања су: здравствена заштита; накнада плате за вријеме привремене спријечености за рад; накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и накнада погребних трошкова. Обим и садржај здравствене заштите ближе уређује Фонд. Добровољно здравствено осигурање ближе се уређује општим актом Фонда. Послодавци обавезно обезбјеђују из својих средстава специфичну здравствену заштиту запослених. Средства за остваривање права из здравственог осигурања обезбјеђују осигураници и послодавци. У поступку остваривања права утврђених овим законом примјењују се одредбе Закона о општем управном поступку и то у првом степену рјешава филијала Фонда, а у другом степену Фонд. Против коначног акта Фонда може се покренути управни спор. Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи и код других носилаца здравствене службе који имају сједиште на подручју филијале Фонда која му је признала то својство. Односи између Фонда и носилаца здравствене службе поводом пружања здравствене заштите осигураним лицима уређују се уговором. Финансирање здравственог осигурања се обезбјеђује уплатом доприноса за здравствено осигурање од стране обвезника на одговарајући рачун Фонда, у складу са Законом о доприносима (у даљем тексту: ЗОД РС)[353].

Да би се унаприједила ситуација у области здравствене заштите у послијератном периоду, Народна скупштина Републике Српске (у даљем тексту: НС РС) је 25. јуна 1996. године донијела Стратегију развоја здравља до 2000. године, у којој је предложена реформа система здравства и здравственог осигурања да би на тај начин била стимулисана ефикасна, квалитетна и економична здравствена заштита у условима ограничених материјалних средстава. Први текст поменуте стратегије је био база за израду Стратешког плана за реформу и реконструкцију здравственог система 1997-2000, коју је припремио експертни тим уз помоћ СЗО, а публикован је 1997. године. Циљ

[350] Закон о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 12/93).

[351] Органи фонда су: управни одбор, надзорни одбор и директор. Предсједнике и чланове управног и надзорног одбора именује Влада Републике Српске, а директора именује и разрјешава Народна скупштина на приједлог Владе.

[352] Те категорије су: ученици и студенти који се налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави; лица која раде волонтерски; лица која се налазе на стручном оспособљавању, доквалификацији или преквалификацији; учесници организованих јавних радова и лица која се налазе на обучавању за одбрану у центрима за обуку; лица која у складу са прописима о радним односима обављају привремене или повремене послове, види: ЗЗО РС, чл. 15.

[353] Фонд врши контролу уплате доприноса и у том циљу може вршити увид у пословне књиге и другу документацију. У случају неплаћања или неблаговременог плаћања доприноса, Фонд о томе обавјештава Службу платног промета и финансијске контроле ради предузимања мјера за принудну наплату потраживања.

реформе система здравствене заштите и здравственог осигурања био је да се финансирање прилагоди потребама здравствене заштите, те успостави склад између права на здравствену заштиту и расположивих материјалних могућности друштва.

Континуитет здравственог законодавства Републике потврђен је подјелом законодавне надлежности у Уставу Босне и Херцеговине (Анексу IV Општег оквирног споразума о миру за Босну и Херцеговину из 1995) којим је предвиђена надлежност ентитета у области социјалног осигурања. Овај споразум је одредио уставне надлежности институција Босне и Херцеговине, која је наставила своје правно постојање по међународном праву као једна држава и као таква остаје држава чланица УН-а, а састоји од два ентитета: Републике Српске и Федерације Босне и Херцеговине. Према овом Уставу Босна и Херцеговина и оба ентитета обезбјеђују највиши ниво међународно признатих људских права и основних слобода. Према Уставу БиХ, све владине функције и овлашћења која нису изричито дата институцијама БиХ припадају ентитетима.[354] Устав Федерације БиХ је прописао да су, између осталог, федерална власт и кантони надлежни за: обезбјеђивање и провођење људских права, здравство, политику заштите човјекове околине и социјалну политику. У складу са потребама, неке надлежности се остварују заједнички или одвојено или од стране кантона координисано од федералне власти. Између осталог кантони су посебно надлежни за: утврђивање политике која се тиче регулисања и осигуравања јавних служби и провођења социјалне политике, те успоставу служби социјалне заштите.

[354] У оквиру Савјета министара Босне и Херцеговине, Министарство цивилних послова је, између осталог, надлежно и за обављање послова и извршавање задатака који се односе на утврђивање основних принципа координације активности, усклађивања планова ентитетских тијела власти и дефинисања стратегије на међународном плану у подручјима: здравства и социјалне заштите, пензија, науке и образовања, рада и запошљавања, културе и спорта, геодетским, геолошким и метеоролошким пословима.

V ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Здравствено осигурање постоји у облику јавног, приватног или мјешовитог осигурања, као обавезно и добровољно. Обавезно (законско) здравствено осигурање покрива трошкове здравствених услуга већег дијела становништва на принципу солидарности, чиме су услуге постале доступне свима. Добровољно (приватно, уговорно) здравствено осигурање почива на економским могућностима и индивидуалном здравственом ризику осигураног лица. У европским државама постоје обавезно и добровољно здравствено осигурање, гдје је обавезно осигурање важније од уговорног (приватног) осигурања, а у САД постоји добровољно осигурање. Општа карактеристика је да су код највећег броја земаља присутне промјене у: структури популације, економском и социјалном сектору, научном и технолошком развоју, итд. и у склопу свих ових промјена и системи здравственог осигурања морали су се прилагођавати и мијењати. Сегменти који су предмет реформи у оквиру система здравственог осигурања су: финансирање здравственог осигурања (доприноси, порези, итд.); начин алокације средстава (у којем правцу усмјерити средства, нпр. у кадрове, опрему, итд.); организација здравствене заштите (потенцирати ПЗЗ, итд.). Такође, у скоро свим земљама свијета је присутна тенденција имплементације приватног здравственог осигурања[355]. Према извјештајима МОР-а, покривеност становништва здравственим осигурањем у свијету је незадовољавајућа, а само је у Европи већина популације обухваћена здравственим осигурањем и здравственом заштитом. У осталим земљама, нарочито у земљама у развоју, велики број становника је изван осигурања, нарочито у руралним и пољопривредним подручјима, док је највише заштићено урбано становништво у тзв. формалном сектору[356].

5.1. Појам здравственог осигурања и здравствене заштите

Здравствено осигурање и здравствена заштита посматрани са становишта правног система (у објективном смислу) представљају скуп правних норми којима се уређује заштита здравља осигураних лица, а посматрани са становишта осигураних лица (у субјективном смислу) представљају скуп права, обавеза и одговорности којима се осигураним лицима обезбјеђују здравствена заштита и новчане накнаде у вези са очувањем и заштитом здравља. Предмет законског регулисања су осигураници, права из здравственог осигурања, обавеза плаћања доприноса и установе здравственог осигурања (фонд здравственог осигурања, канцеларије, пословнице и експозитуре).

Здравствено осигурање (*health insurance*) је специфичан дио социјалног осигурања који је дуго био регулисан заједно са пензијским и инвалидским осигурањем јединственим законским прописима који су остваривани у јединственим институцијама социјалног осигурања. Социјално осигурање као друштвена дјелатност има за циљ да осигура одговарајућу економску и социјалну сигурност радницима и другим осигураницима и члановима њихових породица у случају: опасности или посљедица стања болести,

[355] Ракоњац-Антић Татјана, *Пензијско и здравствено осигурање (друго издање)*, Економски факултет Београд, Београд, 2010., стр. 234.
[356] Јашаревић С., *op. cit.*, стр. 195.

несреће на послу, изнемоглости, односно смањења или губитка радне способности, старости и смрти. Ријеч *осигурање* је повезана са појмом *сигурност*. Осигурање, у најширем смислу ријечи представља вид организовања појединаца или организација који су у сличној ситуацији, ради смањивања ризика од тешких материјалних губитака[357]. Здравствено осигурање је као дио социјалног осигурања саставни дио социјалног права које према ставовима у правној литератури чине још социјална заштита, друштвена брига о дјеци (дјечија заштита), осигурање за случај незапослености, борачко-инвалидска заштита и заштита цивилних жртава рата[358].

Социјално право је скуп норми којима се обезбјеђују права из социјалног осигурања, социјалне заштите, заштите дјеце и права бораца, ратних, војних и цивилних инвалида и жртава рата[359]. Систем заштите којим се пружа сигурност остварује се у четири облика: право на социјално осигурање; право на социјалну заштиту; право на основу друштвене бриге о дјеци, тј. право дјетета на заштиту; право инвалида – цивилних, војних и по рођењу. Може да се каже да је социјално право – право лица погођених социјалним ризиком или оних који су у опасности да их ризик погоди. Оно регулише односе између субјеката, чији је циљ спречавање наступања ризика (спречавање њихових узрока) и отклањање посљедица наступјелих ризика[360]. Појам социјалног права може се посматрати и шире: социјално право требало би да обухвати: социјално-економска права; социјално осигурање (здравствено осигурање и здравствена заштита, пензијско и инвалидско осигурање), осигурање за случај незапослености; социјално старање; социјалну заштиту дјеце и породице; социјалну заштиту бораца, војних инвалида и жртава рата; социјалну политику; партиципацију – учешће запослених у управљање предузећима и друштвом. У оквиру наведених области предмет изучавања социјалног права нису само правне норме, већ и институције и односи који су битни за социјално правни положај човјека[361].

У правној науци не постоји сагласност о значењима термина: *социјално право, право социјалне сигурности, право социјалног осигурања, право социјалне заштите, право социјалног обезбјеђења, социјално старање, социјално обештећење*. Различита значења су посљедица различитог одређења предмета регулисања, односно изучавања, који може бити уже или шире схваћен. Уже схватање израза социјално право се користи у њемачком праву и обухвата право социјалног осигурања и социјалне заштите. Шире схватање термина социјално право се јавља у Француској (и романској) теорији и укључује радно право, право социјалне сигурности и социјалне помоћи (чак и право заштите животне средине). У земљама *common law* система синтагма социјално право се готово и не користи, а у употреби су термини право социјалне сигурности, право

---

[357] Појединци и организације формирају заједничка финансијска средства, тј. кад су здрави и способни уплаћују средства која користе када су болесни и неспособни за рад. Овакви видови организовања јављају се неколико вијекова уназад, али тек од краја прошлог вијека као законска обавеза.

[358] Мирјанић Ж., Савић С., *op.cit.,* стр. 173.

[359] Шундерић Боривоје, „Тезе о економском и социјалном праву“, *Радно и социјално право*, бр. 1-3/2003, стр. 73-74.

[360] Шундерић Б., *op.cit.,* (2009), стр. 13.

[361] Мунћан Ј. *Социјално право* (Едиција Уџбеници) Правни факултет, Центар за издавачку делатност, Нови Сад, 1999, према: Јашаревић С., *op. cit.,* стр. 7.

социјалне заштите, а у ширем смислу и право државе благостања[362]. Имајући у виду развој социјалне заштите у појединим државама, МОР је почео за вријеме Другог свјетског рата (на засједању у Филаделфији године 1944) да употребљава у својим универзалним актима *социјалну заштиту* као термин и појам. То су у развоју социјалне заштите слиједиле многе државе. У току даљег развоја МОР је утврдио главне смјерница и за појам и садржај *социјалне политике*. На принципима социјалне заштите и социјалног осигурања оствареним у њиховом протеклом развоју, МОР је утврдио концепцију *социјалне сигурности*, чија су битна обиљежја: потпуна и усклађена заштита од свих социјалних случајева због којих радник губи своју зараду, привремено или стално, употпуњена здравственом заштитом и породичним давањима; проширење заштите на све одрасле особе, у границама њихових потреба, као и на особе које они издржавају; законом предвиђена давања, која до неке мјере омогућавају корисницима да одрже прихватљив животни стандард; систем финансирања који обезбјеђује довољна средства за покриће давања корисницима, уз примјену начела солидарности: сиромашних и богатих, здравих и болесних, мушкараца и жена, активних особа и оних који су или престари или премлади да би били способни за рад те већа зависност од друштвених чинилаца.

Компаративна анализа система здравствене заштите у европским земљама, посебно здравственог осигурања, као једног од кључних елемената тог система, 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[363]. Ова анализа показује да је постојање обавезног здравственог осигурања заједничка карактеристика у европским земљама. Обавезно здравствено осигурање се организује према једном од познатих модела (Бизмарков, Беверицов или мјешовити модел) и финансира обавезни пакет здравствених услуга, који је прилагођен финансијским могућностима државе. Изражена је тежња за обезбјеђењем реалних фондова за покривање трошкова што ширег обавезног пакета услуга. Осим обавезног осигурања, свуда су присутна и допунска или приватна осигурања која обезбјеђују средства за финансирање ширег пакета услуга, што доприноси подизању квалитета здравствене заштите. Државно и приватно здравство су, по правилу, равноправно успостављени у здравственим системима, с тим што је приватни сектор више заступљен на примарном нивоу здравствене заштите, док је државно здравство присутније у болницама, односно на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите[364]. Унапређење и развој здравствених система земаља које су у процесу придруживања ЕУ, подразумијева и промјену свијести о здравству као социјалној категорији и признавање економске

[362] Лубарда Б., (2013) *op.cit.,* стр. 237.

[363] Јовичић Катарина, „Системи здравствене заштите и здравственог осигурања – упоредноправна анализа у европским земљама“, *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право Београд, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београд, Београд 2014, стр. 5.

[364] Томашић Љиљана, „Осврт на проблеме, са препорукама за унапређење и развој здравственог система Републике Србије“, *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право Београд, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београд, Београд 2014, стр. 210.

димензије у здравственом сектору као доминантне, што се намеће у условима тржишне привреде, као императив за одрживост здравственог система.

5.2. Начела узајамности и солидарности

Као грана социјалног осигурања, здравствено осигурање је засновано на начелима узајамности и солидарности. Оно почива и на принципу обавезности, која је у тијесној вези са узајамношћу и солидарношћу, тј. обавезност је услов за постизање права и обавеза у здравственом осигурању на основама узајамности и солидарности. Без обавезности, здравствено осигурање би изгубило државно-правне карактеристике и постало дио приватног (грађанског) права. Социјализација ризика осигурања подразумијева постојање узајамности и солидарности у обезбјеђивању и спровођењу здравственог осигурања. Узајамност и солидарност имају филозофско, економско, социјално, етичко и друга значења, а савремена медицина представља раскрсницу на којој се укрштају наука, хуманизам и човјечност, економија и социологија.

Здравствено осигурање обезбјеђује материјалну и здравствену сигурност за случај наступања здравствених, а тиме и економских ризика од којих се појединци не могу заштитити. Здравствено осигурање је колективно осигурање од здравствених и економских ризика, а не индивидуална намјенска штедња. Доприносом за здравствено осигурање, осигураник плаћа своју сигурност да се спријечи настанак болести, а у случају настанка болести, да ће се сносити трошкови лијечења и надокнадити или бар ублажити економски губици настали због болести. Сваки осигураник жели и за њега је најважније да до осигураног ризика од обољења не дође[365].

Начело узајамности означава да се сва средства од доприноса за здравствено осигурање сливају у једну цјелину, одакле се троше за финансирање здравствене заштите. Узајамност омогућава да се заједничким напорима рјешавају ризици обољевања уплаћивањем оних који су здрави и способни за рад, доприносећи средства осигурања којима се финансира лијечење и издржавање оних који су болесни и неспособни за рад. Узајамност је практично социјализација ризика, сви осигураници издвајају новчане износе а давања из осигурања користе само она осигурана лица код којих наступи осигурани ризик. Осигуран ризик за стицање права на заштиту здравља је болест, а болесници у смислу социјалног осигурања су лица на која се примјењују правни прописи о здравственој заштити и здравственом осигурању. Социјализацијом ризика осигурања права из здравственог осигурања обезбјеђују само осигураници својим доприносом и државу ослобађају веома значајних издатака.

Начело солидарности означава учествовање у обезбјеђивању средстава свих а не само оних који имају бољи стандард или су свјеснији или изложенији ризику. Тиме се ризици равномјерно распоређују на шири круг људи, што омогућава да се финансирање здравствене заштите обави улагањима прихватљивим за све. Савремено финансирање здравствене заштите је засновано на филозофији и политици солидарности, а не више на принципима приватног осигурања које прихвата искључиво солидарност међу

[365] Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.* стр. 13.

једнакима. Социјална солидарност подразумијева да сваки појединац или организација уплаћује средства у складу са својим економским могућностима, а здравствену заштиту користи према потребама. То значи да једни плаћају више а користе мање, док други користе више а плаћају мање. Другачије речено, имућнији плаћају за сиромашније, млади за старије, здрави за болесне, самци за оне са породицом. Солидарност је, прије свега, хуманистички принцип. То је облик међусобног помагања људи. Осјећање за заједничке интересе и заједничка одговорност за све. У солидарност је уграђен принцип *један за све – сви за једног*. Солидарност значи постојање осјећања за туђе потребе и спремност да се подмиривању неких потреба заједнички допринесе[366].

Модерно здравствено осигурање полази од наведених принципа, али се не завршава на њима. Општи циљ здравственог осигурања је унапређивање здравља становништва. Здравствено осигурање није само институција која прикупља и дистрибуише финансијска средства намијењена осигурању, него представља веома значајан инструмент здравствене политике[367]. Држава утврђује здравствену политику, њене циљеве и мјере, а здравствене установе и здравствени радници, као и здравствено осигурање, обавезни су да је спроводе. Законски прописи којима се регулишу права на здравствену заштиту и начин остваривања тих права морају бити у складу са здравственом политиком. Успјех здравствене службе и здравственог осигурања се оцјењује на основу резултата у остваривању здравствене политике. Главни циљ здравствене политике већине земаља је продужење живота и побољшање здравственог стања становништва. Непосредни циљеви дефинишу се у односу на одређене здравствене проблеме и здравствену заштиту појединих групација становништва. У склопу здравствене политике дефинишу се и циљеви у вези са повећањем ефикасности и квалитета здравствене заштите. Због све веће диспропорције између растућих потреба и расположивих средстава скоро све земље су пришле реформи система здравствене заштите и здравственог осигурања. У неким земљама те реформе су дио укупних промјена друштвено-политичког система или преоријентација економске политике од интервенционизма на тржишну економију[368].

Здравствено осигурање ублажава посљедице неравномјерне расподјеле дохотка и својине и отклања сиромаштво које може настати због болести и неспособности, а што се обезбјеђује обавезним уплатама доприноса за подмиривање трошкова ризика осигурања. Пропорционалном стопом обвезници доприноса сносе трошкове осигурања сразмјерно својим материјалним могућностима (ко има више, више и плаћа за здравствено осигурање). Права из здравственог осигурања остварују само лица код којих наступи ризик осигурања, што значи да се солидарност испољава и у погледу остваривања права.

Обавезно осигурање најзаступљеније је и зато што се заштита здравља не може препустити случају односно личној иницијативи, јер искуство показује да би иначе

---

[366] Ibidem, стр. 13-14.
[367] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 383.
[368] Економска криза је нарочито погодила земље у развоју, смањујући реална средства за здравствену заштиту, а то је довело до повећања разлика између развијених и неразвијених земаља у овој области. види: Стаматовић М. *et al., op.cit*., стр. 333-334.

велики број сиромашних лица остао незаштићен. Понегдје се организовање заштите здравља скоро у потпуности препушта појединцу (нпр. у САД), који у зависности од воље и могућности уплаћује неки вид приватног здравственог осигурања. Обавезном заштитом здравља штите се само најсиромашнија лица и ризици од заразних болести. Приватно осигурање нуди обично различите нивое услуга и права, за које може да се опредијели сваки осигураник према томе колико је спреман да уплаћује (тзв. здравствени пакети). Овакав систем доводи до тога да степен заштите здравља зависи примарно од материјалног стања, те зато многи ако немају средстава остају изван осигурања[369].

5.3. Методи финансирања здравствене заштите

Права из здравственог осигурања остварују се непосредно или посредно путем исплате накнада зарада за вријеме привремене спријечености за рад, исплата других накнада и помоћи (директна давања); накнада здравственим установама за пружене услуге осигураним лицима или за друге активности према посебним уговорима. Здравствено осигурање је у суштини финансијска установа, јер је главни инструмент у остваривању циљева здравственог осигурања – новац. Зато пословање (ФЗО) треба да се заснива на економским принципима, економичности, ефикасности, рационалности и пласману слободних средстава ради њиховог увећања, али свакако не на уштрб законом утврђених права осигураника[370]. Организација и руковођење здравственим осигурањем су различити у различитим државама, али суштина се своди на успостављање система социјалне сигурности организовањем фондова новчаних средстава за подмирење трошкова здравствене заштите. У свијету се примјењује шест основних метода за финансирање здравствене заштите:

- финансирање из буџетских прихода;
- обавезно здравствено осигурање;
- добровољно здравствено осигурање;
- финансирање из средстава заједнице;
- директно плаћање од стране корисника услуга;
- инострана помоћ.

У највећем броју земаља користи се комбинација наведених метода финансирања здравствене заштите, у коме поједини методи имају претежнију улогу.

Финансирање из буџетских прихода – Обим средстава за финансирање здравствене заштите који се финансира из буџета је различит јер постоје захтјеви и потребе других сектора и корисника буџета. Буџетска средства, која се користе за финансирање здравственог система, могу се прикупљати на различитим нивоима (државном, регионалном и локалном), путем општих и намјенских пореза. Земље у којима се здравствена заштита финансира из општих државних пореза су нпр: Велика Британија (у којој дио пореза од продаје цигарета иде намјенски за финансирање здравствене заштите), Португалија, Шпанија и Грчка. Из регионалних пореза финансира се

[369] Изван система осигурања у САД је 1997. године било 16%, односно 43 милиона становника, види: Јашаревић С., *op. cit., стр*. 193.
[370] Тимотић Б., Анђелски Х., *op.cit.,* стр. 14.

здравствена заштита у Данској, Финској, Норвешкој, Шведској и Италији. Приступи опорезивању у разним земљама су различити по врсти, стопи и основици, на што великим дијелом утиче економска развијеност земље. Овим начином финансирања здравствене заштите створени су услови за једнако коришћење здравствене заштите, без обзира на имовинско стање, мјесто становање и рада[371].

Обавезно здравствено осигурање је вид здравственог осигурања које се финансира из обавезног доприноса које за осигураника уплаћује обвезник плаћања доприноса. Обавезно здравствено осигурање треба да обезбиједи регистрацију и идентификацију свих осигураника, уплатилаца доприноса и осигураних лица и што повољнија права из здравственог осигурања. Основни извор прихода за финансирање здравствене заштите су намјенски доприноси, а висина доприноса (стопа и основица) одређују се законом. Доприноси су повезани са износом зараде, тако да сразмјерно расту зараде појединца, расту и средства која су намијењена за финансирање здравствене заштите. Овај принцип и концепт „друштвене солидарности“ је широко прихваћен у упоредном праву. Систем обавезног здравственог осигурања постоји у више од 60 земаља. Земље су се опредијелиле за овај начин финансирања, јер се њиме прикупљају знатна средства која се не могу користити или преусмјерити у друге намјене. Обавезно здравствено осигурање се комбинује са дотацијама из буџета (државе, републике, буџета градова и општина), посебним порезима, личним учешћем осигураника у плаћању дијела трошкова (партиципација) и/или плаћањем одређених услуга у пуном износу од стране корисника. У овом концепту, они који плаћају здравствену заштиту за себе, плаћају и за оне који то не могу (млађи за старије, богати за сиромашне, појединци за породице, здрави за болесне)[372].

Добровољно здравствено осигурање – у овом моделу постоје купци (осигураници) који добровољно купују осигурање од независних, конкурентних продаваца (осигуравајућих агенција). Купац осигурања бира шему или програм осигурања по којем ће се осигурати. Висина премија које појединац плаћа зависи од процјене настанка одређених ризика за здравље (а не од способности да се осигурање плати). Средства за финансирање здравствене заштите прикупљена на овај начин користе само лица која су добровољно осигурана, али по готово идентичним принципима као и код обавезног осигурања. Осигуравајуће агенције уговарају услуге са јавним или приватним здравственим установама. Значајан инструмент за проширење обухвата становништва здравственим осигурање може представљати добровољно здравствено осигурање. У Европи се добровољно здравствено осигурање углавном развијало као допунски извор средстава за финансирање здравствене заштите. У тим системима већина средстава долази из пореза или путем обавезног здравственог осигурања. У САД добровољно здравствено

[371] У земљама у развоју буџетска средства се углавном користе као допуна осталим изворима финансирања, првенствено за превенцију и контролу заразних болести и за здравствену заштиту најсиромашнијих група становништва. Намјенски порези на алкохол, дуван и промет опасних материја, могу бити један од извора финансирања здравствене заштите.

[372] Буџетска средства за финансирање здравствене заштите служе за покривање дефицита да би се избјегло повећање доприноса, за покривање трошкова здравствене заштите одређених групација становништва (вулнерабилне групе), те финансирање инвестиција.

осигурање у потпуности има улогу приватног финансирања здравствене заштите[373]. Добровољно здравствено осигурање може бити замјенско (замјена за обавезно здравствено осигурање), додатно (осигурање за услуге које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем) или допунско (осигурање које омогућава ослобађање од плаћања свих видова партиципације). Добровољно здравствено осигурање је за сада развијено у областима које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, као што су естетска хирургија, стоматолошке услуге, употреба одређених лијекова или ортопедска помагала[374]. Могу га нудити јавне или приватне осигуравајуће агенције. Добровољно здравствено осигурање се уводи у случајевима када осигураник жели већи комфор приликом смјештаја у болницу или одређени надзор појединих љекара.

Финансирање из средстава заједнице је вид осигурања који има ограничене капацитете за сакупљане веће суме новца и среће се у сиромашним и неразвијеним земљама у којима не постоји обавезно здравствено осигурање (нпр. земље субсахарске Африке, Индија, Филипини). Учешће у овом виду осигурања је добровољно, а средства се троше за финансирање ограниченог броја обима и услуга, најчешће за приоритетне интервенције на нивоу ПЗЗ.

Директно плаћања од стране корисника услуга се односи на све облике непосредног плаћања (из „џепа“ пацијента) даваоцима здравствених услуга. Ту спадају: плаћање пуне цијене услуга љекара и услуга (у јавним и приватним) здравственим установама које нису покривене здравственим осигурањем; плаћање пуне цијене услуга у приватним установама за услуге које су иначе покривене здравственим осигурањем, али између ФЗО и приватне установе не постоји уговор за пружање тих услуга; плаћање партиципације за лијекове и услуге које нису у потпуности покривене здравственим осигурањем; плаћање лијекова који нису покривени здравственим осигурањем; плаћање алтернативних видова здравствених услуга, те неформална плаћања особљу здравствених установа[375].

Иностранa помоћ се остварује преко међународних организација и развијенијих земаља (у виду билатералне сарадње). У многим земљама је износ средстава која стижу на овај начин сувише мали да би имао значајне ефекте на финансирање здравствене заштите. Средства из донација се најчешће усмјеравају на подршку програмима за превенцију и третман специфичних обољења (вакцинација, туберкулоза, АИДС, маларија, ебола).

[373] Ракић С., Антонић Д., *op.cit.,* стр. 39.
[374] Марјановић Весна, „Добровољно здравствено осигурање“, *Приватизација и перспективе осигурања у земљама у транзицији,* Економски факултет Београд, 2003, стр. 217.
[375] Ракић С., Антонић Д., *op.cit.,* стр. 40.

5.4. Модели финансирања здравствене заштите

Одређене разлике у регулисању здравственог осигурања произлазе из примијењеног модела финансирања здравствене заштите на националном нивоу. У том смислу је важно разликовати четири основна модела финансирања здравствене заштите: Беверицев, Бизмарков, Семашков модел и тржишни модел.

Беверицев модел је 1942. године успоставио Вилијам Бевериц (William Beveridge[376]) у Великој Британији. Карактеристика овог модела је да су здравственом заштитом обухваћени сви грађани, а да је извор финансирања порез који се скупља на нивоу државе. Управљање и вођење цјелокупног здравственог система преузима држава, а цјелокупно становништво користи исти обим права у оквиру здравствене заштите. Недостатак овог система је ризик од недовољног улагања средстава у поједине сегменте здравственог система, јер се треба изборити са другим секторима у обезбјеђењу довољних средстава за здравствену заштиту. Овај модел пренесен је у скандинавске земље (Норвешка, Шведска, Данска, Финска), а и у још неке земље као што су Италија, Шпанија, Португалија, Грчка, Канада, Аустралија и Нови Зеланд.

Бизмарков модел је настао у Њемачкој 1883. године са доношењем првог закона из области здравственог осигурања. Зачетник идеје обавезног здравственог осигурања био је Ото фон Бизмарк (Otto von Bismarck[377]). Основни принципи на којима се темељи овај модел су: непрофитност осигурања, солидарност међу свим осигураним лицима, организовање осигураника у посебне организације (агенције, фондове, заводе, болничке касе), чиме себи обезбјеђују остваривање права на здравствену заштиту. Средства за финансирање здравствене заштите прикупљају се уплатом доприноса од стране запослених радника и послодавца. Здравствени доприноси се уплаћују према могућностима, а здравствена заштита се користи према потребама. Овај модел је заступљен у сљедећим државама: Аустрија, Белгија, Чешка, Француска, Холандија, Њемачка, Словенија, Швајцарска, Луксембург, Хрватска, Босна и Херцеговина, Србија, Литванија, Мађарска, Пољска, Естонија, а изван Европе: Аргентина, Боливија, Бразил, Чиле, Колумбија, Коста Рика, Еквадор, Алжир, Кенија, Тунис, Јапан и Индонезија.

Семашков модел је настао у Совјетском Савезу и земљама источне и средње Европе у вријеме социјалистичког друштвеног уређења, као одговор на Беверицов модел националне здравствене службе (Никола́й Алекса́ндрович Сема́шко[378]). Карактеристика овог модела је да се здравствене услуге финансирају из централног буџета који се пуни из пореза. Влада одлучује о правима и обавезама осигураника. Предност се давала

---

[376] *Беверицов извјештај* британском парламенту је 1942. сачинио енглески економиста и друштвени реформатор Вилијам Бевериц. У њему је предложен план обезбјеђивања економске и социјалне заштите. Извјештај је послужио као основа за развој послијератне британске тзв. државе благостања, укључујући здравство и социјалну заштиту, те и као основа за развој модела тзв. државе благостања других држава, посебно бивших британских колонија.

[377] Ото Едуард Леополд фон Бизмарк-Шенхаузен (нем. *Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen*; Шенхаузен, 1815-1898) први канцелар у Њемачкој послије уједињења, увео је старосне пензије, здравствено осигурање и радничко осигурање у случају несреће.

[378] Николаи Александрович Семашко (*Никола́й Алекса́ндрович Сема́шко*, 1874 – 1949), народни комесар за јавно здравље од 1918. до 1930. године, био је један од организатора здравственог система у Совјетском Савезу.

болничкој здравственој заштити у односу на ванболничке услуге и ПЗЗ. Цјелокупно становништво је осигурано, а сва здравствена заштита је бесплатна. Предности овог модела биле су: добра доступност здравствених услуга, добра географска покривеност и систематично извођење програма здравствене заштите (вакцинација, систематски прегледи, итд.). Недостаци овог модела финансирања били су неприлагођеност здравствених услуга потребама корисника, потцијењеност здравствених радника, велики број љекара на број становника, те боља доступност здравствених услуга „посебним и значајним“ групама осигураника (особе на положајима)[379].

Тржишни модел карактерише се тржишним приступом (колико платим, толико ћу имати), који је заступљен у САД. У овом моделу друштвена солидарност је у другом плану, јер су премије које се уплаћују за осигурања подређене ризику (болесне особе плаћају више од здравих особа). Висина премије расте пропорционално са порастом ризика. Тржишни модел заснива се на приватним премијама осигурања, финансираним из личних средстава становништва[380].

У табели 1. је приказано поређење модела финансирања здравствене заштите[381]:

Табела 1. – *Поређење модела финансирања здравствене заштите*

Карактеристике	**Модели**			
	Бизмарков	**Беверицев**	**Семашков**	**Тржишни**
Финансирање	Доприноси послодаваца и запослених радника	Порези, државни буџет	Државни буџет	Лична средства становништва
Управљање	Посебне структуре у којима учествују представници послодаваца и осигураника	Држава и њени органи	Централна влада	Приватне организације и агенције
Одлучивање о правима и обавезама осигураника	Организације које су надлежне за администрирање система осигурања	Држава и њени органи	Централна влада	Нема посебне структуре, темељи се на понуди и потражњи
Покривеност становништва	Већина становништва	Цјелокупно становништво	Цјелокупно становништво	Одлука о осигурању је индивидуална, нема обавеза

[379] Многе државе су одустале од овог модела, али је присутан у неким земљама Азије (нпр: Монголији, Сјеверној Кореји) и на Куби.
[380] Основни недостатак овог модела је што сиромашно становништво остаје без здравственог осигурања. У 2007. години је 45,7 милиона (15,3% становника САД) било без здравственог осигурања, међу којима је био 8,1 милион дјеце млађе од 18 година, види: Ракић С., Антонић Д., *op.cit.*, стр. 38.
[381] Ibidem, стр. 40.

5.5. Упоредни преглед здравственог осигурања у појединим земљама у региону

Предмет упоредног прегледа законског регулисања здравственог осигурања су облици осигурања, осигураници, права и начин остваривања права из здравственог осигурања, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, осигурање у установама здравственог осигурања (фонд здравственог осигурања) и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања. Разлике су посљедица различитих правила у законима који регулишу здравствено осигурање и средстава које је могуће обезбиједити за финансирање здравствене заштите. У том смислу, у пракси су различито развијени и примијењени допунски модели здравственог осигурања (проширено здравствено осигурање, додатно здравствено осигурање, добровољно здравствено осигурање, паралелно здравствено осигурање, приватно здравствено осигурање и др.). Предмет упоредне анализе су закони којима је регулисано здравствено осигурање у појединим бившим југословенским републикама, а сада посттранзиционим земљама у региону југоисточне Европе:

- Закон о здравственом осигурању, Република Српска,
- Закон о здравственом осигурању, Федерација Босне и Херцеговине[382],
- Закон о здравственом осигурању, Република Србија[383],
- Закон о здравственом осигурању, Република Црна Гора[384],
- Закон о обвезном здравственом осигурању, Република Хрватска[385].

Називи закона који регулишу област здравственог осигурања у наведеним земљама се не разликују, а што одговара чињеници да су то земље са дугогодишњом заједничком традицијом у области здравственог осигурања формираном у Југославији. Ове земље у процесу европске регионализације усклађују своје право са правом Европске уније и пролазе транзицију система здравственог осигурања у оквиру транзиције друштва започете крајем прошлог вијека, а у постранзиционо раздобље улазе са незавршеним процесом транзиције. Упоредна анализа је претпоставка за истраживање обиљежја здравственог осигурања, те права осигураника и пацијената. Предмет кратке анализе су поред права, услова за стицање и начина остваривање права из здравственог осигурања: облици здравственог осигурања, финансирање здравственог осигурања те планирање здравствене заштите.

1. *Облици здравственог осигурања* према наведеним законима су:
   - Република Српска – систем обавезног и проширеног здравственог осигурања;
   - Федерација БиХ - обавезно здравствено осигурање, проширено здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање;
   - Република Србија – обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање;

[382] Закон о здравственом осигурању ("Службене новине Федерације БиХ", бр. 30/97, 7/02 и 70/08 и 48/11), у даљем тексту ЗЗО ФБиХ.
[383] Закон о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Србије", бр. 107/05 и 109/05), у даљем тексту ЗЗО Србије.
[384] Закон о здравственом осигурању ("Службени лист Црне Горе", бр. 06/16), у даљем тексту ЗЗО Црне Горе.
[385] Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11 i 22/12), у даљем тексту ZZO Hrvatske.

- Република Црна Гора – обавезно и допунско здравствено осигурање које обезбјеђује и спроводи Фонд, а може да обавља и друштво за осигурање;
- Република Хрватска – обавезно здравствено осигурање које спроводи завод за здравствено осигурање и добровољно осигурање регулисано посебним Законом о добровољном здравственом осигурању.

2. *Финансирање здравственог осигурања* према наведеним законима:

- *Република Српска* – Средства се обезбјеђују уплатом доприноса осигураника, других обвезника у ФЗО и из других извора утврђених законом;
- *Федерација БиХ* – Средства се осигуравају доприносима у фондове здравственог осигурања код завода здравственог осигурања кантона. Средства за остваривање права из проширеног здравственог осигурања осигуравају се додатним доприносима у кантонима;
- *Република Србија* – Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђују се уплатом доприноса[386];
- *Република Црна Гора* – Финансирање обавезног здравственог осигурања се обезбјеђује из доприноса за обавезно здравствено осигурање (Фонд за здравствено осигурање), буџета Републике, средстава утврђених на основу међународних конвенција и др;
- *Република Хрватска* осигурава у државном буџету посебна средства за права из обавезног здравственог осигурања за одређене случајеве: средства за исплату накнаде плате за вријеме привремене неспособности за рад и средства за трошкове здравствене заштите. Приходи обавезног здравственог осигурања су: доприноси осигураника, доприноси послодаваца, доприноси за незапослене особе, приходи из државног буџета и др. Осигуране особе обавезне су учествовати у трошковима здравствене заштите у висини од 20% пуне цијене здравствене заштите.

3. *Планирање здравствене заштите:*

- *Република Српска* – Планирање здравствене заштите се спроводи на основу статистичких података из ФЗО РС, који су основа за израду годишњег програма и плана рада. Влада даје сагласност на програм и план рада;
- *Федерација БиХ* – Парламент Федерације одређује обим права обавезног здравственог осигурања за сваку календарску годину;
- *Република Србија* – Планирање здравствене заштите се утврђује на основу плана здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси на основу: здравствених потреба осигураних лица; обезбијеђених финансијских средства за спровођење обавезног здравственог осигурања; утврђених приоритета за спровођење здравствене заштите; расположивих капацитета здравствене службе;

[386] Републички фонд за здравствено осигурање за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цијене здравствене услуге, као и проценат плаћања осигураног лица. Општи акт мора бити усклађен са планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања и годишњим финансијским планом Републичког фонда, а Влада даје сагласност на акт.

- *Република Црна Гора* – Фонд здравственог осигурања доноси годишњи програм здравствене заштите и годишњи план јавних набавки за здравствене установе чији је оснивач држава, усваја нацрт годишњег финансијског плана и завршни рачун са извјештајем о пословању. Програм здравствене заштите Влада усклађује сваке године, према планираним средствима у буџету Фонда.
- *Република Хрватска* – Хрватски завод за здравствено осигурање планира новчана средства обавезног здравственог осигурања и плаћа услуге уговорним субјектима Завода, те предлаже министру надлежном за здравство обим права на здравствену заштиту.

Заједничка основна обиљежја система здравственог осигурања наведених земаља су: средства за финансирање обавезног здравственог осигурања се обезбјеђују путем доприноса; права из здравственог осигурања су регулисана законом; обавезно здравствено осигурање спроводи институција фонда здравственог осигурања (завод); сваке календарске године се утврђује програм и план здравствене заштите, односно садржај и обим права из обавезног здравственог осигурања („пакет здравствених права“), који се усклађује са годишњим финансијским планом фондова здравственог осигурања; обим права из обавезног здравственог осигурања је у директној зависности од расположивих финансијских средства и у пракси се мијења скоро сваке године.

4. Права из здравственог осигурања предвиђена наведеним законима су:

- право на здравствену заштиту,
- право на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад,
- право на накнаду путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите.

Права осигураника су иста, али су разлике евидентне по садржају и обиму: права из здравственог осигурања у Републици Српској су здравствена заштита, накнада плате за вријеме привремене неспособности за рад и друга права утврђена законом и актима Фонда; у Федерација БиХ, то су здравствена заштита, накнада плате, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите; у Србији, право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад осигураника и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите; у Црној Гори, то су право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад и право на накнаду путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите; у Хрватској, то су право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде. У поступку за остваривање права из здравственог осигурања примјењују се одредбе којима је регулисан општи управни поступак, ако законом о здравственом осигурању није другачије прописано.

Обиљежја ових права јесу да се она не могу се преносити на друга лица, не могу се уговором мијењати, нити се могу насљеђивати, а осигурана лица остварују здравствену заштиту у здравственим установама и другим организацијама са којима фонд здравственог осигурања има закључен уговор.

Права из здравственог осигурања остварују се непосредно или посредно: путем исплате накнада зарада за вријеме привремене спријечености за рад, исплата других накнада и помоћи (директна давања); путем накнада здравственим установама за пружене услуге

осигураним лицима или за друге активности према посебним уговорима. Накнаде су новчана примања за вријеме неспособности, усљед болести, повреде и других разлога (њега члана породице, давање органа, крви и слично). Оне се обично одвајају у фиксном проценту од зараде коју би осигураник у периоду боловања имао да је радио. Повреде и професионалне болести, по правилу имају већи фиксни проценат, као и одсуствовање због трудноће и порођаја, односно материнства. Накнада путних трошкова до здравствене установе ван мјеста боравка плаћа се у реалном износу цијене јавног превозног средства и дневнице, ако превоз није обављен колима хитне помоћи. Накнада погребних трошкова исплаћује се једнократно у фиксном износу. Већина система здравственог осигурања укључује накнаде у права из осигурања, али у неким земљама накнаде су укључене у права из других видова социјалног осигурања[387].

У многим другим земљама, права осигураника на основу обавезног здравственог осигурања такође, обухватају: здравствену заштиту, накнаде у новцу за вријеме спријечености за рад, за путне трошкове и погребне трошкове. У неким земљама накнаде у новцу нису предмет здравственог, већ других видове социјалне сигурности. Опште је правило да права из здравственог осигурања треба да буду утврђена у складу са сљедећим условима[388]: реалним економским могућностима друштва, утврђеним здравственим приоритетима у оквиру здравствене политике, здравственим стањем становништва, расположивим капацитетима здравствених установа и кадровским потенцијалима, могућностима обезбјеђења додатних средства (мимо доприноса), очекиваним коришћењем здравствене заштите те начином плаћања здравствених услуга. Прије утврђивања права из обавезног здравственог осигурања, мора се знати прецизан одговор да ли постоје реалне могућности да се та права у потпуности остварују. Већ је поменуто да има доста примјера да се законом утврде права, а касније установи да нема довољно средстава да се она покрију из законом прописаних извора. То ствара озбиљне економске, социјалне и политичке проблеме и често се користи у међустраначким конфронтацијама[389]. Погоршањем економске ситуације, објективно се сужавају могућности обезбјеђења изворних прихода за финансирање здравствене заштите, а тиме се доводи у питање практично спровођење закона који регулише здравствено осигурање. Осигураници су најосјетљивији на укидање и смањивање права и на отежане могућности за остваривање здравствене заштите у здравственим установама. Пошто најчешће не постоје могућности за повећање доприноса, могуће је једино предузети мјере економичнијег пословања, боље и ефикасније организације рада, те проналажење извора додатних средстава. Крајње мјере које се могу предузети односе са на укидање права осигураника, редукцију мреже и капацитета здравствених установа.

У системима здравственог осигурања у којима не постоји принцип приоритета, настају велике диспропорције у остваривању здравствене заштите. Запостављени су ПЗЗ најосјетљивијих групација становништва и здравствени проблеми од посебног социјално-медицинског значаја. Такви системи по правилу нерационално послују.

[387] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 364.
[388] Ibidem, стр. 359.
[389] Ibidem, стр. 361.

Средства се користе за отклањање, а не за спречавање посљедица, што све негативно утиче на могућност проширења права у цјелини.

Све већи број земаља опредјељује се за савремени приступ, односно за свеобухватну здравствену заштиту која садржи унапређивање здравља, превенцију, лијечење и рехабилитацију, за разлику од приступа који је у основи „болеснички“. С тим циљем се уводе различити модели учешћа осигураника у остваривању права из здравственог осигурања, као што су: путем суфинансирања услуга здравствене заштите, путем фиксног износа партиципације или плаћања процентуалне вриједности пуне цијене здравствене услуге. Здравствено стање становништва веома је значајно за утврђивање права из здравственог осигурања. У већини система обавезног здравственог осигурања не осигурава се ризик од посебне болести, него медицински третман у здравственој установи у случају болести, повреде и других узрока онеспособљености. [390] Средства за обезбјеђење права из обавезног здравственог осигурања су најчешће недовољна, па је евидентно директно учешће државе у финансирању одређених прва из обавезног здравственог осигурања и то из државног буџета. На тај начин држава гарантује остваривање утврђених права из обавезног здравственог осигурања.

5.6. Право на здравствену заштиту

Предмет правне анализе права на здравствену заштиту су питања која се односе на регулисање садржаја здравствене заштите, здравствене установе и право на здравствену заштиту у другом систему здравственог осигурања, односно за вријеме боравка у иностранству.

1) Садржај здравствене заштите према наведеним законима је исти или веома сличан, иако је различито описан у законима:

- У Републици Српској здравствена заштита подразумијева мјере којима се: унапређује здравље; спречавају и сузбијају болести и повреде; рано откривају обољења и благовремено лијече; спречава онеспособљеност и врши оспособљавања за животне и радне функције послије болести и повреда.
- У Федерација БиХ здравствена заштита обухвата: хитну медицинску помоћ; лијечење заразних болести; лијечење акутних, хроничних болести у случајевима и стањима када угрожавају живот; откривање и лијечење ендемске нефропатије, лијечење малигних обољења и инзуло овисног дијабетиса; здравствену заштиту у трудноћи и материнству; здравствену заштиту душевних болесника који због природе и стања болести могу да угрозе свој живот и живот других лица или оштете материјална добра; здравствену заштиту обољелих од прогресивних неуромишићних обољења, параплегије, квадриплегије, церебралне парализе и мултиплекс склерозе; провођење обавезне имунизације против дјечијих заразних обољења, лијечење повреда на раду и професионалних обољења; лијечење

[390] Становништво је највише заинтересовано да буде укључено у ургентна стања и болести за чију су дијагностику и лијечење потребна велика финансијска средства (малигна обољења, хронична обољења бубрега, болести срца и крвних судова). С обзиром на то да та обољења и стања носе највећи ризик и у развоју здравственог осигурања су међу првима укључена. Ibidem, стр. 362-363.

наркоманије; службу прикупљања крви. Осигурана лица имају и право, у складу са утврђеном медицинском индикацијом, на кориштење ортопедских и других помагала, стоматолошко-протетску помоћ и стоматолошко-протетске додатке, као и право на коришћење лијекова који се налазе на листи лијекова који се осигураницима могу прописати на терет средстава осигурања.

- У Србији, здравствена заштита обухвата: мјере превенције и раног откривања болести; прегледе и лијечење жена у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и материнства до 12 мјесеци након порођаја; прегледе и лијечење у случају болести и повреде; прегледе и лијечење болести уста и зуба; медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде; лијекове и медицинска средства; протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и сједење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала.
- У Црној Гори, здравствена заштита обухвата: промоцију здравља; превенцију болести; дијагностику, прегледе и лијечење, укључујући мјере ране идентификације и спречавања прогресије оштећења; рехабилитацију и специјализовану медицинску рехабилитацију; континуирану здравствену његу; стоматолошку здравствену заштиту; хитну и ургентну медицинску помоћ; дијализу; услуге трансфузионе медицине; лијекове и медицинска средства; медицинско-техничка помагала.
- У Хрватској се под здравственом заштитом подразумијева: примарна здравствена заштита; специјалистичко-конзилијарна здравствена заштита; болничка здравствена заштита; право на кориштење лијекова који су утврђени основном и допунском листом лијекова; право на дентално-протетску помоћ и дентално-протетске додатке; право на ортопедска и друга помагала; право на здравствену заштиту у иностранству.

Анализирани закони о здравственој заштити прописују шта се не сматра здравственом заштитом: медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, тјелесног оштећења и инвалидности у поступцима код других организација и органа, осим испитивања по упуту љекара односно љекарске комисије; здравствени прегледи ради запошљавања, уписа у средње и више школе, факултете и курсеве, добијање увјерења за возачке дозволе, за судске и друге спорове и у другим случајевима када се преглед не обавља с циљем здравствене заштите; преглед запослених упућених на рад у иностранство од стране организација као и мјере превентивне здравствене заштите за приватна путовања у иностранство и здравствени преглед за та путовања, итд.

2. Здравствена заштита се остварује у здравственим установама:

- У Републици Српској осигурана лица остварују здравствену заштиту код доктора породичне медицине, консултативних и дијагностичких служби у дому здравља, апотеци, болници, клиничком центру и специјализованим болницама, а одређене услуге у Институту за јавно здравство и другим организацијама. Осигурана лица могу на терет Фонда користити здравствену заштиту у здравственим установама

на основу упута доктора породичне медицине, осим у случајевима хитне медицинске помоћи.[391]

- У Федерација БиХ здравствена заштита пружа се осигураним лицима у здравственим установама и код приватних здравствених радника с којима је кантонални завод осигурања закључио уговор о пружању здравствене заштите;
- У Србији се проводи као примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита у здравственим установама;
- У Црној Гори се здравствена заштита остварује у здравственим установама, путем изабраног тима или изабраног доктора и код других субјеката који пружају здравствену заштиту;
- У Хрватској осигуране особе здравствену заштиту на терет средстава Завода остварују у здравственим установама и код приватних здравствених радника с којима је Завод склопио уговор о провођењу здравствене заштите.

3. Могућност остваривања права на здравствену заштиту у другом систему здравствене заштите, односно у другој земљи је значајно ограничена:

- У Републици Српској се под коришћењем здравствене заштите, односно лијечењем ван Републике подразумијевају љекарски прегледи, дијагностичке процедуре, амбулантно и болничко лијечење, рехабилитација и контролни прегледи у здравственим установама са којима Фонд, по правилу, има закључен уговор[392]. Право на здравствену заштиту за вријеме боравка у иностранству може се финансирати из средстава обавезног здравственог осигурања до 30 % укупних трошкова лијечења, а изузетно и у већем проценту у случају лијечења за које постоје статистички докази о високој вјероватноћи успјешног исхода, и то само за једно лијечење[393]. Коришћење здравствене заштите за вријеме боравка у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања подразумијева здравствену заштиту која се пружа осигураним лицима за вријеме боравка у државама са којима је БиХ закључила или преузела међународне уговоре о социјалном осигурању;
- У Федерација БиХ је прописано да осигурано лице има право на лијечење у иностранству ако је у питању обољење које се не може лијечити у Федерацији, а у земљи у коју се осигурано лице упућује постоји могућност за успјешно лијечење. Осигурано лице има право да користи здравствену заштиту у

[391] Осигурана лица користе зубо-здравствену заштиту, као и услуге хигијенско-епидемиолошке службе без упута доктора породичне медицине. Доктор породичне медицине је дужан да уз упуту обезбиједи потребну медицинску документацију. Рехабилитацију у специјализованим установама као продужено болничко лијечење, осигурана лица могу користити на основу упута надлежне љекарске комисије. Коришћење здравствене заштите у иностранству регулише Фонд својим актима у складу са законом.

[392]Право на ову здравствену заштиту имају осигураници, односно осигурана лица у радном односу код домаћег или страног послодавца са сједиштем у РС, упућена на рад или стручно усавршавање у иностранству; на раду у дипломатско-конзуларним представништвима БиХ у иностранству, ако су држављани БиХ са пребивалиштем на територији РС; на службеном путу; на редовном школовању у иностранству; на привременом боравку у иностранству ради приватног посла (туристи и сл.). Правилник о праву на здравствену заштиту изван Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр. 68/11 и 72/12).

[393] Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту („Службени гласник Републике Српске, бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12, 28/16 и 83/16).

иностранству за вријеме рада односно боравка у иностранству под условима и на начин утврђен посебним прописима;

- У Србији је прописано да држављани, односно осигураници земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају и обиму који су утврђени законом, ако међународним уговором о социјалном осигурању није другачије одређено;
- У Црној Гори је прописано да осигураник који је упућен на рад, стручно усавршавање или школовање у државу са којом је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, има право на коришћење здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са међународним уговором[394]. Осигурано лице које из приватних разлога борави у држави са којом је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, има право на хитну медицинску помоћ, уколико се утврди да пружена хитна медицинска помоћ није могла да се одложи до повратка и уколико се утврди да у иностранство није отпутовало с циљем лијечења. Право на здравствену заштиту имају осигураници и чланови њихових ужих породица, ако је прије њиховог одласка у иностранство утврђено да не болују од акутних или хроничних болести у акутној фази за које је потребно дуже или стално лијечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтијевало дуже лијечење, односно смјештај у стационарну здравствену установу;
- У Хрватској право на здравствену заштиту у иностранству подразумијева право на упућивање на лијечење у иностранство, право на кориштење здравствене заштите за вријеме боравка у иностранству у складу с међународним уговорима те другу здравствену заштиту у иностранству у складу с општим актом Завода. Право на упућивање на лијечење у иностранство осигурана особа може остварити само ако се ради о потреби лијечења које се не проводи у уговорним здравственим установама у Хрватској, а може се успјешно провести у иностранству.

5.7. Право на накнаде у здравственом осигурању

За анализу права на накнаду плате (зараде) за вријеме привремене неспособности за рад важна су сљедећа питања: како се утврђује привремена неспособност за рад, у којим околностима и под којим условима осигуранику припада накнада плате, висина накнаде, као и питање утврђивање неспособности за рад (инвалидности).

Поред права на накнаду плате (зараде) за вријеме привремене неспособности за рад, предмет регулисања у здравственом осигурању су и право на накнаду путних трошкова и право на накнаду за погребне трошкове. Та права су различито регулисана у другим системима здравственог осигурања. У остваривању здравствене заштите осигурана лица имају право на накнаду путних трошкова ако су упућена љекару или у здравствену

[394] Чланови уже породице осигураника, за вријеме док са осигураником бораве у иностранству, имају право на здравствену заштиту у иностранству, ако је осигураник упућен на рад у иностранство дуже од шест мјесеци, а ако је осигураник упућен на рад краће онда имају право на хитну медицинску помоћ.
Ако је у питању земља са којом није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, онда осигураник и чланови уже породице у иностранству имају право на хитну медицинску помоћ.

установу када у мјесту у којем раде или у којем имају пребивалиште, односно боравиште, нема љекара одговарајуће специјалности, односно здравствене установе или ако их љекар примарне здравствене заштите упути или позове у мјесто изван мјеста рада или пребивалишта, односно боравишта.

1. Привремену неспособност за рад утврђује:

- У Републици Српској овлашћени љекар појединац до 30 дана, а преко 30 дана надлежне љекарске комисије[395].
- У Федерација БиХ привремену спријеченост за рад утврђује изабрани доктор медицине примарне здравствене заштите у здравственој установи односно приватној пракси или љекарска комисија, док се не утврди да је успостављена радна способност или док се правоснажним рјешењем надлежног органа по прописима из пензијског и инвалидског осигурања не утврди да постоји инвалидност. Правилник о поступку и критеријима за утврђивање привремене спријечености за рад доноси Влада Федерације на приједлог министра здравства.
- У Републици Србији изабрани љекар (до 30 дана), односно љекарска комисија (преко 30 дана). Дужина привремене спријечености за рад оцјењује се на основу медицинско-доктринарних стандарда за утврђивање привремене спријечености за рад.
- У Црној Гори, изабрани тим или изабрани доктор до 15 дана, а послије 15 дана надлежна љекарска комисија, у зависности од врсте и природе болести.
- У Хрватској право осигураника на боловање утврђује изабрани доктор медицине примарне здравствене заштите у здравственој установи, односно у приватној пракси. Изабрани доктор утврђује дужину трајања боловања у зависности од врсте болести, а најдуже до рока утврђеног прописом који на приједлог Хрватске лијечничке коморе, односно Хрватске коморе денталне медицине, доноси министар надлежан за здравство. Након протока овог рока, право на боловање и дужину трајања боловања осигураника утврђује овлашћени доктор Завода. Изабрани доктор дужан је прекинути боловање осигураника и прије рока утврђеног прописом, односно прије рока који је утврдио овлашћени доктор Завода, ако утврди да се здравствено стање осигураника побољшало тако да може започети са радом.

2. Околности под којима осигуранику припада накнада плате за вријеме привремене спријечености за рад су готово исте:

- У Републици Српској право на накнаду нето плате имају осигураници ако су: усљед болести или повреде привремено неспособни за рад, спријечени да раде због медицинског испитивања, изоловани као клицоноше или због појаве заразе у њиховој околини, одређени да његују обољелог члана уже породице, спријечени да раде због добровољног давања ткива и органа.
- У Федерацији БиХ осигураници имају право на накнаду плате ако су: привремено спријечени за рад због болести или повреде односно ради лијечења или медицинских испитивања смјештени у здравствену установу; привремено

[395]ЗЗО РС, чл. 30-43.

спријечени за рад због одређеног лијечења или медицинског испитивања које се не може обавити изван радног времена осигураника; изоловани као клицоноше или због појаве заразе у њиховој околини; одређени за пратиоца болесника упућеног на лијечење или љекарски преглед у најближе мјесто; одређени да његују обољелог супружника или дјете, под условима прописаним овим законом. Накнада плате припада осигуранику само за дане за које би му припадала плата или накнада плате у смислу прописа о радним односима. Осигураницима код којих спријеченост за рад наступи док се налазе на неплаћеном одсуству, припада накнада плате само по истеку неплаћеног одсуства, ако у то вријеме још постоји привремена спријеченост за рад. Осигуранику којем је за вријеме привремене спријечености за рад престао радни однос, односно обављање дјелатности личним радом, припада накнада плате највише 30 дана након престанка радног односа, односно обављања дјелатности личним радом. Изузетно, у случају привремене спријечености за рад због повреде на раду или обољења од професионалне болести, осигуранику припада накнада плате и након престанка радног односа, све до поновног успостављања радне способности, односно коначне оцјене радне способности или инвалидности, али не дуже од 12 мјесеци.

- У Републици Србији право на накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад имају осигураници (запослени, предузетници, свештеници и вјерски службеници) ако је здравствено стање осигураника, односно члана његове уже породице, такво да је осигураник спријечен за рад: усљед болести или повреде ван рада; усљед професионалне болести или повреде на раду; због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће; због прописане мјере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини; због његе болесног члана уже породице, под условима утврђеним законом; због добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви; јер је одређен за пратиоца болесног осигураног лица упућеног на лијечење или љекарски преглед у друго мјесто, односно док борави као пратилац у стационарној здравственој установи, у складу са општим актом Републичког фонда.
- У Црној Гори, право на накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад имају осигураници, ако су: усљед болести или повреде привремено спријечени за рад; стављени под здравствени надзор или се над њима спроводи карантин; изоловани као клицоноше или због појаве заразе у домаћинству; одређени да његују обољелог члана уже породице; спријечени да раде због добровољног давања крви, органа, ткива и ћелија; одређени за пратиоца обољелог лица упућеног на лијечење или љекарски преглед у друго мјесто, односно док траје болничко лијечење. Накнада зараде припада осигуранику од првог дана привремене спријечености за рад и за све вријеме трајања те спријечености, али само за вријеме за које би радио и остварио зараду, да није наступила привремена спријеченост за рад.
- У Републици Хрватској, право на накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад, односно у вези с коришћењем здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, односно других околности утврђених законом

(боловање) припада осигураницима, ако је: привремено неспособан за рад због болести или озљеде, односно ради лијечења или медицинских испитивања смјештен у здравствену установу; привремено неспособан за рад због одређеног лијечења или медицинског испитивања које се не може обавити изван радног времена осигураника; изолован као клицоноша или због појаве заразе у његовој околини, односно привремено неспособан за рад због трансплантације живог ткива и органа у корист друге осигуране особе завода; одређен за пратиоца осигуране особе упућене на лијечење или љекарски преглед уговорном субјекту завода изван мјеста пребивалишта, односно боравишта осигуране особе која се упућује; одређен да његује обољело дијете или супружника уз услове прописане законом; привремено неспособна за рад због болести и компликација у вези с трудноћом и порођајем; привремено спријечен за рад због коришћења породиљског допуста и права на рад с половином пуног радног времена у складу са прописима о породиљским и родитељским помоћима; привремено спријечен за рад због коришћења допуста за случај смрти дјетета, у случају мртворођеног дјетета или смрти дјетета за вријеме кориштења порођајног допуста; привремено неспособан за рад због ране, озљеде или болести која је непосредна посљедица судјеловања у домовинском рату; привремено неспособан за рад због признате озљеде на раду, односно професионалне болести. Под боловањем за вријеме којег осигуранику припада право на накнаду плате, сматра се одсутност с рада због болести или озљеде, односно других околности утврђених законом ради којих је осигураник спријечен извршавати своју обавезу рада у складу с уговором о раду, другим уговором или актом.

У анализираним законима је прописано да накнада зараде (плате) не припада осигуранику:

- ако је намјерно (свјесно) проузроковао неспособност за рад,
- ако је неспособност за рад проузроковао пијанством,
- ако се за вријеме привремене неспособности за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приход,
- ако је намјерно спречавао оздрављење (не придржава се упута за лијечење),
- ако се без оправданог разлога не подвргне лијечењу, осим ако за лијечење није потребан пристанак,
- ако се без оправданог разлога не јави љекару, односно комисији за оцјену способности,
- ако се не одазове на љекарски, односно комисијски преглед у заказано вријеме,
- ако у вријеме коришћења права на привремену спријеченост за рад промијени мјесто боравка, осим с циљем лијечења,
- ако у одређеном року од почетка болести не јави изабраном доктору медицине примарне здравствене заштите да је оболио.

Накнада зараде (плате) не припада осигуранику у законом тачно одређеним случајевима. Сви анализирани закони користе такстативни метод да би се одредило који су то случајеви. Пропис се може примијенити само на набројане случајеве, а не може се

примијенити на друге случајеве (који нису набројани). Ако се јави потреба да се пропис примијени на друге случајеве осим наведених, онда се једино може приступити промјени или доношењу новог прописа. Предности овог метода су већа правна сигурност и једнакост него код употребе других метода[396].

Према анализираним законима, накнада зараде не припада лицима која су на издржавању казне затвора и лицима којима је изречена мјера безбједности обавезно психијатријско лијечење и чување у здравственој установи и мјера обавезног лијечења алкохоличара и наркомана.

Правила у погледу утврђивање неспособности за рад (инвалидности) присутна у анализираним законима су да љекар, односно љекарска комисија, послије прописаног времена или без обзира на дужину трајања и узрок привремене спријечености за рад, осигураника упуте надлежном органу за оцјену радне способности (инвалидности) по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, ако оцијени да здравствено стање осигураника указује на губитак радне способности или се не може очекивати побољшање здравственог стања осигураника које би му омогућило враћање радне способности. Надлежно тијело вјештачења пензијског и инвалидског осигурања утврђује да ли (не) постоји инвалидност код осигураника, односно да ли је код осигураника наступила неспособност за рад. Право на накнаду зараде престаје када рјешење о утврђеној инвалидности постане правоснажно, у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

3. Висина накнада плате је различито регулисана, а значајна сличност постоји када је у питању потпуна накнада (у 100% износу основице):

- У Републици Српској Фонд општим актима ближе уређује начин утврђивања нето накнаде која се исплаћује на терет Фонда[397], а општим актима предузећа и установа ближе се утврђују питања у вези са исплатом накнаде плате на терет послодавца. Накнада плате одређује се најмање 70% од основа за накнаду, с тим да не може бити већа од 90% од плате коју би осигураник остварио да је био на раду. Накнада плате за првих 30 дана привремене неспособности за рад обезбјеђује послодавац, а по истеку 30 дана али најдуже до 12 мјесеци, накнаду нето плате обезбјеђује Фонд. Основ за обрачун накнаде плате за вријеме привремене неспособности за рад је нето плата коју би радник остварио да је био на раду, с тим што не може бити већи од нето плате за обрачун уплате доприноса за здравствено осигурање.
- У Федерацији БиХ основице за накнаду је плата исплаћена осигуранику за мјесец који претходи мјесецу у којем наступи случај на основу којег се стиче право на накнаду[398].

---

[396] Жељко Мирјанић, *Писање и доношење закона*, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука 2014, стр. 134.

[397] Упутство о начину и поступку рефундације трошкова коришћења здравствене заштите осигураника и осигураних лица и рефундације накнаде плате за вријеме привремене неспособности за рад осигураницима Фонда здравственог осигурања Републике Српске („Службени гласник Републике Српске", бр. 81/09 и 105/09).

[398] Ако у поменутом мјесецу осигураник није остварио плату, као основица за накнаду узима се просјечна плата на нивоу кантона за одговарајући мјесец. Када осигураник прима накнаду плате непрекидно дуже од три мјесеца, основица за утврђивање валоризира се сагласно просјечном порасту плата запослених код правног, односно физичког лица, ако је тај пораст већи од 5%.

Накнада плате одређује се у висини од најмање 80% основице за накнаду, а не може бити нижа од износа минималне плате важеће за мјесец за који се утврђује накнада. Накнада плате припада осигуранику од првог дана привремене спријечености за рад и док та спријеченост траје.

- У Републици Србији је основ за обрачун накнаде зараде из средстава обавезног здравственог осигурања је просјечна зарада коју је осигураник остварио у претходна три мјесеца. Висина накнада зараде из средстава обавезног здравственог осигурања и средстава послодаваца (усљед болести или повреде ван рада) износи 65% од основа за накнаду зараде. Накнаду зараде за случајеве привремене спречености за рад за првих 30 дана спречености за рад обезбеђује послодавац из својих средстава, а од 31. дана накнаду зараде обезбјеђује Фонд.

- У Црној Гори накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад дужан је да обрачуна и исплати послодавац, а послије истека 60 дана привремене спријечености за рад Фонд послодавцу рефундира исплаћена средства. Накнаду зараде за вријеме привремене спријечености за рад због одржавања трудноће Фонд рефундира послодавцу од првог дана одобравања привремене спријечености за рад. Основ за обрачун накнаде зараде је просјек основне зараде, односно накнаде зараде коју је запослени остварио у посљедњих 12 мјесеци који претходе мјесецу у коме је наступила привремена спријеченост за рад. Накнада зараде за вријеме привремене спријечености за рад одређује се најмање у висини од 70% од основа за накнаду. Висина накнаде, коју обезбјеђује послодавац из својих средстава, може се колективним уговором, у складу са законом, утврдити у већем износу. Фонд рефундира послодавцу исплаћену накнаду зараде до износа који не може бити већи од једне просјечне зараде запослених у претходној години, а у случају привремене спријечености за рад због одржавања трудноће до износа који не може бити већи од двије просјечне зараде.

- У Републици Хрватској, накнада плате одређује се од основице за накнаду коју чини просјечни износ плате која је осигуранику исплаћена у посљедњих шест мјесеци прије мјесеца у којем је наступио случај на основу којег се стиче право на накнаду, независно на чији се терет исплаћује, осим у случају када је посебним законом друкчије прописано. Накнада плате не може бити нижа од 70% основице за накнаду, ако законом није друкчије прописано, с тиме да као мјесечни износ за пуно радно вријеме не може бити мања од 25% од прорачунске основице. Накнаду плате исплаћује осигуранику из својих средстава: правно или физичко лице – послодавац за првих 42 дана боловања као и за вријеме док се осигураник налази на раду у иностранству на који је упућен или је сам запослен у иностранству, правно лице за професионалну рехабилитацију и запошљавање лица с инвалидитетом, односно правно или физичко лице – послодавац за осигураника радника – инвалида рада за првих 7 дана боловања. Накнада плате за вријеме боловања од првог дана боловања обрачунава и исплаћује послодавац, с тим да је Завод обавезан вратити исплаћену накнаду у случајевима прописаним законом у року од 30 дана (тј. у року од 45 дана од дана пријема захтјева за поврат)[399]. У случају када послодавац није утврдио накнаду плате у року од 60 дана, осигураник има право уложити приговор

[399] У случају када послодавац због неликвидности не може исплатити плату, односно накнаду плате у трајању од најмање три мјесеца, исплату врши Завод. У случају стечаја послодавца, накнаду плате због боловања, а када се накнада исплаћује на терет средстава Завода, осигуранику исплаћује Завод.

Заводу, који ће обрачунати накнаду плате и обрачун доставити осигуранику и послодавцу у року од 30 дана. Накнада плате припада осигуранику само за дане, односно сате, за које би осигураник имао право на плату да ради према прописима о раду[400]. Осигураник остварује право на накнаду плате у висини утврђеној у складу са законом и општим актима Завода до истека 18 мјесеци трајања боловања, а након тога у износу 50% задње исплаћене накнаде плате на име тог боловања[401].

Према анализираним законима накнада зараде за вријеме привремене спријечености за рад у висини од 100% од основа за накнаду одређује се у сљедећим случајевима (неки закони не познају све наведене случајеве):

- професионалне болести и повреде на раду,
- болести проузроковане трудноћом и порођајем;
- одржавања трудноће (лијечења пријетећег абортуса),
- добровољно давање крви, ткива и органа,
- због лијечења основне болести и стања, одређених болести[402],
- осигураним лицима са урођеним недостатком горњих или доњих екстремитета, слијепим и глувонијемим лицима (без обзира на то по којем основу је утврђена привремена спријеченост за рад)[403].

5.8. Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Српској

Систем обавезног здравственог осигурања је састављен од сљедећих елемената, који су међусобној вези:

- осигурана лица;
- обвезници уплате доприноса за осигурана лица који уплаћују доприносе за здравствено осигурање;
- сакупљач доприноса (организација која прикупља доприносе и контролише њихову уплату);
- купац здравствених услуга (организација која располаже прикупљеним средствима и распоређујући их за различите видове здравствене заштите);
- даваоци здравствених услуга (здравствене установе које пружају услуге осигураним лицима);

[400] Надзор над коришћењем боловања обавља Завод. Послодавац осигураника може захтијевати од Завода контролу оправданости боловања за све вријеме трајања боловања осигураника. Накнада плате за вријеме боловања припада осигуранику за све вријеме боловања, а најдуже у трајању прописаном законом. Завод је обавезан у року од 15 дана од дана подношења приговора од стране послодавца издати осигуранику обавијест у писаном облику о начину и поступку остваривања права по приговору. Осигураник незадовољан обавјештењем, може покренути управни спор.

[401] Умањење накнаде плате за 50% од задње исплаћене накнаде плате не односи се на осигураника који је на боловању због лијечења злоћудних болести, који је на хемодијализи или перитонеалној дијализи, те који је на боловању у вези с узимањем и пресађивањем дијелова људског тијела.

[402] Због лијечења малигних болести, хемофилије, цистичне фиброзе, епилепсије, мултипле склерозе, мишићне дистрофије, церебралне парализе, параплегије и квадриплегије, системских аутоимуних болести, хроничне бубрежне инсуфицијенције (дијализа), ХИВ и карантинских болести и психозе.

[403] У Хрватској је предвиђено да накнада плате износи 100% од основице за накнаду за вријеме боловања због ране, озљеде или болести која је непосредна посљедица учешћа у рату.

- институција која врши надзор и контролу од стране власти (прати и контролише цјелокупно функционисање система обавезног здравственог осигурања).

Осигурана лица су осигураници, чланови породице осигураника, лица осигурана за случај повреде на раду и професионалне болести, лица којима се обезбјеђује здравствена заштита на основу закључених међународних уговора. Осигурана лица обухваћена обавезним здравственим осигурањем су таксативно наведена у ЗЗО РС[404] и сврстана су у неколико група: осигураници (обавезно осигурана лица за која се уплаћују доприноси), чланови породице осигураника[405]; лица која су осигурана само за случај професионалне болести или повреде на раду; страни држављани који су осигурани на основу потписаних билатералних споразума о социјалном осигурању (лица којима се здравствена заштита обезбјеђује на основу закључених међународних уговора). Права из здравственог осигурања обезбјеђују се члановима породице осигураника и члановима пољопривредног домаћинства, ако не остварују права из здравственог осигурања по неком другом основу[406]. Осигураником земљорадником сматра се лице које се бави пољопривредном дјелатношћу као јединим и главним занимањем, ако по основу обављања те дјелатности остварује средства за живот и под условом да није осигуран по другом основу. Поред напора који се чине да се обавезним здравственим осигурањем обезбиједи потпуна покривеност становништва, постоји одређени постотак неосигураног становништва, за које нису уплаћени доприноси, нпр.: радници у предузећима у стечају, земљорадници који нису регистровани, лица која нису регистрована, а обављају своју дјелатност (услуге чишћења, одржавања, превођења итд.) или радници који раде „на црно“ и нису пријављени.

Сва осигурана лица имају једнака права на здравствену заштиту. Законом и актима Фонда се утврђује које групе осигураника и мјере здравствене заштите имају приоритет у остваривању здравствене заштите и друге погодности због посебног социјално-медицинског статуса и на основу других критеријума утврђених законом. У складу с тим, дефинисане су и популационе и нозолошке групе од посебног социјално-медицинског значаја, за које се обезбјеђује здравствена заштита.

Држављани земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном (здравственом) осигурању, остварују здравствену заштиту у обиму који је утврђен уговором. Здравствена заштита осигураним лицима обезбјеђује се у складу са стандардима медицинских услуга које прописује МЗСЗ РС.

Обвезници уплате доприноса – Обрачун и уплату доприноса за обвезнике врше појединац или послодавац, одређена установа или организација, Република или јединица локалне самоуправе.

Уплату доприноса у вези са радним односом, други облик радног ангажмана и запошљавање врше: исплатилац резидент Републике приликом сваке исплате и обвезник

---

[404] ЗЗО РС, чл. 10-18.

[405] Правилник о утврђивању својства осигураног лица, матичној евиденцији и здравственој књижици, („Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/11, 40/12 и 56/12) прописује ко се сматра чланом шире породице осигураника и под којим условима се сматра да га осигураник издржава.

[406]ЗЗО РС, чл. 10 и 13; Закон о доприносима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 116/12 и 103/15), у даљем тексту ЗОД РС, чл. 4.

лично или послодавац за обвезника који је запослен код нерезидента Републике, односно код послодавца са сједиштем на подручју другог ентитета, дистрикта или државе; вјерска заједница за вјерског службеника; лично, лице које обавља пољопривредну дјелатност као носилац пољопривредног газдинства, и друго лице које обавља пољопривредну дјелатност; лично, врхунски спортиста, ако није осигуран по другом основу; Завод за запошљавање за лице које остварује новчану накнаду у складу са прописима којима се уређује област запошљавања; организација за запошљавање која је упутила осигураника на преквалификацију или доквалификацију за незапослено лице за вријеме преквалификације или доквалификације, на коју је упућено од организације за запошљавање; послодавац који је ангажовао лице за обављање привремених или повремених послова; послодавац за осигураника волонтера код којег волонтира без заснивања радног односа (волонтерски рад); омладинска задруга; послодавац који је ангажовао лице по основу уговора о дјелу; Фонд за пензијско и инвалидско осигурање за корисника пензије и права на новчану накнаду у вези са преквалификацијом и доквалификацијом и запошљавањем, за лице које је ово право остварило према прописима о пензијском инвалидском осигурању; Министарство рада и борачко-инвалидске заштите, на основу обрачуна Завода за запошљавање, за незапослено лице док је редовно пријављено Заводу за запошљавање, ако не прима новчану накнаду.

Уплату доприноса у вези са образовањем врше: организација, односно послодавац код којег се оспособљава дијете са тешкоћама у развоју, за вријеме стручног оспособљавања, након завршетка основне школе; Министарство рада и борачко-инвалидске заштите за ванредног студента док је редовно пријављен Заводу за запошљавање; образовна установа која организује практичну наставу за ученике и студенте за вријеме практичне наставе, односно за вријеме стручне праксе код послодавца; страни држављанин који се школује на територији Републике, ако међународним споразумом није другачије одређено.

Уплату допринос лично врше: држављанин Републике који у цијелости или дјелимично остварује пензију и инвалиднину од иностраног исплатиоца са пребивалиштем на територији Републике; лице које се лично укључује у обавезно здравствено осигурање.

Уплату доприноса врше сљедеће установе и организације: Центар за социјални рад, за лице које је корисник права у складу са законом којим се уређују права из области социјалне заштите, ако није осигурано по другом основу; организација која организује акције спасавања или одбране од елементарних непогода за лице које на територији Републике учествује у акцијама спасавања или одбране од елементарних непогода (пожар, поплава, земљотрес и друге непогоде проузроковане вишом силом) или у акцији предузетој ради спасавања живота грађана или отклањања материјалне штете; казнено-поправна, односно васпитна установа за осигураника који је смјештен у тој установи, за вријеме обављања обавезног рада приликом издржавања казне затвора, малољетничког затвора и у периоду извршења васпитне мјере у васпитној установи, установи за преваспитавање или у посебној васпитној установи.

Када је у питању Република или јединица локалне самоуправе, уплату доприноса врше: Министарство за избјегла и расељена лица за избјегло и расељено лице и повратника,

ако није осигурано по другом основу; Министарство рада и борачко-инвалидске заштите, за лице коме је признато право на здравствено осигурање у складу са законом којим се уређују права бораца, војних инвалида и породица погинулих бораца Одбрамбено-отаџбинског рата Републике Српске; републички орган управе, односно орган локалне самоуправе за осигураника који на захтјев или по позиву тог органа пружа помоћ, обавља јавну функцију или грађанску дужност ако том приликом буде повријеђено или се разболи; када организују јавне радове за осигураника током учешћа у јавним радовима.

Сакупљање доприноса – Својство осигураног лица стиче се подношењем пријаве за здравствено осигурање у Јединствен систем регистрације, контроле и наплате доприноса који води Пореска управа Републике Српске (у даљем тексту: ПУ), а доказују се здравственом књижицом[407]. ФЗО је надлежан да располаже средствима доприноса за здравствено осигурање које прикупи пореска управа[408]. Ефективност система наплате доприноса знатно нарушавају и умањују нередовне уплате од стране пољопривредника, њихово регистровање на евиденцију Завода за запошљавање, нередовне и непотпуне уплате доприноса од стране Владе, институција и ванбуџетских фондова. С циљем отклањања уочених недостатака у функционисању система наплате доприноса донесен је Закон о пореском поступку Републике Српске[409], којим је успостављен јединствени систем регистрације, контроле и наплате доприноса у ПУ РС[410].

Купац здравствених услуга у систему обавезног здравственог осигурања је ФЗО, а који има висок степен аутономије у организацији, управљању и располагању средствима прикупљеним од уплате доприноса и других уплата. Ова врста аутономије фонда огледа се и у томе да фонд доноси подзаконска акта којима се прецизније уређује систем обавезног здравственог осигурања, предлаже начине распоређивања (алокација) средстава за различите нивое здравствене заштите и различите намјене, те одлучује о цијенама здравствених услуга. Односи између ФЗО РС као купца здравствених услуга са једне стране, те здравствених установа као даваоца здравствених услуга са друге стране, успостављају се и регулишу уговором[411].

---

[407] Сакупљање доприноса у РС, према Закону о доприносима од 2012. године, има ПУРС која врши контролу обрачуна и наплате доприноса. ПУ је ову улогу ФЗО РС преузела исте године.

[408] ПУ врши контролу обрачуна и наплате доприноса, која поред осталог подразумијева откривање, пријављивање и кажњавање уплатилаца доприноса који на различите начиње избјегавају плаћање доприноса (попут запошљавања „радника на црно“, исплаћивањем дијела плате „у коверти“ на руке, погрешног обрачуна доприноса и избјегавање обавеза плаћања у законски прописаном року, чак и у случају кад није исплаћена плата).

[409] Закон о пореском поступку („Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/11, 108/11, 67/13, 31/14 и 44/16).

[410]Начин и поступак подношења пријава за упис и регистрацију у тај систем уређен је Правилником о условима и начину регистрације и идентификације пореских обвезника („Службени гласник Републике Српске“, бр. 04/13).

[411] Фонд уговара: услуге ПЗЗ са домом здравља и доктором породичне медицине; са домом здравља консултативне услуге специјалиста и лабораторијске услуге које се врше по упуту доктора породичне медицине; здравствене услуге специјалистичких служби и услуга болничког лијечења са болницама на свом подручју, које се врше по упуту доктора породичне медицине; високо специјализоване здравствене заштите, односно услуге за које су потребна сложена дијагностичка испитивања и лијечење са клиничким центром, специјалним болницама, заводима и институтима; са апотекама и апотекарским установама издавање лијекова на рецепт, утврђених позитивном листом лијекова.

У поступку закључивања уговора, код преговарања уговорних страна, Фонд настоји да, заступајући интересе својих осигураника, за уговорена средства добије што више квалитетних услуга, а здравствене установе настоје да закључе што повољније уговоре да би остварили што веће приходе. Уговори се закључују за сваку календарску годину посебно[412].

Даваоци здравствених услуга су здравствене установе које су регистроване за пружање здравствених услуга. ФЗО са јавним и приватним здравственим установама уговара пружање здравствених услуга. С тим циљем, УО Фонда на почетку сваке календарске године доноси Правилник о принципима, условима и критеријумима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга[413], а код преговарања се примјењује и Правилник о основама стандарда и норматива из обавезног здравственог осигурања[414] који доноси МЗСЗ РС. Приликом уговарања здравствених услуга са даваоцима здравствених услуга, Фонд се по правилу, придржава сљедећих принципа: равноправност јавних и приватних даваоца здравствених услуга; уговарања по реферaлним нивоима здравствене заштите; уговарање плаћања за ПЗЗ по буџетском начину плаћања; уговарање плаћања за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите по комбинованом начину плаћања; уговарање у складу са стандардима и нормативима здравствене заштите[415]. Услуге примарног нивоа здравствене заштите Фонд уговара са амбулантама породичне медицине, домовима здравља и апотекама. Услуге секундарне и терцијарне (болничке) здравствене заштите Фонд уговара са болницама, специјалним болницама, клиничким центром, специјалистичким центрима, специјалистичким амбулантама, заводима, институтима и другим регистрованим и оспособљеним здравственим установама;

Надзор и контролу над функционисањем система обавезног здравственог осигурања врше ресорно министарство и Влада. Оснивачи здравствених установа разматрају и усвајају годишње извјештаје о пословању и годишње обрачуне здравствених установа. Надзор од стране МЗСЗ РС односи се на одобравање плана уговарања по нивоима здравствене заштите, давањем мишљења на обим, садржај и начин остваривања

[412] Цијене здравствених услуга утврђују Фонд и здравствена комора Републике Српске. Фонд и одговарајућа здравствена комора утврђују јединствени цјеновник здравствених услуга и лијекова који усваја управни одбор фонда, а примјењује се приликом пружања здравствених услуга без упута надлежног доктора породичне медицине и када се ради о услугама пруженим осигураницима проширеног и приватног осигурања. У случају да се фонд и здравствена комора не сложе о питању цијена здравствених услуга и других питања из заједничке надлежности, спор рјешава арбитражна комисија коју образује МЗСЗ РС, а чине је по један представник из ФЗО, здравствене коморе и по један представник МЗСЗ РС и надлежног органа за послове финансија, види: ЗЗО РС чл. 60 и 61.

[413] Правилник о принципима, условима и критеријумима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга („Службени гласник Републике Српске“, бр. 111/15 и 08/16)

[414] Правилник о основима стандарда и норматива из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник Републике Српске“, бр. 18/11 и 83/11)

[415] Критеријуми за одређивања висине средстава за даваоце здравствених услуга на нивоу ПЗЗ су обично: цијена тима у односу на стандард; број осигураних лица или становника и општа капитација и коефицијент тежинске капитације по добним групама.

здравствене заштите, систематизацију радних мјеста и друго. Влада РС даје сагласност ФЗО на финансијски план, извјештаје о пословању и годишњи обрачун[416].

5.9. Организација обавезног здравственог осигурања

Здравствено осигурање може бити организовано на више начина: као посебна организација са пуном аутономијом у управљању и финансијском пословању, као организација са одређеним законским овлашћењем али под непосредном контролом државе, те као организација у саставу државног органа. Поред ова три модела којима се изражава статус система здравственог осигурања, постоји и четврти модел, односно модел у којем је здравствено осигурање невладина организација (под спонзорством синдиката). Независно од статуса, систем здравственог осигурања се разликује по степену централизације односно децентрализације. У већини земаља здравствено осигурање представља самосталну организацију са високим степеном самосталности у организацији, управљању и располагању средствима. Не постоји систем обавезног здравственог осигурања који самостално утврђује основна права и изворе, те начин плаћања доприноса. Та су питања свуда ствар законске регулативе. Сваки систем здравственог осигурања има двије основне улоге:

- да обезбиједи регистрацију и идентификацију осигураника;
- да обезбиједи што повољније услове за остваривање права из здравственог осигурања.

Идентификација је важна како са становишта коришћење здравствене заштите, тако и плаћања доприноса. Стварање услова за остваривање здравствене заштите осигураника задире добрим дијелом у односе између здравственог осигурања и здравствених установа[417]. Без обзира на то како је организован, систем здравственог осигурања мора обезбиједити једнакост и подједнаке услове у остваривању права. У развијеним земљама, углавном нема великих проблема у погледу остваривања права под једнаким условима. По правилу, стопе доприноса су јединствене за цијелу земљу. За оне организације које путем јединствених стопа нису у могућности да покрију права, врши се трансфер из централног фонда.

Успјех система здравственог осигурања у многоме зависи од организације и ефикасности здравствене службе. Реформе организације здравствене службе вршене су у претходних неколико деценија, да би се она прилагодила новим задацима и обавезама, као и савременом концепту здравствене заштите. Недостатак конкуренције једна је од значајних карактеристика здравствене службе која доприноси недовољној ефикасности

---

[416] Надзор над пословањем здравствених установа јавног сектора, поред осталих контролних органа, врши и Главна служба за ревизију јавног сектора РС. Ревизори врше систематичан преглед и оцјену управљања ризиком, систем интерних контрола и руковођења организацијом, што укључује политике и процедуре и активности организације. Ревизија оцјењује адекватност и ефикасност система за финансијско управљање и контроле, у погледу: испуњавања задатака и постизања дефинисаних циљева организације; економичне, ефикасне и дјелотворне употребе ресурса; усклађености са успостављеним политикама, процедурама, законима и регулативама; чувања средстава организације од губитака као резултата свих видова неправилности; интегритета и вјеродостојности информација, рачуна и података, укључујући процесе интерног и екстерног извјештавања, види: http://www.gsr-rs.org/ (3.5.2016);

[417] Стаматовић М. *et al., op.cit*., стр. 372-373.

здравствене заштите. То се не односи само на конкуренцију између здравствених установа у државном и приватном сектору, него и на међусобну конкуренцију установа у државном сектору, јер оне чине већину у скоро свим земљама. Поред недостатка конкуренције поставља се питање како успоставити равнотежу између ПЗЗ и виших реферaлних нивоа. Равнотежа би се могла успоставити ако би постојала равномјерна развијеност институција ПЗЗ, ако би оне биле оспособљене да ријеше највећи дио здравствених проблема и захтјева у заједници у којој дјелују, да би био успостављен трајан однос ових институција са првим реферaлним нивоом (опште болнице), у смислу стручне помоћи и сарадње специјалистичких служби са ПЗЗ[418].

Односи између здравствених установа и обавезног здравственог осигурања у области финансирања могу бити директни и индиректни. Директни односи постоје када су здравствене установе у власништву здравственог осигурања, а индиректни када то није случај и када се ти односи успостављају уговором. У условима директних односа, у први план избија квалитет здравствених услуга, а индиректних – контрола трошкова[419].

Интереси здравственог осигурања и здравствених установа се обично не поклапају. Здравствене установе настоје да остваре што веће приходе и ради тога проширују обим свог рада, уводе нова савременија средства и настоје да склопе за себе што повољније уговоре. Здравствено осигурање настоји да за средства која уговара добије што више услуга и што бољи квалитет. Држава је првенствено заинтересована да се функционисањем ова два система остваре циљеви здравствене политике и обезбиједи законитост у њиховом раду, без обзира на степене самосталности здравственог осигурања и удио приватног сектора у организацији здравствене службе. Држава преко својих органа обезбјеђује законитост у раду и контролу укупне здравствене потрошње[420].

Организација здравственог осигурања у РС је регулисана ЗЗО, Статутом Фонда и Правилником о унутрашњој организацији и систематизацији радних мјеста. Обавезно здравствено осигурање и остало осигурање (проширено) спроводи ФЗО[421], који има својство правног лица над чијим радом надзор спроводи МЗСЗ РС[422]. Органи Фонда су:

---

[418] Само у условима успостављања равнотеже између ПЗЗ и виших, стручних и реферaлних нивоа, могуће је извршити адекватну дистрибуцију расположивих финансијских средстава унутар одређеног фонда здравственог осигурања. Треба створити услове да се равнотежа успостави, јер она је предуслов остваривања једнакости у остваривању здравствене заштите, најприје у оквиру ПЗЗ, а затим у потпуности; Ibidem, стр. 376.

[419] Широко је распрострањено мишљење да даваоци услуга настоје да своје интересе ставе испред интереса корисника. Са становишта остваривања здравствене заштите, боље је рјешење када су и фонд здравственог осигурања и здравствена установа законски самостални ентитети који међусобним уговором прецизно утврђују начин остваривања здравствене заштите, контролу извршења уговорних обавеза и начин арбитраже. У склопу оспособљавања здравствених установа да ефикасно извршавају своје обавезе, је и увођење савременог информационог система и савременог менаџмента, који треба да обезбиједе, између осталог, ефикасно и економично коришћење свих расположивих ресурса.

[420] Стаматовић М. *et al., op.cit.,* стр. 377.

[421] Закон о измјенама и допунама Закона о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 51/03) чл. 1.

[422] ЗЗО РС чл. 9.

управни одбор (УО)[423], надзорни одбор (НО)[424] и директор. У погледу остваривања права на здравствену заштиту у иностранству, у Фонду се обављају послови уговарања, књижења и плаћања примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите. У саставу Фонда постоје филијале односно канцеларије ради непосредног остваривања права из здравственог осигурања. У канцеларијама постоје пословнице и експозитуре као нижи организациони облици. Општим актом о унутрашњој организацији и систематизацији ближе се уређују послови који се обављају у канцеларији, пословници и експозитури[425]. Ради обављања послова спровођења здравственог осигурања, односно правних, финансијских и других стручних послова, те помоћних и њима сличних послова, Фонд образује стручну службу[426]. Стручна служба је значајна за ефикасно функционисање здравственог осигурања, а у земљама које дуже вријеме примјењују здравствено осигурање, стручне службе су по правилу искусне и добро опремљене, имају ефикасан информациони систем, оспособљене су за планирање, мониторинг и евалуацију мјера и програма здравственог осигурања. У централизованом систему, по неким истраживањима, стручна служба је јефтинија него у децентрализованом систему. На трошкове стручне службе знатно утиче број запослених[427]. Информисање о раду Фонда се врши у складу са одредбама Закона о слободи приступа информацијама[428].

Како концепт савременог здравственог осигурања иде све више у правцу проширивања права и све већег обухвата, таквом концепту више одговара децентрализација. Нема примјера да се централни орган осигурања брине о свим пословима. Извјесна регионализација мора постојати да би се боље осјетиле локалне потребе, заинтересовали

[423] Управни одбор Фонда именује Влада на период од четири године јавним конкурсом, а чине га четири представника осигураника, три представника здравствених радника из здравствених установа и два представника послодаваца. Управни одбор доноси Статут Фонда уз сагласност Владе и друге опште акте Фонда; доноси планове и програме рада уз сагласност Владе; предлаже стопе доприноса; стара се о ефикасном раду и пословању Фонда; доноси финансијски план Фонда уз сагласност Владе; усваја извјештај о пословању и годишњи обрачун и доставља их Влади; утврђује критеријуме за финансирање здравственог осигурања; уређује послове и начин коришћења здравствене заштите у иностранству; разматра и усваја минимални пакет основне заштите уз претходну сагласност Владе РС; у договору са здравственом комором одлучује о цијенама здравствених услуга и начину уговарања између Фонда и здравствених установа; те врши и друге послове утврђене законом и статутом Фонда. Закон о измјенама и допунама Закона о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 51/03) чл. 4-8.

[424] Чланове надзорног одбора Фонда именује Влада на период од четири године. НО врши надзор над радом и пословањем Фонда и најмање једном годишње извјештава УО Фонда и Владу.

[425] У канцеларији, пословници и експозитури, се обезбјеђују права из здравственог осигурања за осигуранике са подручја канцеларије, пословнице и експозитуре; спроводи првостепени поступак у остваривању права из здравственог осигурања; води евиденција о осигураницима и остваривању права осигураних лица; врши обрачун новчаних накнада; обављају послови у вези са спровођењем међународних споразума у области здравственог осигурања; обављају послови контроле наплате доприноса и контроле трошкова здравствене заштите, итд.

[426] Општим актом о унутрашњој организацији и систематизацији радних мјеста ближе се утврђује организација и задаци стручне службе и њена одговорност за извршавање задатака.

[427] У Њемачкој, у којој има више од 1000 фондова, број запослених се креће од једног запосленог на 220 осигураника, па до једног запосленог на 690 осигураника, а трошкови прогресивно опадају са већим бројем осигураника на једног запосленог. Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 374.

[428] Закон о слободи приступа информацијама (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 20/01), у даљем тексту ЗПИ РС, чл. 1 и 4.

локални фактори и омогућило ефикасно учешће осигураника у управљању[429]. Економске тешкоће не иду на руку децентрализације. Међутим, чим се оне ублаже, морају се тражити рјешења по којима ће се централно вођена политика остваривати у условима одговарајуће децентрализације. Питање организације здравственог осигурања није само стручно и административно. Оно је у основи политичко и економско. У највећем броју земаља, држава има значајан утицај на организацију здравственог осигурања. Поред утврђивања права и висине доприноса, држава прописује и принципе организације, одређује улогу централног органа, разматра извјештаје органа осигурања и врши надзор над законитошћу рада[430].

5.10. Проширено и приватно здравствено осигурање

Фонд РС може осигурати грађане и друга лица за права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, за ослобађање учешћа у личним трошковима за здравствену заштиту, за остваривање здравствене заштите изнад прописаних права и друге здравствене услуге. Фонд својим актом утврђује услове и начин коришћења права из проширеног здравственог осигурања. Проширено здравствено осигурање могу обезбиједити и предузећа и друга правна лица за своје запослене. Једна од највећих предности које пружа проширено здравствено осигурање је право на слободу избора при чему грађани добијају статус субјекта који сам одлучује колико ће трошити на здравствено осигурање. Развој и имплементација проширеног здравственог осигурања у будућности налази се у чињеници све већег броја медицинских услуга (развој медицинске науке) које не може покрити само обавезно здравствено осигурање. За разлику од обавезног здравственог осигурања које почива на принципу солидарности, у проширеном здравственом осигурању свако плаћа за себе (појединачни уговори) или институција плаћа за своје раднике (групни уговори). У обавезном здравственом осигурању свим друштвеним слојевима су загарантована иста права на здравствену заштиту, док се додатним осигурањем гарантују већа права из пакета услуга проширеног осигурања само оним особама које се уплатиле то осигурање. На тај начин, уговарачи проширеног осигурања су у могућности да контролишу новац који уплаћују за полису осигурања, те да прекину уговор уколико нису задовољни осигуравајућом кућом, за разлику од обавезног осигурања код кога нема могућности одступања[431].

Грађани и друга лица могу се осигурати код приватне агенције за здравствено осигурање за права из здравственог осигурања и права која нису обухваћена обавезним и проширеним здравственим осигурањем. Услове за оснивање приватне организације здравственог осигурања, обавезе према осигураницима и начела организације прописује министарство надлежно за послове здравља. Приватне агенције здравственог осигурања

---

[429] Земље које су систем здравствене заштите и здравственог осигурања поставиле на регионалном принципу, остариле су добре резултате у здравственој заштити, а и успјеле су да смање трошкове за здравствену заштиту (скандинавске земље, Белгија, Француска, Италија).

[430] Стаматовић М. *et al., op.cit.,* стр. 373-734.

[431] Суботић Андреја, Бабић В. Ненад, „Идејна основа за проширено здравствено осигурање у Републици Српској“, *Здравствена политика и стратегија*, Интернационални конгрес „Здравље за све“, Удружење Здравље за све, Бања Лука 2003, стр. 187.

уговарају пружање здравствених услуга директно са здравственим установама на основу јединствених цијена здравствених услуга које утврђује Фонд и здравствене коморе[432].

Здравствено осигурање у РС, у суштини се не разликује од осигурања које се примјењују у другим европским државама, али је најближе државама које примјењују Бизмарков модел финансирања здравствене заштите, као што је то данас случај у Њемачкој и другим земљама. Поред Бизмарковог модела, у земљама у окружењу су у примјени и модели приватног и/или мјешовитог осигурања, а уведени су с циљем обезбјеђења додатних средстава за финансирање здравствене заштите.

Однос обавезног и добровољног осигурања поткрај прве деценије овог века издвојио се из бројних других питања о којима се у много земљама у свијету већ дуже вријеме расправља поводом финансирања здравствене заштите. Јављају се идеје о неопходности укључивања приватних ресурса за покриће здравствених издатака. Али, то доводи у питање прокламовано право на здравље и, у односу на њега, представља корак назад. Јављају се инерција и снажни отпори промјенама, да би достигнути ниво у остваривању права био сачуван. То интензивира полемике и понавља покушаје реформи[433]. Корпус основних здравствених услуга који се обезбеђује осигураницима и корисницима државног здравственог осигурања и оних који поступно прелазе изван одређеног обима или у цјелини у систем приватног здравственог осигурања, различит је од државе до државе чланице (ЕУ). Прије свега, као посљедица нараслих трошкова здравствених услуга узрокованих старењем становништва, усљед продужетка животне доби и смањења радно активног становништва због ниског наталитета, својим доприносима из зарада и других прихода они не могу да обезбиједе одржив одређени систем обавезног осигурања. Такође, не могу да се примијене ни теорије усмјерене само на куративну медицину, која је због скупог и погрешног управљања фондовима државног здравственог осигурања довела у питање напредак медицине и са њим повезане примјене скупих метода дијагностике и терапије болести. Све ово је довело до тога да су се у посљедњој деценији издаци у државном здравственом осигурању у ЕУ удвостручили и да државе чланице с циљем растерећења фондова државног здравственог осигурања из године у годину смањују каталог здравствених услуга које се финансирају из државних здравствених фондова[434].

---

[432] У Републици Српској у претходном периоду нису донесена општа акта и нису успостављени ни проширено здравствено осигурање, а ни приватно здравствено осигурање, те нема ни прихода Фонда по основу плаћених премија за проширено и приватно здравствено осигурање.

[433] Због тога су актуелне расправе о односу обавезног и добровољног здравственог осигурања попримиле форму оштрог политичког сукобљавања, што у историјском контексту може да се посматра као савремена форма испољавања трајног конфликта поводом расподјеле у друштвеној заједници,
види: Шолак Здравко, „Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања“, *Правни живот*, број 12/2009, стр. 838.

[434]Илустрације ради, у Чешкој су ради растерећења ових фондова за 10% од 1. јануара 2010. године из каталога услуга државног здравственог осигурања искључили 280 здравствених услуга, а трошкови њиховог покрића су пребачени у систем приватног здравственог осигурања, види: Славнић Јован, „Уговор о добровољном здравственом осигурању као предмет законског регулисања: прилог расправи о регулисању уговора о осигурању у новом Грађанском законику Србије“, *Европске реформе у праву осигурања Србије,* зборник радова, Палић 2010, стр. 188 – 220.

Идеја да приватно, добровољно здравствено осигурање може побољшати здравствене прилике и доступност здравствене заштите у земљама источне и централне Европе, коју понеко износи, може да буде само резултат неискрености. Примјер САД то потврђује. Европски модели су праведнији, јефтинији и атрактивнији у сваком погледу. Ниједна научна студија томе не противречи[435].

Због бројних и друштвено неприхватљивих ефеката приватног осигурања, у првом реду „негативне селекције ризика“, која се манифестује давањем предности здравим осигураницима уз истовремено одбијање (путем високих премија) болесних, а нарочито обољелих од хроничних обољења који имају перманентну потребу за лијечењем, али су препуштени сами себи, тржишни модел система здравствене заштите није прихваћен у Европи – ни у високоразвијеним, нити у сиромашним земљама, а ни у земљама у развоју[436].

5.11. Начини плаћања здравствених услуга

Осигурана лица остварују здравствену заштиту у здравственим установама и другим организацијама са којима Фонд закључи уговор. Уговором Фонда и здравствених установа, између осталог, регулише се и начин плаћања здравствених услуга. Тако ФЗО РС има улогу купца здравствених услуга у систему обавезног здравственог осигурања РС. Постоји неколико начина, односно модела плаћања здравствених услуга даваоцима, а сваки од њих има одређени утицај на квалитет здравствене заштите, на обим трошкова и на административну процедуру:

- плаћање по услузи,
- плаћање по случају,
- плаћање по болесничком дану,
- плаћање по осигураном лицу (капитација),
- плаћање путем обезбјеђења плата и материјалних трошкова,
- буџетски начин плаћања.

Плаћање по услузи – Овај начин подразумијева наплаћивање сваке услуге или директно од пацијента или слањем рачуна надлежном здравственом осигурању. Цијена услуга се утврђује на основу цјеновника који усваја надлежни орган здравственог осигурања уз сагласност министарства здравља или га заједнички доносе здравствено осигурање и одговарајућа асоцијација здравствених установа или комора и слично. Цијена услуга обухвата рад медицинског особља, материјалне трошкове, амортизацију, закупнину просторија и друго. Постоје стандардизовани методи калкулације цијене једна услуге, у коју улази цијена рада диференцирана по профилу здравственог радника, утрошено вријеме, цијена рада по јединици времена, утрошени материјал, рад другог особља укључујући администрацију. Плаћање по цијени услуга се не препоручује у системима здравственог осигурања који имају ограничена средства, а немају могућност комплексне контроле. Овај начин плаћања у цјелини стимулише хиперпродукцију услуга и доводи

[435]Шолак Здравко, „Развојне перспективе тржишта приватног здравственог осигурања“, *Европске реформе у праву осигурања Србије*, зборник радова, Палић 2010, стр. 284.
[436] Малетић Д., (2008), *op.cit.,* стр. 412.

до могућих различитих неправилности: непотребно повећање броја услуга, извршавање услуга на нижем стручном нивоу, скраћивање времена пружања услуга, а што је све веома тешко контролисати. Са финансијске тачке гледишта, ово је најскупљи начин плаћања здравствених услуга[437].

Плаћање по случају – Користи се у болничкој здравственој заштити, а може и у консултативно-специјалистичкој здравственој заштити. По овом методу плаћа се цјелокупни третман по јединственој цијени, независно од броја претрага. Пошто је дестимулативан за случајеве који изискују сложенија испитивања и лијечење, овај начин плаћања се повезује са дијагнозом болести. То је захтијевало да буде усвојена детаљна листа дијагноза са просјечним цијенама које укључују медицински материјал и материјалне трошкове. Најпознатија таква класификација дијагноза назива се ДРГ систем[438].

Цјелокупан третман одређеног случаја се здравственој установи плаћа по јединственој унапријед одређеној цијени, без обзира на то који је пакет дијагностичких и терапијских услуга пружен пацијенту. Међутим, чак ни такав модификован начин није отклонио све проблеме у вези са дијагностиком и третманон компликованих случајева. Иако овај начин плаћања онемогућава хиперпродукцију услуга, он има недостатке као што су: тенденција да се исказују пацијенти са тежом дијагнозом и третманом; може се вршити наплата и за непостојеће случајеве (замјеном лакше тежом дијагнозом); могуће је смањити трошкове третмана штедећи на дијагностичким средствима и потрошњи материјала, што негативно утиче на квалитет рада; нестимулативан је за пријем тежих случајева. Ове негативне појаве могуће је спријечити или свести на мању мјеру детаљнијом спецификацијом дијагностичких група и ефикаснијом контролом[439].

Плаћање по болесничком дану – Овај начин плаћања користи се искључиво у болничком лијечењу, мада би могао да се користи и за кућно лијечење. Цијена једног болесничког дана укључује све трошкове, односно медицински дан, смјештај и храну. Без обзира на дијагнозу болести и третман болесника, цијена је увијек иста. Постоје разлике у односу на категоризацију болница (опште, специјализоване, клиничке) и у односу на болничка одјељења (интерно, хируршко, педијатријско, гинеколошко). У неким болницама цијена болесничког дана је иста независно од тога на којем се одјељењу болесник лијечи. Примјена овог модела је једноставна, али стимулише продужење боравка пацијента у болници, штедњу на разним услугама и условима боравка, као и смањење квалитета здравствених услуга. И у калкулативном смислу овај начин плаћања је једноставан, јер се цијена добије тако што се укупни трошкови болница из претходног периода подијеле са бројем болесничких дана у оптималном кориштењу постељних капацитета од 85%. Та цијена се коригује усклађивањем са очекиваним растом инфлације или додатком средстава за набавку опреме (уколико се инвестиције не финансирају из посебних извора). Када дође до пораста цијене лијекова и другог санитетског материјала, раста нивоа зарада у јавним службама, може се извршити корекција цијена и у току године.

[437]Стаматовић М. *et al., op.cit*., стр. 378-383.
[438]Систем Група сродних дијагноза, енг. *DRG – Diagnosis Related Groups System.*
[439]Стаматовић М. *et al., op.cit*., стр. 379.

Овај начин плаћања може да обезбиједи уравнотежено финансирање (без дефицита и суфицита). Негативне стране оваквог плаћања испољавају се тенденцијом да се смањују материјални трошкови, што може да утиче на квалитет рада, услове смјештаја и исхрану болесника. Такође, може бити испољена и тенденција пријема лакших болесника и продуженог трајања лијечења. У неким земљама уведен је "бонус" за оне болнице које остваре боље резултате, односно, које имају мањи број смртних случајева, краће лијечење и друге индикаторе који потврђују бољи квалитет рада.

Плаћање по осигураном лицу (капитација) – Капитација може бити *једноставна* (када се за свако регистровано лице плаћа исти износ) и *тежинска* (када износ капитације варира у складу са критеријима, као што нпр. доб, пол, урбане или руралне средине и др.). Овај начин плаћања подразумијева покривање трошкова за цјелокупну здравствену заштиту осигураног лица у одређеном износу за одређени период (обично за годину дана). Он се заснива на процјени очекиваног коришћења здравствене заштите у одређеним врстама здравствених установа. Обично се примјењује "двострука капитација" (плаћање по глави осигураника), посебно за ПЗЗ, а посебно за болничко лијечење. У ПЗЗ уговор са закључује са здравственом установом (дом здравља) или са љекаром појединцем за кога се осигураник опредијелио. У калкулативном смислу, цијена се израчунава тако што се процијењени трошкови медицинског рада, материјала и других трошкова, подијеле са процијењеним бројем корисника у одређеној здравственој установи. У оваквом начину плаћања обично се ограничава број корисника једне установе, ради одржавања квалитета рада. За даваоце услуга и за осигурање овај начин плаћања има доста предности. Он стимулише здравствене установе да раде на превенцији, раном откривању болести, благовременом лијечењу, јер се на тај начин може смањити потреба за сложеним испитивањима и лијечењем. Осигурање је такође у предности, јер нема неизвјесности у погледу укупних средстава која ће бити утрошена. Тешкоће постоје у случају да осигураник жели да промијени здравствену установу, али се то може ријешити регулисањем права на промјену, нпр. једном годишње и то по истеку уговорног рока.

Плаћање путем обезбјеђења плата и материјалних трошкова – Овим начином плаћања преузимају се обавезе осигурања да се обезбиједе плате за здравствене раднике са доприносима и материјални трошкови, укључујући и закупнине, енергију и транспортна средства. Овакав начин плаћања типичан је за системе у којима је здравствено осигурање власник здравствених установа, а здравствени радници и други запослени у радном односу са осигурањем. Здравствено осигурање, и кад није власник здравствених установа, радо прихвата овакав начин плаћања, јер има потпуну контролу над потрошњом. Овај модел плаћања није стимулативан за здравствене раднике, јер су исти плаћени без обзира на учинак. Запосленим радницима је плата загарантована и они не сносе никакав ризик пословања. Овај систем крије многе слабости, као што су нпр. дуго чекање пацијента, немаран однос здравственог особља, протекција и разни видови директног плаћања здравственом особљу да би се избјегле све ове слабости[440].

Буџетски начин плаћања – Овај начин подразумијева плаћање одређене суме новца здравственој установи или љекару појединцу, којим се покривају сви трошкови

[440]Ibidem, стр. 381.

здравствене заштите која се остварује преко те установе, а у одређеном периоду (обично годину дана). На крају сваке године за сљедећу годину одређује се буџет, коришћењем различитих формула, а на основу трошкова из претходног периода. Здравствена установа која закључи такав уговор сноси ризик евентуалног дефицита, али може да оствари вишак прихода над расходима. Носилац осигурања може да се нађе у ситуацији да на овај начин плати више него што износе стварни трошкови. У случају ванредних прилика (велике епидемије) уговором се могу предвидјети и одређене клаузуле за корекцију уговорене суме. Овај начин плаћања се може примијенити на све врсте здравствених установа, осим апотека гдје број рецепата зависи од љекара па се тешко може унапријед утврдити просјечан број као основ за израчунавање уговорене суме. Елиминацији негативних појава доприноси постојање конкуренције између сличних здравствених установа. Карактеристика овог модела плаћања је једноставна контрола трошкова од стране купца здравствених услуга, а модел је погодан у периоду промјена као прелазна варијанта другим моделима плаћања[441]. У сљедећој табели (табела 2.[442]) је приказан упоредни преглед различитих начина плаћања у односу на контролу потрошње, квалитет услуга и администрирање:

Табела 2 – *Упоредни преглед различитих начина плаћања здравствених услуга*

Начин плаћања	**Контрола потрошње**	**Квалитет услуга**	**Администрирање**
по услузи	врло слаба	добар	врло тешко
по случају	добра	добар	тешко
болеснички дан	добра	слаб	врло лако
по осигураном лицу	врло добра	добар	врло лако
путем плата	добра	слаб	Лако
буџетски	врло добра	добар	Лако

У већини земаља, а и код нас, примјењује се комбиновани начини плаћања. У посљедње вријеме због настојања да се средства за здравствену заштиту ограниче у одобрене оквире, све више се примјењује начин плаћања у ПЗЗ по осигураном лицу, а буџетски начин плаћања за болнице, односно DRG модел. Дијагностички сродне групе (DRG) су проспективан метод плаћања по одређеној фиксној договореној просјечној цијени по случају/дијагнози, према хомогеним категоријама обољења, по њиховим клиничким карактеристикама и трошковима, независно колико дуго траје болничко лијечење за поједине случајеве[443].

[441]*Ibidem* стр. 382.
[442]*Ibidem* стр. 382.
[443]Донев Дончо, „Увођење дијагностичке сродне групе за плаћање болница и искуства Републике Македоније“, *Менаџмент здравствених институција*, Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд 2013, стр. 246.

Трошкови здравствене заштите никада се не могу изразити једном једноставном бројком од које нема одступања. Боље је користити процјене и заузимати флексибилнији став од којег могу имати користи уговорне стране. Метод утврђивања трошкова зависи од многих фактора као што су: власништво над здравственим установама, ниво права на здравствену заштиту, шта све улази у цијену, као и обезбјеђење средстава за инвестиције и друго. У неким земљама држава обезбјеђује средства за инвестиције, у другим је то обавеза здравственог осигурања, а у неким земљама здравствене установе саме обезбјеђују средства за инвестициони развој. У цијену здравствене услуге често су укалкулисана и средства за инвестиције.

У посљедњих неколико деценија све земље се суочавају са енормним растом трошкова за здравствену заштиту, који су, по правилу, расли брже од раста националног дохотка, брже од раста плата које служе као основ за утврђивање доприноса. Због тога се и стопе тих доприноса стално повећавају. Као најчешћи разлози за овакво повећање се наводе: повећава се број лица која по основу осигурања користе здравствену заштиту; повећава се обим права на здравствену заштиту; услуге се не плаћају синхронизовано са доприносима (најчешће унапријед); широко се примјењују нови (по правилу веома скупи) методи испитивања и лијечења; брз раст цијена здравствених услуга на које највише утичу цијене лијекова и другог санитетског материјала, а нарочито опреме. Практично, све земље настоје да доведу у склад трошкове за здравствену заштиту са реалним економским могућностима. То је био повод и за реформе у области здравственог осигурања[444].

5.12. Финансирање обавезног здравственог осигурања

Финансирање здравствене заштите, односно обавезног здравственог осигурања је веома сложено питање које захтијева добро разумијевање, не само права на здравствену заштиту, него и процеса њеног остваривања, организације и рада здравствених установа и принципа примјене здравствене технологије. За обезбјеђење финансирања обавезног здравственог осигурања, односно здравствене заштите, неопходна су огромна средства, не само због броја обољелих, него и због све веће цијене здравствених услуга, масовне употребе различитих апарата односно убрзаног увођења високе технологије у медицини (ЦТ, лапароскопија, лапароктомија, роботичка хирургија, ендоскопија, ласер телемедицина, зрачење итд.), лијекова, смјештаја у здравствене установе и друго. Да би здравствено осигурање и здравствена заштита били константно у функцији и испуњавали своје задатке средства морају стизати у континуитету. Тржиште не би смјело да буде регулатор права на живот тако што ће контролисати приступ здравственим услугама и доступност здравствене заштите не би смјела да зависи од прихода које појединац има[445].

---

[444] Стаматовић М. *et al. стр*. 382-383.

[445] Нобеловац Џозеф Штиглиц (*Joseph Eugene Stiglitz,* 1943 –) у својој књизи „*Економија јавног сектора*“ указује на главни економски проблем у здравственом сектору – огроман раст трошкова здравствене заштите у периоду 1960-1997. и велику експанзију државног утицаја у здравству посљедњих деценија, не само због несавршености тржишта, већ и чињенице да сиромашни људи не могу себи да обезбиједе довољно заштите.

Финансирање здравствене заштите долази у ред најкрупнијих отворених економских питања развијених економија на западу, а још више код посттранзиционих земаља. Правичност изабраних метода финансирања здравствене заштите све више постаје важан критеријум за њихову оцјену и примјену. Право на здравље и здравствену заштиту постало је угрожено, прије свега, због недовољног финансирања здравства у току процеса друштвеног преображаја у бившим социјалистичким земљама. Тешкоће у финансирању здравствене заштите јављају се због тога што ниједан од постојећих основних модела финансирања здравства не може са успјехом да се носи са проблемом раста трошкова. Грађани су незадовољни оним што им пружа здравствени систем, желе доступнију здравствену заштиту и виши ниво правичности. У документима СЗО финансирање здравства се доводи у везу са општом доступношћу услуга, а да би се то постигло, нужне су, међутим, знатније интервенције у прерасподјели дохотка, што наилази на баријере друге природе. Између различитих система вриједности може се јавити конфликт, што доношење одлука може учинити деликатнијим. Посебну пажњу заслужује конфликт медицинских и економских критеријума[446].

Употребљавајући ресурсе који му стоје на располагању, љекар може да пружа услуге појединачним пацијентима који му се обраћају, при чему не води рачуна о укупном скупу људи које лијечи. Љекар би могао постићи више ако би имао потребне информације о датим ресурсима и ако би најприје сагледао све потребне групе људи који му се обраћају за помоћ. То би водило ефикаснијој употреби ресурса у економском смислу. У том случају, љекар за неке пацијенте не чини највише што би могао, а то је тешко помирити са индивидуалистичким схватањем медицинске етике. Солидарно финансирање здравствене заштите (фондови) подразумијева да појединци доприносе фонду у складу са својим економским могућностима а користе здравствене услуге у мјери у којој су им потребне, независно од својих доприноса фонду. Доступност услуга породицама с ниским дохотком обезбјеђује се солидарним финансирањем. Отвара се, међутим, други проблем: понашање корисника може да поприми форму моралног хазарда у виду прекомјерног коришћења здравствених услуга. У већини бивших социјалистичких земаља незванично плаћање за здравствену услугу попримило је шире размјере. Ово је посљедица неуспјеха да се током периода друштвеног преображаја пронађу прихватљиви и одрживи методи финансирања здравствене заштите[447].

Доприноси су у почетку уплаћивани у виду фиксних износа за годину дана (премија). Сваки осигураник је плаћао исти износ независно од висине своје зараде. Начин утврђивања и плаћања доприноса упоредо се мијењао са развојем система. Принцип солидарности се досљедније примјењује ако се допринос плаћа у виду процента од зарада запослених, односно од остварених прихода код категорије самозапослених. Проширивање права из здравственог осигурања омогућило је увођење плаћања доприноса од стране послодавца. Тиме су оптерећења запослених постала мања, што је утицало на повишење њиховог животног стандарда. У већини земаља доприноси су у вези са зарадом и изражавају се одређеним процентом, а код самозапослених процентом

[446] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 121-126.
[447] Ibidem, стр. 127-154.

од укупног прихода. Овакав начин погађа оне са високим зарадама односно приходима, јер плаћају много више у апсолутним износима од просјека[448].

Главне карактеристике различитих типова доприноса (допринос у једнаким износима (премија), допринос у виду процента од зараде, допринос у односу на укупан приход, те различити нивои доприноса у односу на регионе, огледају се у томе како се они рефлектују на солидарност. Када се доприноси утврђују као проценат зараде или прихода остварује се највећи степен солидарности. У неким земљама неуједначене економске развијености, практикују се различити нивои доприноса у односу на ниво развијености региона (виши доприноси у мање развијеним регионима), али овај вид има ограничену солидарност. Проценат доприноса од зарада израчунава се једноставно, тако што се укупни трошкови за покривање права, увећани за резерву и трошкове администрације, помноже са 100 и подијеле са укупном сумом плата запослених[449].

Дотације из буџета дају се најчешће из сљедећих разлога: да се покрије дефицит у финансирању здравственог осигурања; да се покрију трошкови здравствене заштите одређених групација (социјално угрожена лица, ратни војни инвалиди), чија се здравствена заштита финансира преко обавезног здравственог осигурања; за одређене инвестиције у области здравствене заштите; те за одређене програме здравствене заштите. Такође, да би се избјегло повећање доприноса дају се дотације за покривање дефицита. Ова мјера се предузима изузетно, када мјерама штедње и другим, реално није било могуће избјећи дефицит. Дотације за покривање трошкова здравствене заштите одређених групација становништва су мјера које се редовно примјењује у многим системима здравственог осигурања. Том мјером се постиже већа обухватност осигурањем, а смањује се негативан утицај на средства из доприноса, јер те групације спадају у високоризичне са становишта потреба за здравственом заштитом а немају сопствених средстава за уплату доприноса. За установе ширег (националног) значаја обично у финансирању инвестиција учествује буџет. У неким земљама, средства за инвестиције обезбјеђују се у оквиру здравственог осигурања, мада нису ријетки примјери учешћа и буџета и осигурања. За неке мјере које се сматрају посебно друштвено значајним, као што су превентиве (имунизација, мјере унапређивања здравља, планирање породице и др.) у неким земљама, трошкове покрива државни буџет. Међутим, све је више примјера да се спровођење тих мјера ефикасније финансира из здравственог осигурања. Дотације из државног буџета имају добре и лоше стране. Добра страна је та што се повећавају укупна средства за здравствену заштиту, а лоша је што се преко тих средстава државни органи превише уплићу у послове осигурања[450].

---

[448] У Њемачкој доприноси послодавца и запослених су изједначени, док у другим земљама послодавац знатно више плаћа и за здравствено осигурање и за укупно социјално осигурање, Стаматовић М. *et al.*, *op.cit*., стр. 365-366.

[449] Ibidem, стр. 367.

[450] Сматра се, у ситуацији када средства из буџета која се дају у виду дотација износе 50% укупних средстава здравствене заштите, да је тада боље да се укупно финансирање пренесе на буџет и да се расформира организација здравственог осигурања. На тај начин бар се смањују трошкови финансирања двојних паралелних служби. Искуство је показало да је боље када се дотације буџета преносе (намјенски) ФЗО, него када се врши непосредно плаћање из буџета, Ibidem, стр. 368.

Пореске олакшице и ослобађање од царине се обично уводе у критичним ситуацијама финансирања здравствене заштите. Оне се односе на ослобађање од пореза здравствених установа у периоду док траје критична ситуација. Када је неопходан увоз опреме и лијекова, а здравствено осигурање нема довољно средстава, обично се предузимају царинске олакшице и ослобађање од царине. Ова мјера нема карактер редовне мјере у финансирању здравствене заштите.

Посебни порези су у многим земљама уведени као редовна мјера. То су или посебни намјенски порези на алкохол дуван и промет опасних материја, а и представљају дио средстава општег пореза на промет. Ова мјера је оправдана, јер алкохол и дуван узрокују озбиљне здравствене проблеме. Средства прикупљена на овај начин приход су ФЗО[451].

Као извори финансирања здравственог осигурања сматрају се такође: интересно орочена средства код банака; казне за неблаговремене уплате доприноса; плаћање за услуге страним осигураницима; приходи од расходоване опреме; приходи које заводи за осигурање имовине и лица плаћају за лијечење повреда проузрокованих туђом кривицом[452].

У складу са Циљем 17 *Здравља за све* у XXI вијеку, државе чланице (ЕУ) би требало да имају стабилно финансирање и механизам расподјеле ресурса за систем здравствене заштите базиран на принципима једнаког приступа, економичности, солидарности и оптималног квалитета. Нарочито се истиче сљедеће: издаци за здравствене услуге треба да буду одговарајући и у складу са здравственим потребама становништва; средства треба расподијелити на промоцију здравља и превенцију, третман и његу, водећи рачуна о здравственом учинку, економичности и постојећим научним доказима; системи финансирања здравствене заштите треба да гарантују универзални обухват, солидарност и одрживост[453].

Систем обавезног осигурања у РС организован је на принципима који су заступљени у већини европских земаља: солидарност, узајамност, једнакост и свеобухватност. Да би све функционисало на потребном нивоу, први корак је да што већи број грађана буде пријављен на здравствено осигурање и да редовно буду уплаћивани доприноси за здравствено осигурање за сва осигурана лица. У ФЗО обезбјеђују се средства за здравствену заштиту осигураних лица уплатом доприноса осигураника, других обвезника доприноса и из других извора утврђених законом. Закон о доприносима утврђује основице и стопе за обрачун доприноса за здравствено осигурање. Приход фонда чине средства: доприноса за обавезно и проширено здравствено осигурање; из буџета; из донација; из уступљеног дијела посебног пореза на промет алкохола и дувана,

[451] У неким земљама (нпр. Француска) дио премије за осигурање моторних возила уплаћује су у ФЗО.
[452] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 369.
[453] Поменути Циљ 17 се може постићи ако се ојача инфраструктура јавног здравства; се приоритети у здравству одређују на транспарентан начин; ако се довољно финансијских ресурса додијели дефинисаним приоритетима са циљем да се остваре оптимални здравствени резултати; се ресурси здравственог сектора расподијеле у друге секторе и у приватне и невладине организације, ради заједнички дефинисаних здравствених циљева; се мјере чији је циљ контрола трошкова примарно усмјеравају на структуре и даваоце здравствене заштите, а не на пацијенте и кориснике заштите; се успоставе механизми за праћење ефеката финансирања и расподјеле ресурса за пружање здравствене заштите и за здравље популације, *Здравље 21*, стр. 197-198.

других отровних и опојних материја; по конвенцијама; из регреса и из других средстава у складу са законом. ЗОД РС уређује се систем обавезног доприноса, између осталог, и за здравствено осигурање. Средства за финансирања здравственог осигурања обезбјеђују се путем доприноса за здравствено осигурање који представљају приходе Фонда. ЗОД РС, прописани су обвезници доприноса[454]. Истим законом је регулисана и основица стопе доприноса која није иста, тј. различита је за наведене обвезнике доприноса[455].

Упоредна искуства – Карактеристично је за све земље, настале распадом бивше СФРЈ, да највећи проценат прихода фондова за здравствено осигурање чине доприноси за обавезно здравствено осигурање. Средства из државног буџета различито су укључена у финансирању обавезног здравственог осигурања. У вези с тим, присутна је пракса да је држава укључена као обвезник уплате доприноса за поједине категорије грађана, најчешће незапослена лица, избјеглице и ратне војне инвалиде, али и пракса да се новцем из државног буџета финансирају трошкови које није могуће обезбиједити из прихода остварених од доприноса (нпр. недостајућа средства за плате запослених у здравству, програм збрињавања технолошког вишка у јавном здравству и слично.).

У сљедећој табели даје се упоредни преглед стопа доприноса за здравствено осигурање запослених лица. У табели су приказани подаци ФЗО РС само за запослена лица, док у структури осталих осигураника Фонда постоји велики број категорија осигураника које плаћају (и за које се плаћа) стопа доприноса, а која је знатно нижа од стопе доприноса за здравствено осигурање запослених (табела 3.[456]):

Табела 3 – *Упоредни приказ стопа доприноса за здравствено осигурање запослених лица*

Држава/ентитет	Основица	Стопа доприноса (%)
Република Српска	бруто плата	12,0
Србија	бруто плата	12,3
Црна Гора	бруто плата	9,0
Хрватска	бруто плата	15,0
Словенија	бруто плата	12,9
Федерација БиХ	бруто плата	16,5

За разлику од РС, у другим земљама региона стопа доприноса је једнака за све категорије осигурања, дакле и за пензионере је стопа доприноса идентична оној по којој се обрачунава допринос за запослена лица.

[454]ЗОД РС чл. 4.

[455]ЗОД РС, чл. 6. Истим Законом је у чл. 8. и 9 прописано да стопа доприноса за здравствено осигурање износи 12%, уз напомену да је за пензионере утврђена стопа доприноса на исплаћене пензије од 1%.

[456] Подаци истраживања Фонда здравственог осигурања, *Анализа одрживости финансирања обавезног здравственог осигурања у Републици Српској у 2012. години са приједлогом мјера*, број протокола Фонда: 01/002-5956-3-1/12 од 10.10.2012. године, у даљем тексту Анализа одрживости, стр. 2.

Табела 4 – *Упоредни преглед издвајање за финансирање здравства из БДП-а*

Држава/ентитет	Проценат БДП-а који се издваја за здравство (%)
Република Српска	5,70
Србија	7,60
Црна Гора	6,80
Хрватска	7,50
Словенија	8,40
Македонија	8,20
Мађарска	7,60
Њемачка	10,40
Француска	11,10

У неким земљама ЕУ (нпр. у Чешкој и Словачкој), допринос за здравствено осигурање пензионера у цијелости плаћа држава, а у неким другим (нпр. Њемачка) половину доприноса плаћа пензијско-инвалидско осигурање, а половину држава. Само у РС је прописана симболична стопа од 1,00 % на исплаћене пензије, без субвенционисања несразмјера код прихода и трошкова ове категорије осигураних лица.

У претходној табели (табела 4.[457]) се даје упоредни преглед издвајање за финансирање здравства у процентуалном износу у БДП-у. Према подацима из ове табеле, о укупном издвајању за финансирања здравства из БДП-а, видљиво је да су најмања издвајања у РС, што је још један показатељ да су расположива средства за финансирање здравствене заштите становништва недовољна.

Здравствени рачуни - Финансијски индикатори који су важни за праћење здравственог система треба да буду упоредиви унутар земље и у односу на друге земље, иначе дају нетачне процјене финансијских потреба и алокације ресурса. Стога је стандардизована методологија система здравствених рачуна (*System of Health Accounts* – SHA) алат за индикаторе потрошње у здравству. SHA обухвата низ врло детаљних и прецизних класификација извора финансирања, пружаоца услуга и намјена у здравству, чијим се комбиновањем у табелама и уносом одговарајућих издатака добија преглед структура здравствене потрошње. Сврха анализа показатеља финансирања здравства и здравствене потрошње је да указује на могућности које нуди НЗР[458] као основу здравствене политике на макро нивоу. Показатељи дају информацију о општим трендовима потрошње за здравство у РС и омогућавају међународна поређења која упозоравају на подручја у којима РС одступа од других европских земаља. Таква међународна упоредива анализа може служити као додатни аргумент у формулисању циљева и у одређивању приоритета здравствене политике. У исто вријеме, ови показатељи су алат за праћење и евалуацију

[457] Анализа одрживости, стр. 18.

[458] НЗР – Национални здравствени рачун (енг. *National Health Accounts* – NHA), представља здравствени рачун једне државе или регије (ентитета), урађен према методологији Система здравствених рачуна (енг. *System of Health Accounts* – SHA), на начин да се низом статистичких података опише потрошња јавног и приватног сектора у здравственом систему, види званичну web презентацију за верзију SHA 1.0: http://www.who.int/health-accounts/documentation/SHA1.0/en/, (6.2.2017).

постизања постављених циљева. У периоду 2012-2013. Европска комисија је у оквиру пројекта Јавног здравства II финансирала развој методологија и праћења издатака здравствених система у БиХ по методологији SHA 2011. Такође, Европска комисија је донијела и главне препоруке за повећање фискалне одрживости и ефикасности здравствених система (*European Commission – EPC*, 2013)[459]. Израдом здравствених рачуна стварају се услови за формирање оптималног модела функционисања и рационалног трошења средстава у области здравства.

5.13. Узроци проблема финансирања здравствене заштите

На финансирање здравствене заштите утичу многи фактори. Свака земља има неке своје специфичности, а такав случај је и у РС. Истраживања која су званично спроведена од стране овлашћених органа ФЗО РС идентификовала су сљедеће узроке проблема:

- утицај структуре осигураника на проблем финансирања,
- специфични проблем код примјене закона о доприносима,
- утицај рационализације трошкова на стабилност финансирања,
- могућности рационализације у здравственим установама.

Утицај структуре осигураника на проблем финансирања – Једини извор прихода Фонда је допринос за здравствено осигурање, који се уплаћује према основицама и стопама које су прописао ЗОД РС. Готово сав ризик здравственог осигурања је на категорији запослених лица, јер допринос за њихово здравствено осигурање чини више од 83% укупног прихода Фонда[460]. Неповољна околност је то што запослени чине тек нешто више од 1/3 осигураника. Из доприноса за 2/3 осталих осигураника, међу којима су најбројнији пензионери и који троше највише новца за здравствену заштиту, обезбјеђује се свега 17% прихода Фонда, с тим да је тај проценат у 2012. години био увећан уплатама за ино-осигуранике за неколико претходних година. Иначе, уобичајено учешће свих осигураника, изузев запослених, у укупном приходу Фонда не прелази 13%. У сљедећој табели је дат преглед учешћа категорија осигураника у укупном броју осигураника и учешће у укупном приходу за 2012. годину (табела 5.[461]):

[459] Види званичну web презентацију Републичког завода за статистику РС: http://www.rzs.rs.ba/front/article/1885/,
више података се може видјети: http://www.who.int/health-accounts/en/, http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/activities/national-health-accounts-estimates-of-national-health-expenditures.

[460] Анализа одрживости, стр. 7.

[461] Анализа одрживости, стр. 7.

Табела 5 – *Структура осигураника Фонда у Републици Српској у 2012. години*[462]

Категорија осигураника	Учешће у укупном броју осигураника (%)	Учешће у укупном приходу (%)
Запослени	35,34	83,60
Пензионери	33,27	3,04
Пољопривредници	0,19	0,28
Незапослена лица	24,64	7,53
Ратни војни инвалиди	0,81	0,08
Избјегло и расељено становништво	0,11	0,06
Ино осигураници	5,40	5,09
Центар за социјални рад	0,24	0,32

Према подацима из 2012. године, на здравствено осигурање је био пријављен укупно 729.361 осигураник, док се допринос уплаћивао за 603.901 осигураника, односно за 82,80 % од укупно пријављених. Податак се односи на носиоце осигурања на чије се име уплаћивао допринос. Ако се узму у обзир и издржавани чланови уже и шире породице, на здравствено осигурање су била пријављена укупно 1.123.562 осигурана лица, од којих је могућност овјере здравствене књижице имало 965.603 осигураних лица (85,94%). О неравномјерно распоређеном ризику осигурања још очигледније свједоче апсолутни износи просјечног доприноса у оквиру појединих категорија осигураника. Просјечни мјесечни допринос запослених лица, према подацима за првих шест мјесеци у 2012. години, износио је 151 КМ, док је просјечни мјесечни допринос код 65 % осталих осигураника износио свега 14 КМ; пензионери који су чинили 1/3 укупног броја свих осигураника мјесечно су у просјеку плаћали допринос за здравствено осигурање испод 6%. Иако је просјечан мјесечни допринос за запослена лица био 11 пута већи од просјечног доприноса осталих категорија осигураника, он није довољан да компензује неусклађеност просјечног прихода и просјечног трошка код осталих категорија, првенствено због малог учешћа запослених лица у укупном броју осигураних. Ову констатацију потврђује примјер да 2/3 осигураника учествује у укупном приходу с мање од 17%, а у укупном трошку са готово 67%. Према постојећој структури осигураника и прописаним стопама доприноса, те износу оствареног прихода од доприноса (незапослена лица), допринос за здравствено осигурање у РС се у 2012. години плаћао по просјечној стопи од 7,48 %. За разлику од РС, у свим другим земљама у региону примјењује се јединствена стопа доприноса, што за резултат има равномјернију подјелу ризика осигурања.

Сљедећа табела приказује учешће у приходу и трошку здравственог осигурања у првих шест мјесеци 2012. години у РС (табела 6.[463]):

[462]У табели 5. су приказани подаци само за осигуранике за које су били уплаћени доприноси за здравствено осигурање у 2012. години.
[463] Анализа одрживости, стр. 8.

Табела 6 – *Учешће у приходу и трошку здравственог осигурања у првих шест мјесеци 2012.*

Категорија осигураника	Учешће у укупном приходу (%)	Учешће у укупном трошку (%)
Запослени	83,60	33,3
Пензионери	3,04	36,0
Пољопривредници	0,28	3,7
Незапослена лица	7,53	19,7
Ратни војни инвалиди	0,08	0,9
Избјегло и расељено становништво	0,06	0,1
Ино осигураници	5,09	4,8
Центар за социјални рад	0,32	1,5

Из табеле 6. је видљиво да је учешће у приходу одређених категорија осигураника у великој несразмјери са њиховим учешћем у укупном трошку за финансирање њихове здравствене заштите. То је посљедица утврђивања различитих стопа доприноса (и основица) за одређене категорије осигураника.

У сљедећој табели дати су упоредни подаци о учешћу појединих категорија осигураника у приходу од доприноса у односу на подјелу ризика осигурања за 2011. годину, како у РС тако и у неким државама у окружењу.

Из табеле је видљиво да су у РС најнеповољнији подаци о учешћу појединих категорија осигураника у приходу од доприноса (табела 7.[464]):

[464] Свјетска банка је у извјештају за 2012. годину изразила резерву према постојећој структури извора финансирања обавезног здравственог осигурања у РС. Резерва је изражена због доминантног финансирања из доприноса који се плаћа из плата запослених, уз образложење да:“ ... *високе стопе опорезивања рада саме по себи представљају баријеру за отварање већег броја радних мјеста у формалном сектору, што би повећало базу доприноса.*“ У вези с тим, препорука Свјетске банке која је дата у претходном извјештају, усмјерена је на потребу већег удруживања ризика осигурања међу обвезницима уплате доприноса, што подразумијева смањење оптерећења на категорији „запослени“, а повећање на осталим категоријама (пензионери и незапослени), према: Анализа одрживости, стр. 9.

Табела 7 – *Упоредни подаци о учешћу појединих категорија осигураника у приходу од доприноса – подјела ризика осигурања за 2011. годину*

Држава/ентитет	Категорије осигурања				
	Запослени (%)	Пензионери (%)	Пољопривредници (%)	Незапослена лица, РВИ (%)	Остали (%)
Република Српска	86,77	3,29	0,26	7,73	1,95
Србија	70,90	24,00	1,50	3,20	0,40
Црна Гора	59,70	19,90	0,40	19,80	0,20
Македонија	54,00	21,80	0,3	22,40	1,50
Словенија	72,70	16,10	4,70	2,30	4,20

Специфични проблеми код примјене Закона о доприносима –Прописане основице стопе доприноса су најниже у окружењу и одраз су реалних услова и могућности. Анализа примјене ЗОД РС показује да се ни према прописаним основицама и стопама не остварује оптимални приход Фонда и то због злоупотребе и разних видова непоштовања законских одредаба. То има знатан утицај на финансијску нестабилност у области обавезног здравственог осигурања. Најприсутнији вид злоупотребе ЗОД РС је приказивање нетачне основице (бруто плате) на коју се обрачунава допринос. Ова појава је изражена код приватног сектора. Њено постојање потврђују примјери изразито ниског просјечног доприноса код лица која припадају категоријама за које се са великом сигурношћу може претпоставити да имају плате које су знатно изнад републичког просјека. Упечатљив примјер су адвокати и нотари. Анализа коју је радио Фонд, показала је да се у више од 50% случајева допринос обрачунавао на бруто плату, која је на нивоу просјечне плате у РС, па чак и мање од тога. Законске олакшице које омогућавају обрачун доприноса на мању основицу од реалне, обухватају и власнике привредних друштава. Ова констатација се односи на област текстилне и кожарске индустрије, за коју је прописано да основицу чини 25% од просјечне бруто плате у РС. У конкретном примјеру није ријеч о кршењу закона, већ о нелогичности да се олакшица односи и на власника предузећа, па и он допринос плаћа на основицу која износи ¼ просјечне плате у РС.

За незапослена лица допринос за здравствено осигурање се не обрачунава на начин прописан према ЗОД РС, због чега је за двије године (2011-2012) Фонд имао мањи приход за више од 42 милиона КМ. За ову категорију осигураника истим законом је прописано да се допринос обрачунава на основицу која износи 20% од просјечне исплаћене бруто плате у РС, што је најнижа основица у региону. Међутим, допринос се не обрачунава ни на тако ниску основицу, већ се одређује према могућностима буџета РС, односно, третира се као грант а не као допринос. Посебан проблем односи се на регистрацију и осигурање пољопривредника и њихову уплату доприноса.

Неплаћање доприноса је и даље изражен проблем који је карактеристичан, како за приватни тако и за јавни сектор. Најилустративнији примјер неплаћања доприноса у јавном сектору односи се на запослене раднике у великом броју здравствених установа за које се не уплаћују редовно доприноси.

Утицај рационализације трошкова на стабилност финансирања – Главни разлози за високу потрошњу за здравство у БДП-у РС су сљедећи: за разлику од других земаља које су на сличном нивоу економске развијености, у РС постоји на страни понуде добро развијен систем социјалног и здравственог осигурања са дугом традицијом и релативно висока покривеност становништва социјалним осигурањем; очекивања становништва у вези са здрављем су висока (у оквиру европског нивоа), између осталог и због добре доступности свих информација и веома добре информисаности путем медија; велика су права на здравствене услуге покривене здравственим осигурањем; ниска формална плаћања партиципације и велики изузеци посебних група становништва за доплаћивање; неодговарајућа прерасподјела средстава у здравственој заштити (висока потрошња у болницама, недовољна средства на примарном нивоу и ниска улагања у превентиву и јавно здравље); на страни потражње за услугама постоји велики удио старије популације и релативно дуги очекивани животни вијек (по процјени у 2009. години у РС је био 76 година, а у ЕУ у 2012. години 83 године); велики удио популације старосног доба изнад 65 година, која има веће потребе за коришћењем здравствених услуга; велик је удио популације са инвалидитетом (посљедица рата) и велике потребе ове популације у оквиру дуготрајне здравствене његе, која и иначе није задовољавајућа, а што има утицај и на повећање издатака за акутно лијечење.

У свим земљама, главни задатак фондова здравственог осигурања је како са што мање новца добити што већи ефекат, али не угрожавајући при томе квалитет здравствене услуге. Подаци се односе на мјере које је ФЗО РС могао да предузме у оквиру својих овлашћења. Међутим, за разумијевање овог проблема потребно је дати одговор на питање - Да ли РС има превише права у оквиру обавезног здравственог осигурање? У јавности провлачи се теза да је пакет права преширок, не само са аспекта финансијских могућности, већ и са аспекта права, која, наводно, превазилазе оквире обавезне здравствене заштите. Одговор на ово питање је једноставан. Обим права на здравствену заштиту је нижи него у другим земљама и свако сужавање би могло да угрози доступност основне здравствене заштите великом броју становника. Тврдњу да пакет права у обавезном осигурању РС није преширок, потврђују сљедећи подаци[465]: у свим земљама осигурана лица имају право на накнаду путних трошкова за превоз до здравствене установе, а у РС нема тог права; права на очна помагала (наочале и сочива) ограничена су само на потпуно слијепа лица и лица до 26 година живота уколико су на редовном школовању, док лица изнад 26 година не могу о трошку здравственог осигурања да користе ова помагала, што није случај у другим земљама; стоматолошке надокнаде су доступне само дјеци и лицима преко 65 година старости, док је у другим земљама то право признато свим осигураницима без ограничења према годинама живота. Осим тога, спектар стоматолошких помагала у РС је знатно ужи него у другим земљама: од појављивања новог лијека за лијечење малигне болести у земљама ЕУ, па до његовог уврштавања на листу цитостатика коју финансира ФЗО РС, у просјеку протекне седам година (у Словенији мање од једне године); инвалидска колица се осигураним лицима у РС одобравају на рок од пет година, а у Словенији и Хрватској на двије године, с тим да је у тим земљама уобичајено да се инвалидима одобравају електромоторна колица, а у

[465] Анализа одрживости, стр. 11.

РС се уобичајено одобравају колица на ручни погон; земље које имају више новца имају неколико пута више лијекова на листама које финансира обавезно здравствено осигурање, нарочито нових и скупљих; норматив броја становника на једног љекара у РС је вишеструко виши него у другим земљама, што значи да нпр. интерниста у консултативно-специјалистичкој здравственој заштити у РС за исти новац има дупло више пацијената него у другим земљама. У другим специјалистичким областима ова разлика је вишеструко већа. Иако је издвајање за здравствену заштиту најмање у региону, захваљујући мјерама контроле и управљања трошковима, у РС су постигнути резултати који у неким случајевима превазилазе резултате земаља које више издвајају за здравство. О овоме говори и извјештај Свјетске банке из 2012. године, која констатује да се у Републици Српској са дупло мање новца постижу упоредиви, чак и бољи резултати него у Федерацији БиХ. Ова констатација се односи и на доступност здравствене заштите, области у којој је постигнут велики напредак без повећања трошкова[466]. Тако је цијена лијекова у РС нижа него у ФБиХ. Овај резултат је постигнут увођењем тзв. референтне цијене за лијекове на рецепт и централизовањем јавних набавки лијекова које користе здравствене установе. Мјерама контроле је постигнута значајна рационализација, тако да љекари у РС у просјеку прописују најмањи број рецепата, чак и односу на земље са приближно истим бројем лијекова заступљених на листама[467]. Ефекат улагања у опремање здравствених установа и едукацију здравствених радника је више од 400 нових процедура које је сада могуће урадити у болницама РС, а раније су због тога пацијенти упућивани у иностранство. Извршена је знатнија алокација трошкова са скупље болничке здравствене заштите, на јефтинији ниво ПЗЗ. Учешће трошкова ПЗЗ у укупним трошковима здравствене заштите повећано је са 24% на око 46% уз пропорционално смањење учешћа трошкова болничке здравствене заштите, што је у складу са стратешким опредјељењем и препорукама СЗО и Свјетске банке (у даљем тексту: СБ). Овај резултат је постигнут оспособљавањем ПЗЗ, да пружа већи број и шири спектар услуга, као и другачијим начином организовања дијела консултативно-специјалистичке здравствене заштите (у даљем тексту: КСЗ), која је сада оријентисана према ПЗЗ. Од ПЗЗ се очекује да постигне стратешки циљ, а то је да више од 80% потреба становништва буде завршено на том нивоу здравствене заштите[468]. Обим права на здравствену заштиту се усклађује са расположивим новцем. Ова мјера у крајњем случају значи и продужавање рока чекања на поједине здравствене услуге. Због проблема финансирања, по угледу на

[466]Конкретан примјер је консултативно-специјалистичка здравствена заштита која је раније била најчешћи разлог незадовољства грађана здравственим системом. Новим начином организовања овог вида здравствене заштите, укључивањем приватних специјалистичких установа, за исти новац постигнута је знатно боља доступност, проценат незадовољних грађана је смањен са 49% на испод 8%. Сличан напредак, без повећања трошкова, постигнут је и код појединих дијагностичких процедура.

[467] Поређења ради, просјечан број прописаних рецепата по глави становника у окружењу је овакав: Република Српска 5,16; Србија 7,72; Хрватска 11,71; Кантон Тузла 5,12. Број пацијената који се лијече изван Републике Српске је преполовљен. Број упућених пацијената на лијечење изван РС у односу на 2005. годину је смањен за више од 50%, а учешће ових трошкова у укупним трошковима здравствене заштите је смањено са 11% у 2005. години на 3,9 % у 2011. години и поред тога што су цијене услуга у иностранству знатно повећане. Овај податак показује степен рационализације трошкова и очигледан је доказ развоја здравственог система у РС. Анализа одрживости, стр. 11.

[468] Анализа података о раду приватних здравствених установа с којима је уговорен КСЗ, показује да је од укупног броја прегледаних пацијената само 10% упућено на више, односно скупље нивое здравствене заштите, што је одличан резултати према критеријумима развијених земаља.

праксу других земаља, ова мјера примијењена је и у ФЗО РС[469]. Судећи према пракси других земаља, овакав начин усклађивања трошкова с приходима ће бити дугорочан. То захтијева прецизнију регулативу, нарочито у вези са дефинисањем максималне дужине чекања на неке здравствене услуге, у контексту спречавања негативног утицаја на здравствено стање пацијента. Смањен је раст трошкова обавезног здравственог осигурања од 2010. године, што је посљедица усклађивања са приходом, а не са реалним потребама здравствене заштите. Приход здравствених установа остварен на основу уговора са фондом је главни извор њихових прихода. Смањење стопе раста трошкова Фонда негативно се одразило на финансијску стабилност здравствених установа. Све је већи број здравствених установа које касне са исплатама плата и уплатама доприноса запосленим радницима. Постаје правило задуживања код комерцијалних банака за покривање дефицита у пословању. Преласком на електронско здравство стварају се услови за ефикасније управљање и контролу трошкова, чиме ће евентуалне злоупотребе бити сведене на минимум. Уводе се нови механизми којима се може утицати на рационализацију трошкова. Један од њих је и едукација љекарског кадра, препоручени метод од стране СЗО, а што утиче на смањење трошкова и побољшање стручних компетенција породичних љекара. Анализе које су рађене у ФЗО РС показују да у здравственом сектору има нерационалности које утичу да трошкови здравствене заштите буду већи од оптималних. Примјер за то је и мрежа домова здравља која не одговара стандардима из Стратегије ПЗЗ у РС[470]. Садашњи модел не стимулише тимове породичне медицине да лично доприносе рационализацији трошкова. Нови модел плаћања болничких услуга (DRG) показује слабости у болничком сектору. Већина болница неће моћи да обезбиједи финансијску стабилност и то прије свега због тога што се налазе на подручју с мало становника за оптималан број услуга и рационално пословање. У овом контексту може се говорити и о предимензионираности болничког сектора у односу на број становника, а посебан проблем тиче се вишка запослених у поређењу са прописаним стандардима и нормативима.

Упоредни преглед начина рјешавања проблема финансирања здравствене заштите у окружењу – Дефицит прихода од доприноса за обавезно здравствено осигурање може се ријешити увођењем додатних извора финансирања[471]. Упориште за увођење додатних извора прихода је чињеница да се све теже може интервенисати код редовних извора

[469] На примјер, у 2011. години на магнетну резонанцу се чекало 15 дана, а у 2012. години 30 дана, чиме је смањен број ових услуга, а тиме и трошак.

[470] Стратегијом је предвиђено да домови здравља могу да буду организовани у општинама с минимално 25.000 становника, што не испуњава више од 60% домова здравља. Према анализи Фонда, припајањем мањих домова здравља већима, било би могуће обезбиједити исти ниво здравствене заштите са мањим трошковима. Општине у просјеку у буџету издвајају мање од 1% средстава за финансирање домова здравља, те домови здравља у цијелости се финансирају од стране Фонда.

У склопу реформе здравственог сектора РС планирано је да домови здравља и болнице пређу на трезорско пословање, како би се побољшале функције планирања, контроле утрошка средстава и укупна финансијска стабилност у здравству.

[471] С овом праксом најприје је почела Словенија, а значајно и Хрватска. Учешће додатних извора финансирања у укупном приходу здравственог осигурања у Словенији износу око 14 %, а Хрватска из тих извора обезбиједи приход који је једнак укупном годишњем приходу ФЗО РС.

финансирања. Све теже пролазе иницијативе за повећање стопе доприноса. Додатни извори финансирања обавезног здравственог осигурања су пронађени у сљедећем[472]:

- *Акцизе на дуван и друге штетне производе* – Одређени проценат овог прихода се усмјерава здравству. Образложење за овај приједлог налази се у чињеници да лица која конзумирају дуван и друге штетне производе вишеструко повећавају ризик здравственог осигурања, јер чешће обољевају, а лијечење обољења које проузрокују ти производи изразито је скупо;
- *Дио премије обавезног осигурања од аутомобилске одговорности* – упориште за ову праксу је то да велики број лица буде лијечен због повреда у саобраћајним несрећама[473];
- *Допунско осигурање од плаћања партиципације* – омогућава да партиципација постане приход здравственог осигурања. Модел подразумијева да сва осигурана лица једнократно уплате одређену премију на рачун ФЗО, што их ослобађа обавезе да плаћају партиципацију током године приликом коришћења здравствене заштите. Модел, поред повећања прихода здравственом осигурања, обезбјеђује већу правичност код подјеле ризика, смањује злоупотребе и повећава транспарентност[474];
- *Путничко осигурање* – Ово осигурање плаћају осигурана лица која путују из приватног или службеног разлога у друге земље.

Проблем дуговања може се ријешити компензацијом дуга здравственог осигурања за накнаду плате за вријеме боловања и дуга послодаваца за неплаћени допринос. Хрватско Министарство финансија је донијело пропис који омогућава да међусобна дуговања уплатилаца доприноса из здравственог осигурања буду ријешена „пребијањем дуга“. Цјелокупна активност се води у оквиру Министарства финансија на основу података о дугу које достављају Завод за здравствено осигурање и Пореска управа.

Злоупотреба код уплате доприноса може се ријешити утврђивањем најниже основице на коју је могуће обрачунати допринос[475].

Контроли запошљавања у здравственим установама се придаје све већи значај усљед економске кризе, тако што се прописује да здравствена установа не може да прими у стални радни однос радника, без сагласности МЗСЗ РС односно ФЗО РС у складу са усвојеним нормативима[476].

---

[472] Анализа одрживости, стр. 18.

[473] Регресни поступак (накнада штете) није ефикасан због спорости судова, застаре, неажурности здравствених установа код пријављивања пријема повређених, итд.

[474] За све земље које имају овај модел, карактеристичан је висок проценат укључености становника у њега. То је постигнуто тиме што је претходно повећана партиципација (плаћају је осигураници који нису укључени у допунско осигурање), као и тиме што се премија допунског осигурања за најугроженије категорије плаћа из државног и локалних буџета.

[475] Већина земаља је прописала најнижу основицу за обрачун доприноса власницима привредних друштава, и то у већини случајева да најнижу основицу чини двоструки износ просјечне бруто плате исплаћене у мјесецу који претходи уплати доприноса. Хрватска и Србија су прописале обавезу банкама да извјештавају Пореску управу о свакој исплати плате без обрачунатог доприноса за социјално осигурање.

[476] У Хрватској здравствена установа не може да прими у стални радни однос радника без сагласности Хрватског завода за здравствено осигурање. У већини кантона у ФБиХ, код уговарања здравствене

Проблем нерентабилних болница може се рјешити њиховом трансформацијом у специјалне болнице, тако што се нерентабилна болница, која се налази на подручју с малим бројем становника, трансформише у специјалну болницу и тако постаје финансијски одржива[477].

5.14. Лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите

Непосредно учешће корисника у плаћању трошкова здравствене заштите најчешће се у стручним и свакодневном говору назива *партиципација* или *партиципација у трошковима здравствене заштите*. Лично учешће у трошковима здравствене заштите (партиципација) је новчани износ који осигурано лице плаћа даваоцу услуге приликом коришћења здравствене заштите, за коју се, из средстава обавезног здравственог осигурања трошкови не обезбјеђују уопште или не у пуном износу. На почетку расправе о теми партиципације, корисно је споменути неодговарајући језички садржај тог „стручног термина“[478]. Наиме, енглески генерички термин *cost-sharing*[479], којим се најчешће изражавају различите методе или технике директног плаћања дијела трошкова (или цијена) здравствених услуга, нема одговарајуће замјене. Ипак, постоји могућност да се тај термин на одговарајући начин описно „преведе“ као „судјеловање у трошковима“, „сношење дијела трошкова“ или „судјеловање у плаћању“ здравствене заштите. Могло би се прихватити да би и у садржајном и у језичком погледу сасвим задовољавајући били термини: *доплата* (трошкова здравствене заштите, здравствених услуга, медицинских услуга) и *доплаћивати*[480].

Поставља се питање да ли је партиципација у супротности са принципима обавезног здравственог осигурања, јер је коришћење здравствене заштите кроз доприносе већ једном плаћено. Такође, питање је како она утиче на захтјеве за здравствену заштиту, посебно када су у питању рано откривање болести и благовремено лијечење. Што се тиче медицинског принципа, партиципација не би смјела да се негативно одрази на здравствено стање становништва у цјелини као и појединих групација. Она не би смјела да угрози здравствено стање појединаца зато што није имао могућности да се на вријеме обрати здравственој служби а да разлог буде учешће у трошковима. Социјални аспекти партиципације су најпрепознатљивији. Они који немају довољно средстава за живот и свакодневне потребе, ако морају да плате дио услуга, тражиће здравствену заштиту само када је то најнеопходније. То је озбиљна баријера доступности и правовременом

заштите, користи се критеријум „признати број радника на основу стандарда и норматива“, чиме се заводи за здравствено осигурање дистанцирају од прекобројних радника у здравственим установама.

[477] Ова пракса је у Словенији дала је добре резултате, нпр. нерентабилна болница је трансформисана у специјалну геријатријску болницу у коју се упућују пацијенти из цијеле земље.

[478] Аргумент против термина *партиципација* као економско-финансијског термина, садржан је у чињеници да се „партиципација“ као стручни појам деценијама користи у индустријској психологији, политикологији и политичкој економији, као синоним за различите облике саодлучивања. Истовремено, партиципација се све чешће користи у изражавању учешћа становништва у заштити здравља (твз. активна партиципација), Летица С., *op.cit.* (1989), стр. 219.

[479]Као генерички термини у енглеском језику се још употребљавају: *out of pocket money*, *direct charge to patient*, а као врсте методе: *consurance* (суосигурање), *deductable* (франшиза), *copayment* (су-плаћање);

[480] Док се евентуално не успоставе нове терминолошке конвенције, за потребе овог рада ће се користити уобичајени термин – *партиципација*.

коришћењу здравствена заштите. Два су основна разлога за увођење партиципације: да се ограничи прекомјерно коришћење здравствених услуга и да се тако дође до додатних средства за финансирање здравствене заштите. Учешће осигураника у трошковима здравствене заштите је посебно актуелно у вријеме економске кризе у склопу мјера појединих земаља да ограниче здравствену потрошњу. Иако није омиљена мјера ни код осигураника, ни код осигурања, а ни код здравствених радника, она и даље постоји. Економски принципи полазе од економске оправданости. Једна мјера, као што је партиципација је оправдана ако произведе значајне економске ефекте. Рачуна се да при томе не проузрокује економске губитке на другој страни, који би могли настати због неблаговременог коришћења здравствене заштите. Ова мјера нема оправдање ако су трошкови администрирања приближни трошковима уштеде или их чак превазилазе. Земље које нису у економским тешкоћама уводе партиципацију да би смањиле притисак на здравствене установе и редуцирале претјерано коришћење здравствених услуга. У другом је плану обезбјеђивање додатних средстава за финансирање здравствене заштите. Велика се грешка прави када се одреди свеобухватна партиципација, а затим се изузму скоро све категорије осигураника. Према искуствима из разних земаља (слично је и код нас у протеклом периоду), партиципацију би требало увести за одређене здравствене услуге [481].

Већина земља је увела партиципацију за лијекове у ванболничком лијечењу и за зубне протезе, као и за офталмолошка помагала. У неким земљама зубо-здравствена заштита је у цјелини изван осигурања, што је случај и са офталмолошким услугама, сем повреда. Показало се да партиципација код ових услуга има највише оправдања и одговарајуће ефекте. Партиципација за посјете љекару у ванболничкој служби постоји у мањем броју земаља. Мањи број земаља има партиципацију и у болничком лијечењу. Неке земље имају партиципацију у цијени смјештаја и исхране, а неке су увеле на посебна испитивања (по жељи пацијента) или уопште на коришћење услуга из домена скупих и сложених испитивања. За рехабилитацију се по правилу уводи партиципација, сем за повреде на раду. Партиципација је често неопходна мјера и зато је треба уводити и примјењивати у складу са медицинским, социјалним и економским принципима. Нема много стручних анализа о ефектима партиципације на коришћење здравствене заштите[482]. Иако се искуства земаља које су увеле партиципацију разликују, ипак се могу извући заједнички ставови[483]:

- Партиципација нема дугорочне ефекте у смислу смањивања потрошње, али она може битно нарушити начин коришћење здравствене заштите, ако се примјењује као мјера превенције и раног откривања болести,

[481]На примјер: зубо-здравствену заштиту у цјелини; офтамолошке услуге (изузев повреда); коришћење специјалистичких услуга; коришћење метода сложене дијагностике; за лијекове и други санитетски материјал, протезе и помагала; за све облике рехабилитације сам продуженог лијечења. Партиципација треба да обезбиједи најмање 15% од укупних средстава за здравствену заштиту. У том случају она не може бити симболична.

[482] Међутим, оне које су рађене (Saskatchwan,1970, провинција у Канади) показују да највише погађају сиромашне и старе, а то је супротно основним циљевима здравственог осигурања, Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 370.

[483] Ibidem, стр. 369.

- Највећи ефекат партиципације је у првој години примјене, а затим тај ефекат нестаје, јер услуге које су смањене по обиму поново се враћају на претходни ниво. За то постоје два основна разлога: осигураници временом прихватају ту мјеру као нормалну, а други је разлог што љекари, да би „заштитили“ пацијента, групишу његове захтјеве у оне који су ослобођени партиципације.

Од партиципације би требало ослободити неке групе становништва да би се избјегли негативни ефекти у коришћењу здравствене заштите од стране најосјетљивијих групација становништва [484]. Лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите може се „предвидјети“, али „водећи рачуна да их то учешће не одвраћа од коришћења здравствене заштите“. Код нас партиципација се сматра мјером коју би требало изузетно предузимати, а ако се већ мора, она треба да буде што безболнија[485]. У ЗЗО РС[486] лично учешће у трошковима здравствене заштите осигураних лица је прописано, тако да осигурана лица учествују у трошковима коришћења здравствене заштите. Приликом утврђивања висине личног учешћа узимају се у обзир здравствени, економски и социјални критеријуми: тежина болести, висина трошкова испитивања и лијечења, те имовно стање осигураних лица. Личном учешћу у трошковима здравствене заштите не подлијежу: жене у току трудноће и до годину дана старости рођеног дјетета; дјеца до навршених 15 година живота; обољели од одређених заразних болести и стара лица. Личног учешће у трошковима здравствене заштите ослобођена су осигурана лица код спровођења мјера: унапређивање здравља код појединаца и група становништва; спречавање и сузбијање болести и повреда према посебном програму; откривање и сузбијање фактора ризика одређених болести према посебном програму[487].

---

[484] На примјер: дјецу до седам година; труднице, породиље и жене годину дана послије порођаја у вези са трудноћом, порођајем и материнством; особе изнад 65 година старости; социјално угрожене и физички и ментално хендикепиране особе; обољеле од бубрежних болести (на дијализи), дијабетичаре и ментално обољела лица која могу да угрозе себе и околину (да би били заштићени осигураници који се морају болнички лијечити). ПЗЗ не би била ограничена. То би имало позитивне реперкусије на усмјеравање коришћења здравствене заштите на превенцију и рано откривање болести, када су једноставније мјере дијагностике и лијечења ефикасније. Партиципација постављена на такав начин била би у функцији једне прогресивне здравствене политике. Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 370-372.

[485] Ако партиципација треба да буде „симболична“ (мање од 5% укупних средстава за здравствену заштиту), онда је боље да се не уводи, јер су трошкови њеног административног спровођење већи него што су ефекти.

[486]ЗЗО РС, чл. 44, 45 и 46.

[487]У складу са Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту, прописано је да се под обимом здравствене заштите подразумијевају величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите, а који чине садржај права из обавезног здравственог осигурања, укључујући и лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите (партиципација). Услуге здравствене заштите које се обезбјеђују из средстава обавезног здравственог осигурања уз партиципацију осигураног лица утврђују се одлуком о партиципацији, којом се, између осталог, прописују висина партиципације и начин њеног плаћања, види: *Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту*, „Службени гласник Републике Српске, бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12, 28/16 и 83/16) и Одлука о партиципацији („Службени гласник Републике Српске“, бр. 58/16, 83/16, 112/16, 01/17 и 29/17).

VI ПОЛОЖАЈ И ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Опште је мишљење да је убрзо послије II свјетског рата започео и планетарни процес глобализације, који је захватио и промијенио многе земље и односе унутар њих и међу њима. Овом процесу су неминовно били подложни и национални здравствени системи, а законски оквири права пацијената су такође били на листи промјена. Права пацијената представљају људска права особа које имају потребу да користе здравствене услуге без обзира на стање свог здравља, регулисана законским одредбама о поступању с пацијентима. Према овим одредбама, пацијент је у систему здравствене заштите (који се састоји од три стуба: здравствени радници, пацијенти и осигуравајућа друштва) равноправан партнер код пружања здравствених услуга. Пацијенти су истовремено најбројнији и најрањивији дио у том систему, јер им од пружених услуга зависе здравље и живот. Стога се регулисању права пацијената придаје све већа пажња, како у законодавству, тако и у међународним и европским документима. Права пацијената су, као и већина других универзалних правних тековина, развијана и побољшавана кроз доношење међународних конвенција, декларација и повеља, те докумената ЕУ и Савјета Европе. Упоредо с тим, права пацијената, а посебно правни и етички аспекти односа љекара и пацијента, добијају све већи значај у медицинској пракси послије II свјетског рата.

6.1. Права пацијената у међународним и европским изворима

Појам права пацијената је развијен из концепта личности Универзалне декларације о људским правима УН из 1948. године, која људима признаје „урођено достојанство“ и „једнака и неотуђива права свих чланова људске породице“, те „права на здравље и здравствену његу“ (чл. 25). Универзална декларација није међународни споразум са правно обавезујућом снагом[488]. Али, снагом ауторитета она је утицала да 1966. године буду донесени правно обавезујућа акта, Пакт о економским и социјалним правима, који предвиђа право на највиши степен здравља који може да се постигне (чл. 12), а усвојена су и промовисана многа акта с циљем заштите људских права: Међународна конвенција о укидању свих облика дискриминације жена, која предвиђа укидање дискриминације жена у здравственој заштити (чл. 12) и право жена из руралних области на приступ здравственим установама (чл. 14); Међународна конвенција о укидању свих облика расне дискриминације, која предвиђа забрану расне дискриминације у здравственој заштити (чл. 5); Конвенција о правима дјетета, која предвиђа право на највиши могући степен здравствене заштите дјеце (чл. 24); Међународна конвенција о заштити права свих радника миграната и чланова њихових породица, која предвиђа право на здравствену заштиту (чл. 28). Из истог основа развијала се регионална кодификација људских права у оквиру Савјета Европе, а у чему је најважнија Конвенција о заштити људских права и основних слобода. Ова конвенција, према Дејтонском мировном споразуму из 1995. године, представља саставни дио Устава БиХ, који се директно примјењује и има

[488] Према Декларацији о људским правима УН, људска права представљају основ слободе, правде и мира у свијету и на овај начин људска права из националне прелазе у интернационалну сферу. Међународно право није више само међудржавно право, него је и право човјека – појединца.

предност над законима. Постоје документа других међународних организација о правима пацијената која нису правно обавезујућа, али су значајна у примјени моралних и дипломатских притисака на државе које крше њихове одредбе, као што су на примјер: Декларација из Алма-Ате (СЗО из 1978. године), која је важна за промоцију здравља; Декларација о правима пацијената Свјетске медицинске организације из 1981. године, која се односи на право на повјерљивост информација и на сагласност пацијента; Декларација о здравственој заштити оријентисаној ка пацијенту Интернационалне алијансе организација пацијената из 2006. године, која представља интересе удружења пацијената у систему здравствене заштите кроз укључивања пацијената на свим нивоима на којима се доносе одлуке, посебно када се те одлуке тичу њиховог здравља и начина живота; Универзална декларација о биоетици и људским правима УНЕСКО из 2005. године; Етички принципи за медицинска истраживања која укључују људске субјекте и Отавска декларација о правима дјетета на здравствену заштиту Свјетске медицинске асоцијације из 1964. године, односно 1998. године; Принципи права пацијената у Европи СЗО из 1994. године. За остваривање права пацијента од нарочите важности је Конвенција о људским правима и биомедицини која обавезује државе које су је ратификовале, да се поштује и штити хумана суштина људског бића у случајевима сукоба са научним достигнућима који би имали карактер злоупотреба знања из области биомедицине. Неке од главних вриједности ове конвенције су: правичан приступ здравственој заштити, право на информацију и слободан пристанак, право на поштовање приватног живота у вези са информацијама о свом здрављу.

Главни стандарди који штите људска права у систему здравствене заштите у европским оквирима су обавезујућа документа ЕУ, као и документа Савјета Европе и цивилног сектора[489]. Од многобројних препорука Савјета Европе које се тичу остваривања права пацијената, може се издвојити Препорука бр. Р (2000) 5 Комитета министара земаља чланица о развоју структура за учешће грађана/ки и пацијената/киња у процесу доношења одлука које утичу на здравствену заштиту. Она има снажан политички и морални утицај у мултикултурним друштвима гдје су одређене групе обично маргинализоване, тако што осигурава једнако учешће за сваког појединца у процесу доношења одлука.

У погледу развоја права пацијената у Европи од нарочите важности је Европска консултација о правима пацијената[490] одржана у Амстердаму 1994. године на којој је прихваћена Декларација о промоцији права пацијената у Европи. Она поставља принципе за промоцију и имплементацију права пацијената у земљама ЕУ. Иако није обавезујућа, Декларација је фокусирана на права пацијената на информацију, сагласност, повјерљивост и приватност у здравственој њези и заштити, а и представља важан почетни документ који је обезбиједио имплементацију поменутих права и доношење

[489] Савјет Европе је у циљу остваривања основних личних и демократских права у Европи донио неке од најважнијих докумената и успоставио Европски суд за људска права. Водећи документи у остваривању људских права су Европска конвенција о људским правима из 1950. године и Европска социјална повеља из 1961. године која је водећи регионални инструмент за економска и социјална права.

[490] Циљ консултација под покровитељством Регионалне канцеларије СЗО за Европу, је био да се дефинишу принципи и стратегије за промовисање права пацијената у оквиру процеса здравствене реформе у већини европских земаља.

других докумената. Двије године касније (1996), СЗО је донијела Љубљанску повељу о реформи здравствене заштите. Она садржи неколико основних принципа којима се осигурава боље здравље и квалитет живота пацијената, као и њихово активно учешће у дефинисању бољих услова пружања здравствене његе.

Покрет за права пацијената широм Европе захтијевао је активнију улогу пацијената у креирању пружања здравствених услуга и да се необавезујуће одредбе регионалних докумената о здравственој заштити дефинишу као обавезујући. У Риму је 2002. године донесена Европска повеља о правима пацијената, познатија као Римска повеља, на иницијативу Мреже за активно учешће грађана[491] у сарадњи са 12 различитих удружења грађана из земаља ЕУ[492]. Права из ове повеља су утемељена у Повељи о основним људским правима у ЕУ и морају се поштовати. Повеља представља полазну основу за праћење и евалуацију система здравствене заштите у Европи[493]. Повеља препознаје 14 права пацијената која заједно за циљ имају гаранцију високог нивоа заштите људског здравља и квалитета здравствених услуга у националним здравственим службама у Европи. Појединачно, свако од наведених права гарантује да свака особа има сљедећа права[494]:

1. право на одговарајућу услугу ради спречавања болести (чл. 1 – право на превентивне мјере);
2. право на приступ здравственим услугама када то здравствено стање захтијева, јер здравствене услуге морају бити једнако доступне свима, без дискриминације на основу финансијског стања, мјеста становања, врсте болести или времена приступа здравственим услугама (чл. 2 – право на приступ);
3. право на приступ свим облицима информација које се односе на здравствено стање, методе лијечења и њихово коришћење, као и сва научна достигнућа и технолошке иновације које му/јој морају бити стављене на располагање (чл. 3 – право на информисаност);
4. право на приступ свим информацијама које би омогућиле активно учешће у доношењу одлука које се тичу његовог/њеног здравља и које су предуслов за процедуру или третман, укључујући и учествовање у научном истраживању (чл. 4 – право на пристанак);
5. право слободног избора између различитих третманских процедура и давалаца здравствене заштите на бази адекватне информације (чл. 5 – право на слободу избора);
6. право на повјерљивост личних информација, укључујући и оне које се односе на здравствено стање и потенцијалну дијагностику или терапијске процедуре, као и

[491] Мрежа за активно учешће грађана (Active Citizenship Network, енг.) је међународно удружење грађана. Више информација о удружењу на званичној web презентацији: http://activecitizenship.net/ (26.4.2016);

[492] Повеља представљала основу за реформу здравствене заштите у ЕУ иако није правно обавезујућа, јер је мрежа група за људска права и права пацијената широм Европе, управо захваљујући њој, лобирала код политичких представника за признавање и прихватање права из ове повеље.

[493]Заједнички пројекат Мреже за активно учешће грађана и италијанске грађанске иницијативе „Cittadinanzattiva“, (итал.), под називом „Мониторинг права пацијената у Европи“. Коначан извјештај на званичној web страници: http://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo/about-us.html, а изворни документ је: http://www.activecitizenship.net/ (26.4.2016).

[494] Види: http://www.pravapacijenata.ba/evropska-povelja-o-pravima-pacijenata/ (29.6.2016).

на заштиту приватности за вријеме дијагностичких претраживања, прегледа специјалиста и медицинског/хируршког третмана уопште (чл. 6 – право на приватност и повјерљивост);

7. право да добије неопходан третман у најбржем могућем времену у свакој планираној фази рада (чл. 7 – право на поштовање пацијентовог времена);
8. право приступа висококвалитетним здравственим услугама на основу спецификације и придржавања прецизног стандарда (чл. 8 – право на придржавање квалитета и стандарда);
9. право да буде поштеђен повреда проузрокованих лошим функционисањем здравствених служби, погрешном медицинском праксом и грешкама те право приступа здравственим услугама и третманима који задовољавају високе сигурносне стандарде (чл. 9 – право на сигурност);
10. право приступа иновационим процедурама укључујући дијагностичке процедуре према интернационалним стандардима и независно од финансијских и економских услова (чл. 10 – право на иновацију);
11. право да избјегне патњу и бол колико год је то могуће, у свакој фази болести (чл. 11 – право да се избјегне непотребна патња и бол);
12. право да се дијагностички и терапеутски програми обликују према његовим потребама колико год је то могуће (чл. 12 – право на персонализовање третмана);
13. право на жалбу кад год пати од повреде и право да добије одговор и повратну информацију (чл. 13 – право на жалбу);
14. право да добије задовољавајућу компензацију у оквиру разумно кратког временског рока (чл. 14 – право на компензацију).

Права пацијената из ове повеље, а како стоји у дијелу под називом Смјернице за имплементацију повеље, могу бити инкорпорисана у национална законодавства и законодавство ЕУ у цјелини или дјелимично.

У Повељи о основним правима ЕУ из 2000. године, које је од 2009. године ступањем на снагу Лисабонског уговора постала правно обавезујућа у ЕУ, једно од основних права садржано у чл. 35. је право за здравствену заштиту. Свако од грађана ЕУ има право на превентивну здравствену заштиту и право на медицински третман под условима који су регулисани националним законима и праксом. У свим дефиницијама, као и у примјени политике и дјелатности ЕУ, морају се предвидјети високи нивои заштите људског здравља. Индивидуална права пацијената у ЕУ су заштићена путем појединачних докумената, као што је Директива о заштити података, којом се нарочито штити приступ осјетљивим личним подацима о здрављу и Директива о клиничким испитивањима која штити права пацијената и особа које нису способне да дају свој пристанак у клиничким испитивањима, успостављањем јасне и транспарентне процедуре добре клиничке праксе. Према Директивама Европског парламента и Савјета 2016/679 о заштити појединаца у вези са обрадом личних података и о слободном кретању таквих података, државе-чланице забрањују обраду података који се односе на здравствено стање. Та забрана се неће примјењивати када је лице које је предмет података дало изричити пристанак на обраду тих података, сем ако законодавство државе чланице прописује да забрану не може својим пристанком укинути лице које је предмет података. Забрана се не

примењује: када је обрада података потребна у сврху превентивне медицине, љекарске дијагнозе, обезбјеђивања његе или лијечења или управљања здравственом службом; када те податке обрађују здравствени радници који по законодавству или прописима које су утврдили надлежни домаћи органи подлијежу обавези чувања професионалне тајне; када неко друго лице обрађује податке, а које такође подлијеже одговарајућој обавези чувања тајности (чл 8). Према Директиви 2005/28 Комисије од 8.5.2005. о утврђивању начела и детаљних смјерница за добру клиничку праксу за лијекове за хуману употребу, који су у фази испитивања или фази захтјева за добијање одобрења за производњу или увоз таквих лијекова, права, безбједност и добробит испитаника имају предност над интересима науке и друштва. Свака особа која је укључена у провођење испитивања мора по образовању, оспособљености и искуству бити квалификована за извођење својих задатака. Клиничка испитивања морају бити научно утемељена и вођена етичким начелима у свим погледима (чл. 2). Клиничка испитивања се проводе у складу с Хелсиншком декларацијом о етичким начелима медицинских испитивања на људима, која је усвојена на Генералној скупштини Свјетског медицинског удружења (1996).

Многе европске земље су убрзо по доношењу Декларације о промоцији права пацијената 1994. године регулисале на националном нивоу права пацијената кроз законе или повеље донесене са циљем да заштите основна права пацијената. Неке земље су већ имале посебне законе којима се регулишу права пацијената, као што је случај са Финском, која је 1992. године прва донијела такав закон или повеље, као што је то случај са француском Повељом о хоспитализованим пацијентима из 1974. године, Повељом о правима пацијената Уједињеног Краљевства из 1991. године и др. Холандија је прва европска земља која је 1994. године Законом о медицинском третману унијела измјене у Грађански закон, којима се односи између љекара и пацијената регулише уговором. Земље које су по угледу на Холандију здравствене услуге регулисале кроз уговор о медицинским услугама у грађанским законима су Естонија, Литванија и Словачка. Законску регулативу о правима пацијената донијеле су: Литванија (1996), Исланд, Латвија, Мађарска, Грчка (1997), Данска (1998), Норвешка (1999), Грузија (2000), Естонија (2001), Француска и Белгија (2002), Швајцарска и Румунија (2003), Кипар и Хрватска (2004), Словенија (2008), Федерација БиХ и Црна Гора (2010), Њемачка (2013). У неким од наведених земаља постојале су повеље о правима пацијената, као што је то случај са Њемачком, која је 1999. године донијела Повељу о правима пацијената. Док су у неким земљама донесени и закони и повеље, у некима се права пацијената регулишу искључиво законима о правима пацијената, а у некима су права пацијената регулисана одредбама различитих закона као што су нпр. Закон о здравственој заштити, Закон о заштити личних података и др. Доношење специјалног законодавства о правима пацијената има предност која се састоји у томе што омогућава да на једном мјесту буду заштићена сва права пацијента, која су до тада дјелимично и спорадично била признавана у различитим законским текстовима, а што је отежавало сналажење пацијената и умањивало њихове изгледе да ефикасно заштите она права која су им призната[495]. За нордијске земље, као сљедећи корак у развоју права пацијената, није толико битно стварање нових прописа,

[495] Драшкић Марија, „Права пацијената – крај патерналистичког концепта медицине“, *Правни живот*, бр. 9/1998, стр. 256-260.

колико је то спровођење постојећих формалних у пракси. Како се наводи, постоји незнање јавности о постојању и садржају права пацијената, али, можда је још важније да постоји незнање међу онима који имају обавезу да примјењују законе. Стога је императив за здравствену заштиту да се провајдери и професионалци, у партнерству са корисницима и њиховим представницима, информишу о примјени постојећих прописа у пракси. С циљем побољшања ситуације додатно образовање је неопходно, јер незнање ствара простор за сукобе и неслагања[496].

Доношење закона који су признали изричита права пацијента утицало је на промјену традиционалног система здравствене заштите, са једне стране, али и на слабљење патерналистичког концепта медицине у којем је пацијент послушни и неравноправни учесник у свом лијечењу, са друге стране. Умјесто љекара који одлучује сам и о свему што се тиче медицинског третмана од тренутка кад му се пацијент први пут обрати, појављује се љекар који поштује аутономију пацијента или у њему види сарадника у свим фазама лијечења којима ће га подвргавати[497].

6.2. Однос социјалног права и права пацијената

Функција социјалног законодавства јесте у томе да обезбиједи већи ниво социјалне правде и трајан социјални мир[498]. Социјално право је прожето идејом социјалне правде. Без социјалне правде, која се може схватити и као признавање и заштита људских права укључујући и основна социјална људска права, нема достојанства на раду[499]. У смислу наведеног, права пацијената као саставни дио здравственог и социјалног права, су наставак реализације економских и социјалних права. Однос социјалног права и права пацијената може се посматрати и кроз поређење начела радног права, посебно заштите радника и начела здравственог права. Постоје значајне сличности између начела заштите радника, посебно заштите појединих категорија радника (недискриминације, социјално-материјалне безбједности радника, хуманизације рада, узајамности и солидарности, тј. њихових права у радном односу[500]) и начела социјалног (здравственог) права која се односе на права пацијената. Није спорно да због чињенице да се ради о људским правима није довољно само одредити правила понашања у социјалном праву као цјелини и у односу пацијент – здравствени радник у остваривању здравствене заштите, већ и поштовати та правила и добровољно им се подвргавати. Полазећи од повезаности социјалног права и права пацијената, могу се издвојити сљедеће основне карактеристике тог односа:

---

[496] Fallberg Lars, „Patients Rights in the Nordic Countries“, *European Journal of Health Law*, vol. 7, 2000, 123–143.

[497] Уговор о љекарским услугама није нигдје засебно правно уређен, него битише свуда као неименовани уговор. Не треба сумњати у то да би се однос љекар-пацијент, као конкретан облигациони однос могао законом регулисати. Садржину уговора о љекарским услугама чине више етичке и стручне, неголи изворне правне обавезе. Јер, медицина је дјелатност по својој природи таква да се мора руководити више етичким него правним принципима. Нужно је да етичке дужности љекара надилазе правне. Радишић Јаков, „Лекар и пацијент као уговорни партнери“, *Правни живот*, број 11-12/1993, стр. 2043.

[498] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 150.

[499] Лубарда Б., (2013) *op.cit.*, стр. 14.

[500] Јовановић П., *op. cit.*, стр. 149-157.

- У оквиру социјалног права изучавају се здравствена заштита и здравствено осигурање као социјална права која садрже права пацијената;
- У домаће изворе социјалног права укључујући и права пацијената спадају: устав, закон, подзаконска и аутономна акта, а међународни извори су: међународне конвенције и споразуми, билатерални споразуми, пракса међународних судова и други међународни извори;
- Социјално право и права пацијената су саставни дио Универзалне декларације о људским правима УН (чл. 25): свако има право на стандард живота који обезбјеђује здравље и благостање, његово и његове породице, укључујући храну, одјећу, стан и љекарску његу, потребне социјалне службе, као и право на осигурање у случају незапослености, болести, онеспособљења, удовишта, старости или других случајева губљења средстава за издржавање усљед околности независних од његове воље;
- Да би била остварена социјална сигурност у којој су садржана и права пацијената, неопходне су опште претпоставке (уставност, законитост, правичност, равноправност), уз специјална начела као што су: солидарност и узајамност, социјална сигурност, свеобухватност, хуманост и неотуђивост, а које треба посматрати заједно, јер се само њиховим садејством могу обезбиједити социјална и правна сигурност;
- Социјално-економски услови живота (нпр. сиромаштво) су посљедица друштвеног положаја или трајне, односно постојане, социјалне ситуације. Одређене социјалне ситуације су у непосредној вези са потребом за здравственом заштитом и остваривањем права пацијената;
- Сврха социјалног осигурање јесте да становништву пружи економску сигурност током свих животних периода, а сврха права пацијената и здравствене заштите је поступање с пацијентом као равноправним партнером у пружању здравствених услуга и унапређењу здравља становништва у цјелини;
- Сврха социјалног осигурања је да пружи помоћ слабијим члановима заједнице, а сврха права пацијената у оквиру здравствене заштите је заштита пацијената;
- Социјално право и права пацијената су настали тек када је здравствена дјелатност постала толико интензивна да се наметнула потреба правног уређења и изучавања;
- Социјално и здравствено осигурање је обавезно осигурање (најзаступљеније) и не могу се препустити случају или личној иницијативи, јер би велики дио сиромашних лица остао незаштићен;
- За спровођење социјалног и здравственог осигурања формирају се специјализоване институције, а финансирање се обезбјеђује путем фондова и буџета. Разлог каснијег настанка и још недовољне афирмисаности социјално-економских права налази се у њиховој специфичности, релативној неодређености и тешком спровођењу[501].
- За социјално право, као и за права пацијената, значајан је појам *социјалног* (односно здравственог) *ризика*. Они обиљежавају догађаје који угрожавају задовољавање животних потреба човјека, његову социјалну сигурност, услове за напредовање у животу, па и сам живот[502]. У здравственом систему се говори о здравственим ризицима,

[501] Јашаревић С., *op. cit., стр*. 86.
[502] Лакичевић Душан, *Увод у социјалну политику*, Савремена администрација, Београд 1980, стр. 20.

као и о друштвено-економским детерминантама здравља, које непосредно или посредно утичу на остваривање здравствене заштите, а тиме и на права пацијената;
- Социјално право потпомаже стварну реализацију осталих личних права (као и права пацијената), а без њих ова права не значе ништа[503];
- Функција социјалног законодавства јесте у томе да буде обезбијеђен већи ниво социјалне правде и трајни социјални мир[504];
- Социјално право са системом социјалне сигурности обезбјеђује одређени ниво материјалног обезбјеђења грађана. Права пацијената обезбјеђују правну заштиту пацијената, њихову правну сигурност у поступку остваривања здравствене заштите;
- Социјално-правни и здравствено-правни односи најчешће настају на иницијативу и вољом физичког лица као титулара права и обавезности државног органа да у складу са овлашћењима ступи у тај правни однос. Према овим субјектима примјењују се санкције, ако не поступају у складу са законским овлашћењима и обавезама;
- Специфична карактеристика социјалног права је у томе што су одређена давања (условљена) финансијским могућностима државе да их финансира. Улагањем државе у здравствени систем стварају се основне претпоставке за доступност и квалитетну здравствену услугу, као једним од основних права пацијената;
- У социјалном осигурању осигураници обезбјеђују социјалну сигурност за случај да буду доведени у ситуацију да је не могу остварити на основу рада. Осигуравају се од ризика, од опасности наступања одређеног догађаја који може да угрози имовину односно лична добра. Здравствено осигурање као дио социјалног осигурања обезбјеђује здравствену заштиту у складу са правима пацијената и накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад. Из потребе људи за социјалном сигурношћу произашла су њихова права које гарантује држава у правном поретку;
- У пракси, основни разлози зашто се социјално-економска права тешко и недовољно остварују јесу недовољна средства и инертност државних власти.

Право на социјална права није гаранција да ће та права бити или могу бити реализована у пракси. Препреке су распрострањене у цијелом ланцу социјалних права и то од форме или декларисаности права, до процеса, процедура и ресурса који су стављени на располагање да би утицали на социјална права и даље, до стања корисника и потенцијалних корисника када покушавају да их остваре[505]. Поред ових разлога, Одбор за социјалну кохезију Савјета Европе као најважније препреке за остваривање социјално-економских права наводи: неадекватно уређење права (недовољна прецизност, правне празнине, ограничења, рестриктивни услови); неодговарајуће праћење и примјена (пропусти у надзору, дискриминација, неефикасна заштита); слабости у управљању и процедурама (фрагментација одговорности, комплексност процедура, препреке и сл.); неодговарајуће информисање и комуникација; препреке психолошке и социјално-културне природе (предрасуде, стигматизација група, разумијевање мањинских

[503] Коштуница Војислав, „Општа декларација и социјално право“, *Југословенска ревија за међународно право*, број 1-2/1989, стр. 34.
[504] Шундерић Б., *op.cit.*, (2009), стр. 150.
[505] Daly Mary (ур.), *Приступ социјалним правима у Европи*, Извјештај о приступу социјалним правима, усвојен од Европског комитета за социјалну кохезију на 8. састанку (28-30 мај 2002. године), Савјет Европе, 2003, стр. 33.

култура); недовољна пажња према рањивим групама[506]. Велики дио ових навода може се примијенити за правно уређивање, остваривање и заштиту права пацијената.

6.3. Однос права личности и права пацијената

Основна права личности предвиђена су међународним документима, савременим уставима и саставни су дио свеукупне проблематике људских права. У основи многих других права налазе се људска права и слободе. „Човјек је, дакле, центар свих правних односа: *Omne ius hominum causa*“[507]. У том смислу људска права и права личности, у ствари, представљају идентичне правне категорије истог садржаја које правни поредак сваке државе, а нарочито међународно и европско право, третира као највише правне вриједности. За њих, као такве, предвиђена је интегрална правна заштита, у смислу да је држава пружа са јавноправног (кривичног, уставног и управног) аспекта и са приватноправног (грађанскоправног) аспекта. Управо у зависности о којој од ове двије врсте правне заштите се ради, може се говорити или о људским правима (јавноправна средства заштите) или о правима личности (приватноправна средства заштите). При томе грађанскоправна природа заштите личних добара правних субјеката увијек има своју изворну предност – у рукама је самог оштећеног субјекта и само од њега зависи хоће ли покренути механизам заштите од повреда, јер је он једини који је у стању да их идентификује и осјети[508]. Аналогно наведеном може се констатовати да људска права, права личности и права пацијената, представљају правне категорије истог садржаја које правни поредак сваке државе уважава и третира као највише правне вриједности[509]. Зато, разматрање права пацијената није потпуно ако се не стави у контекст права личности, односно, људских права уопште. У том смислу, важне су неке опште карактеристике права личности. Права личности у правној литературу имају различите називе, а најчешћи су: лична права, права на личним добрима, индивидуална права, морална права, неимовинска права, субјективна неимовинска грађанска права, итд. Ово су различити називи за исти правни институт (синоними), а у домаћој правној литератури користи се законски назив из Закона о облигационим односима – *права личности*. Постоје различите дефиниције права личности, од којих се могу навести неке:

- Права личности су она права која припадају човјеку као таквоме, с обзиром на његово постојање, његове физичке и психичке снаге: „...то су природна, урођена права човјека“[510].

---

[506] Јашаревић С., *op. cit., стр*. 90.

[507] Финжгар Алојзиј, *Права личности*, Службени лист, Београд, 1988., стр. 14.

[508] Radolović Aldo, „Prava ličnosti u građanskom pravu Hrvatske“, *Vladavina prava*, broj 1/1998, str. 90, према: Јотановић Раденко, „Право на физички интегритет личности у грађанском праву“, докторска дисертација, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, 2012, стр. 291.

[509] Право личности се у ЗОО наводи на неколико мјеста, у контексту накнаде нематеријалне штете. Право личности и садржина појма могу се пронаћи у различитим правним актима: Уставу, ЗОО-а, прописима о ауторском праву, прописима из области људских права и слобода, управног права, кривичног права, прописима о правима пацијената, итд., али ниједан не садржи прецизну дефиницију права личности.

[510] Финжгар А., *op.cit.,* стр. 43.

- Лично право је државном принудом гарантована могућност субјекта да неометан од других реализује лично добро[511].
- Право личности у објективном смислу представља скуп норми етичкоправног поретка којима се регулише право правног субјекта на слободно испољавање, на развој властите личности, у складу са степеном (свог) психосоцијалног развоја, а право личности у субјективном смислу је право одређеног субјекта да од свих других правних субјеката тражи и оствари поштивање и развој властите личности у складу са својим психосоцијалним степеном развоја[512].
- Нематеријална штета јесте нужно у вези са правом личности, али је: „...учење о правима личности објективно шире подручје од нематеријалне штете (новчана или у неком другом облику) и представља један од облика заштите личности“, нематеријална штета представља штету која је причињена личности и која се састоји у повреди личних права[513].
- Неимовинска штета је у суштини повреда субјективних неимовинских права и интереса који су првенствено у вези са особом, а коју карактерише то да је субјекат осјећа као штету премда директно не погађа његову имовину[514].
- Морална штета представља повреду неимовинских (личних) права, она се састоји од повреде моралне имовине, а то је тјелесни интегритет, здравље, слобода, част, естетски изглед и др[515].

У оквиру (појединачних) права личности нису сва права једнаке важности, како са аспекта субјекта о чијим се правима ради тако и у односу према другим лицима и према држави. Прави се разлика између оних права која представљају претпоставку постојања других права личности и називају се основним (есенцијалним, виталним) правима, а која дају смисао осталим правима личности и других (секундарних) права личности која представљају надградњу и о којима се може говорити ако су остварена есенцијална права личности. Најважнија права личности имају заједнични назив – право на физички интегритет, као заједнички назив за живот, здравље и тјелесни интегритет. Право на физички интегритет представља основу других права личности и заједнички израз за сва права личности која штите личност у основном – њеном праву да уопште егзистира као људско биће. То је право на властито несметано тјелесно биолошко постојање (поједностављено: *право бити).* Садржај му је за сваког мјеродавна, потпуна приватна правна власт особе у погледу властитог живота, тијела и здравља[516]. Заједничка карактеристика овако одређеног права на физички интегритет личности, односно његов објект, јесте несметана физичко-биолошка егзистенција човјека[517]. Физичко-биолошка егзистенција човјека предмет је медицине и медицинских наука, а право и правну науку

---

[511] Водинелић Владимир, „Лично право као субјективно право и као грана права“, *Архив за правне и друштвене науке*, 3/1976, стр. 385.
[512] Radolović Aldo, „Subjektivna neimovinska prava u građanskom pravu“, *Zbornik pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* broj 4/1983, стр. 148
[513]Петровић Здравко, „Накнада нематеријалне штете због повреде права личности“, *Војна књига*, Београд 1996, стр. 12-13.
[514] Vedriš Martin, *Osnove imovinskog prava: opći dio imovinskog prava, stvarno, obvezno i nasljedno pravo*, Informator, Zagreb 1977, стр. 300.
[515] Ромштајн Иван, „Накнада нематеријалне штете за физичке болове“, *Правни живот* бр. 3/1988., стр. 466.
[516] Gavella Nikola, *Osobna prava, prvi dio*, Pravni fakultet Sveučuališta u Zagrebu, Zagreb, 2000., str. 67.
[517] Мораит Бранко, *Облигационо право*, Комесграфика, Бања Лука 2010. стр. 119.

интересује правни живот човјека[518]. Кроз физички интегритет тијело човјека (соматски дио) манифестује се и штите сва друга његова права личности из корпуса права на физички интегритет. Тијело човјека има спољну манифестацију (материјализацију), јер је видљиво, опипљиво, отјеловљено у спољашњем свијету. У том смислу, свака повреда тијела, тј. тјелесног интегритета личности, има своја спољашња обиљежја (неосновано лишавање слободе и неоснована осуда, употреба средстава принуде од стране државних органа, трансплантација, медицински огледи, узимање узорака крви или других тјелесних супстанци ради ДНК анализе, повреде у спортским активностима, стерилизација и кастрација, токсикоманија, body-art умјетност тијела, итд). Насупрот томе, код права на живот, због природних својстава човјека, то се право може повриједити само једном, јер његовом повредом човјек губи живот, тј. престаје да постоји као правни субјект[519]. Специфичност права на живот огледа се у томе да се као оштећена лица појављују искључиво најближи сродници умрлог лица, док се код осталих повреда права личности као оштећени појављују лица која су непосредно претрпјела штету.[520] Сва ова права личности су међусобно повезана и на начин да се одређеном штетном радњом може повриједити било које од тих права, али свака појединачна повреда неког од права личности је и повреда физичког интегритета човјека у цјелини[521]. У нормативним текстовима (конвенцијама, уставима, законима) право на физички интегритет и право на живот као појединачна права која пружају свеобухватну заштиту човјекове личности, увијек су регулисана заједно. Тако је у Општој декларацији о правима човјека (1948) регулисано да „Свако има право на живот, слободу и личну сигурност“. У унутрашњим прописима најизраженија повезаност права на живот и права на физички интегритет се налазе у кривичном законодавству у оквиру групе кривичних дјела *Против живота и тијела*, а чиме се животу и тијелу или праву на физички интегритет пружа кривичноправна заштита. Потпунија заштита овог права садржана је у другим гранама права (уставно, медицинско, радно, а нарочито у грађанском праву у оквиру материје о правима личности).

Елементи (објекти) права на физички интегритет су сљедећи: право на живот, право на заштиту здравља, право на тјелесни интегритет, право на психички (душевни) интегритет, право на полни интегритет, право на слободу, право на (људско) достојанство, право на (здраву) животну средину. Право на живот је основно и најважније природно и позитивно право човјека, које је предуслов за постојање свих других његових права и свих облика његове друштвености[522]. Оно је ограничено истим правом на живот другог човјека и његова заштита не зависи само од субјекта права чије је добро у питању, већ и од других субјеката права (нпр. убиство, тјелесне повреде,

[518] Постоје ситуације у којима је дозвољена повреда физичког интегритета (смртна казна, еутаназија, трансплантација, медицински огледи, проузроковање смрти, тјелесне повреде или оштећења здравља итд.), а исто тако отворена су питања субјекта права на физички интегритет (правна заштита људског зачетка и умрлог лица, затим животиње и животне средине).
[519] Crnić Ivica, *Neimovinska šteta*, drugo izdanje, Organizator, Zagreb, 2006., str. 87.
[520] Бројни су примјери диспонирања правом на физички интегритет, као што су на примјер: медицински третман, медицински огледи, спортске активности, стерилизација, кастрација, итд., који се могу предузимати уз добровољни (информисани) пристанак титулара.
[521] Јотановић Р., op.cit., стр. 78.
[522] Перовић Слободан, „Право и достојанство човјека“, *Правни живот*, број 3-4/2006, стр. 81.

оштећење здравља, експерименти на људима, трансплантација), а нарочито од државе (смртна казна, еутаназија).

Предмет закона о здравственој заштити је право пацијента на заштиту здравља. Пружање здравствених услуга у великом броју случајева претпоставља захват у туђи физички интегритет. У том смислу је, у односу на раније присутни патерналистички приступ, прихваћено начело добровољности, информисаног пристанка на медицински третман, тако да је љекар обавезан да води рачуна не само о здрављу пацијента већ и (нарочито) о његовој личности, тј. о његовом физичком интегритету[523]. Право на физички интегритет је апсолутно субјективно право на недодирљивост нечијег тијела и најуже је повезано са правом на заштиту здравља, јер повреда тјелесног интегритета доводи нужно и до оштећења здравља личности. Исто тако, оно је мањег значаја од права на живот, јер са повредом тјелесног интегритета личности се може и даље живјети а одузимањем живота не може. Међутим, сва три права се називају правом на физички интегритет[524], а понекад и правом на живот као заједничким изразом за права личности која су у међусобној функционалној и нераскидивој вези и заједнички чине основу и претпоставку свих других права личности.

Посебну важност има и људско достојанство. Укључивањем у право, вриједност људског достојанства добила је и донекле специфичније значење. У праву оно првенствено подразумијева идеју да правни субјективитет, у широком значењу ријечи, припада сваком човјеку; тек на овој претпоставци гради се даља заштита пунине човјековог субјективитета. Ту пунину је тешко правно изразити, баш као и друге правне вриједности. Људско достојанство скоро у цјелини прожима право[525].

Права пацијента су саставни и нераскидиви дио права личности, представљају његову надоградњу и конкретизацију у заштити здравља. Развој института права личности доводи до унапређења права пацијената и потпуније имплементације и заштите људских права уопште.

6.4. Права пацијената у систему здравства

Грађанска и политичка права, економска и социјална права, гаранција су остваривања и других личних права. Гарантовање ових права не води слабљењу основне идеје права човјека, већ напротив, њеном јачању. Неки писци истичу да критичари ових права заборављају да социјално право потпомаже стварну реализацију осталих личних права. Исто тако, права и обавезе осигураника не треба мијешати са правима и обавезама пацијената, јер то нису синоними. Пацијент не мора бити, мада најчешће јесте, осигурано лице.[526] Пацијент је свака особа, која у било којој здравственој установи затражи

[523] Матијевић Берислав, „Право на тјелесни интегритет и обавезна пружања здравствене услуге“, *Хрватска правна ревија*, број 9/2008., стр. 30.
[524] Gavella N., *op.cit.*, стр. 65.
[525] Франета Душка, *Људско достојанство као правна вредност*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2015, стр. 310.
[526] Према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената ("Службене новине Федерације БиХ", број 40/10) пацијентом се сматра свако лице, болесно или здраво, осигурано или неосигурано лице, које затражи или којем се пружа одређена мјера или услуга у циљу очувања и унапређења здравља, спречавања

одређену услугу или настоји задовољити здравствену потребу. У најширем смислу ријечи, пацијенти су сви грађани, с обзиром на здравствено осигурање и своју обавезу да се подвргну мјерама примарне превенције, односно оног дијела здравствене заштите који је од најширег националног интереса и којим су обухваћени сви грађани[527]. Пацијентом се сматра свака особа, болесна или здрава, која затражи или којој се пружи одређена мјера или услуга с циљем очувања или унапређења здравља, спречавања болести, лијечења или здравствене његе и рехабилитације[528]. Однос љекара и пацијента карактеришу хумана чињења једне стране и повјерење друге стране. Законодавац покушава да утврди норме које имају општу важност и које треба да служе заштити болесника и утврде права, обавезе и одговорности здравствених професионалаца.[529] Чести су приговори да однос љекар-пацијент није подесан за правно регулисање, па га зато треба препустити правилима медицинске струке и медицинске етике. Закон олакшава посао љекару и штити његов племенити рад од прекора и приговора, који су неизбјежни у тако сложеној и важној дјелатности као што је лијечење пацијената. Осим тога, право треба да обезбиједи квалитет медицинских услуга, да понашање љекара и осталих медицинских запосленика према пацијенту подвргне друштвеној контроли од стране суда, јер пацијент има право на заштиту здравља. Однос између љекара и пацијента поводом пружања медицинске услуге јесте, дакако, правни однос. Право настоји да обезбиједи квалитет љекарских услуга, да поступке љекара према пацијенту подвргне контроли суда, јер пацијент има право на заштиту здравља[530]. У правној држави таква контрола је нужна, јер унутрашња, сталешка контрола поступака љекаревих није довољна; потребна је и спољашња правна контрола, макар да се и она врши уз помоћ медицинских вјештака, помоћу медицинских критеријума[531]. Још у Хамурабијевом законику постоји неколико одредаба посвећених одговорностима љекара. Исто тако потребна је опрезност законодавца, који мора љекару гарантовати научну и професионалну независност, слободу у којој може да процјењује и одлучује у складу са правилима струке, медицинске етике и савјести. Постоји опасност о којој се мора водити рачуна, а то је да велики број прописа може угушити слободу љекару, који утичу на његове професионалне обавезе од интереса за пацијенте. Закони не треба да прописују детаљне правне забране и заповијести медицинским радницима, него само опште оквире. Шта се у тим оквирима дешава и шта се може очекивати треба да покаже судска

болести, лијечења или здравствене његе и рехабилитације. У Црној Гори, Законом о правима пацијената ("Службени лист Црне Горе“, бр. 40/10) је дефинисан појам пацијента тако што означава свако лице, болесно или здраво, које у здравственој установи затражи или коме се пружа здравствена услуга у циљу очувања и унапређења здравља, спречавања болести, лијечења и здравствене његе и рехабилитације и има права утврђена овим законом.

[527] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 315-316.

[528] Bošković Zvonimir, „Zakon o zaštiti prava pacijenata: reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske“, *Hrvatska pravna revija*, 5/2005, str. 90.

[529] Одредбама о правима и обавезама пацијената одређују се права, обавезе и одговорности пацијента приликом коришћења здравствене заштите, начин коришћења, заштите и унапређења тих права.

[530] Радишић J., *op.cit.* (1993), 2027.

[531] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 76.

пракса[532]. Унутрашња моралност права захтијева да правила постоје, да су позната и да се поштују у пракси од стране оних који су задужени за њихови примјену[533].

Асиметричност односа љекар-пацијент је знатно умањена прописивањем дужности љекара према пацијенту. Из ових правила посредно су изведена и одговарајућа права пацијената, а која нису увијек видљива и јасна. Добијањем на значају људских права, у новије вријеме, дошло се на идеју да права пацијената треба експлицитно да буду утврђена и кодификована, у чему предњаче европске државе. У земљама које се налазе у региону југоисточне Европе успостављена је обавеза усаглашавања законског оквира из области здравства са прописима ЕУ, послије потписивања појединачних споразума о стабилизацији и придруживању са ЕУ[534]. Као државе са (не)довршеним процесом транзиције друштва оне настоје да заврше процес транзиције домаћег права тако што ће правни систем ускладити са правом ЕУ и појединих њених чланица. Историјско-правни метод показује да глобалне промјене друштвеног поретка, као што је транзиција из једног у други поредак и транзиција унутар самог поретка, започињу у развијеним земљама које имају водећу улогу у међународним односима. Промјене у другим земљама независно од карактера промјена не могу објективно имати глобални значај[535].

На правном регулисању права пацијената се инсистира у оквиру Отвореног регионалног фонда за југоисточну Европу, у компоненти која се односи на „Регионалну хармонизацију правног оквира за заштиту пацијената и успостављање мреже институција за заштиту пацијената у региону југоисточне Европе“. На основу Европске повеље о правима пацијената, донесена је Повеља о правима пацијената у БиХ (2006), која садржи сљедећа права: право на превентивну мјеру, право на приступ, право на информацију, право на пристанак, право на слободан избор, право на приватност и повјерљивост, право на поштовање пацијентовог времена, право на праћење стандарда квалитета, право на безбједност, право на иновацију, право на избјегавање непотребне патње и бола, право на лични третман, право на жалбу и право на компензацију[536].

---

[532] *Ibidem,* стр. 77.

[533] Фулер Лон, *Моралност права, друго издање*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2011, стр. 161; Фулер наводи осам нужних захтјева (услова, начела, елемената) од којих зависи постојање и остваривање законитости у сваком правном систему. То су: општост, обнародовање, забрана злоупотребе повратне правне снаге, јасност, непротиврјечност, остваривост, постојање правних правила и сагласност између проглашених правила и начина на које се она примјењују. Скуп тих осам захтјева Фулер означава изразом „Унутрашња моралност права“. Кад је пак ријеч о предмету законодавчеве дјелатности, тад се ради о тзв. „Спољашњој моралности права“, Ibidem, стр. 12-13.

[534] Поступак хармонизације прописа у БиХ са прописима ЕУ отпочео је 2003. години прије потписивања овог споразума. *Одлука о процедурама и поступку усклађивања законодавства БиХ са acquis-ем,* Службени гласник БиХ, бр. 44/03.

[535] Динамика и обим усклађивања права објективно зависе од могућности поједине државе да се приближи степену економског и социјалног развоја ЕУ, а субјективно зависи од капацитета институција власти и друштвених партнера да према достигнутом степену развоја креирају промјене одређених грана права. Мирјанић Жељко, „Значај социјалног дијалога у процесу усклађивања домаћег права са правом Европске уније“, *Зборник радова Правног факултета у Нишу,* бр. 68/2014, Ниш 2014, стр. 129-130.

[536] У оквиру пројекта ЕУ/СЗО „Подршка реформи здравственог система у БиХ“, радна група за израду Повеље о правима пацијената у БиХ је објавила Повељу о правима пацијената у БиХ као подршку за регулисање ове области у законодавству РС и ФБиХ, видјети званичну web презентацију: http://www.akaz.ba/Fokus/Prava/Prava.htm (29.5.2016).

6.5. Упоредни преглед права пацијената

6.5.1. Законско регулисање права пацијената

У анализи права пацијената у међународним документима и законима полази се од листе права пацијената у Европској повеља права пацијената (2002). Намјера је да се покаже како су током кодификације унутрашњег права у складу са међународним стандардима регулисана ова права и да ли их треба регулисати посебним законима о правима пацијената или на други начин. Анализа је показала да законима о правима пацијената припада предност у погледу систематизације, потпуности и уједначености регулисања у односу на регулисање права и обавезе пацијената одредбама ЗЗЗ, односно пракси да се права пацијената регулишу у више закона уопштено са неколико чланова. За доношење и имплементацију закона о правима пацијената неопходно је донијети и посебне законе о професионалној дјелатности (закон о докторској дјелатности, закон о стоматолошкој дјелатности, закон о сестринству) стога што се права, обавезе и одговорности пацијената не могу посматрати одвојено од права, обавеза и одговорности здравствених радника. Остваривање права пацијента заснива се на партнерском односу пацијента као примаоца здравствених услуга и здравственог радника, односно здравственог сарадника као даваоца здравствених услуга. Партнерски однос подразумијева узајамно повјерење и уважавање између пацијента и здравственог радника, односно здравственог сарадника на свим нивоима здравствене заштите, као и регулисање права и дужности партнера у том односу. Пацијент није објекат који нијемо пролази кроз здравствени систем, већ равноправан партнер у односу са здравственим радницима и другим запосленицима. Као корисник здравственог система, који је првенствено ту ради добробити пацијента, пацијент заврђује да се заштите његова права, обавезе и одговорности, те да се уреде посебним законом. Правно регулисање и заштита права и обавеза пацијената су важни елементи којима се може валоризовати степен демократије и владавине права у једном друштву. У том смислу, почетно законско регулисање права пацијената посебним законом представља прелазну етапу подизања свијести пацијената и одговорности здравствених радника. Тиме се испуњавају основне претпоставке за развој законодавства, које ће још квалитетније регулисати права, обавезе и одговорност пацијената приликом коришћења здравствене заштите, начин остваривања и заштиту тих права.

Анализа права пацијената у систему здравствене заштите може се започети генералном одредбом о људским правима да свако има: право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вриједности; право на физички и психички интегритет и на безбједност личности; као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења. У питању су начела на којима се заснивају одредбе о правима и обавезама пацијената која свој основ имају у Европској конвенцији о људским правима и основним слободама и њеним протоколима, као и другим међународним документима. Испуњавањем ових начела, остварује се суштина законског регулисања права пацијената којим се утврђује неприкосновено право сваког човјека на здравствену заштиту која му мора бити пружена без дискриминације по било којем основу. Остваривања права, обавеза и одговорности пацијената у вези је са успостављеним здравственим системом и економским могућностима друштва,

регулисаним кроз прописе, а по узору и пракси других држава. У поступку остваривања здравствене заштите дужности пацијента односе се на одговорност за лично здравље, одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите, те одговорност пацијента према здравственим радницима, односно сарадницима.

6.5.2. Преглед права пацијената

Предмет упоредне анализе су права пацијената у систему здравствене заштите: Републике Српске, Федерације Босне и Херцеговине, Републике Србије, Републике Црне Горе и Републике Хрватске, као и Аустрије, као примјера земље која је успјешно уредила заштиту људског достојанства пацијента:

- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Српске* су регулисана ЗЗЗ[537], који као интегрални дио социјалног система прописује права и обавезе пацијената у остваривању здравствене заштите, начин коришћења и заштите тих права, као и друга питања у вези са правима, обавезама и одговорностима пацијената.[538]
- *Права пацијената у систему здравствене заштите Федерације Босне и Херцеговине* регулисана су посебним законом с намјером да се напусти пракса регулисања права пацијената у свега неколико чланова и нагласи приступ да је пацијент равноправан партнер у односу на запослене у здравственом систему, корисник услуга здравственог система који заслужује да његова права, обавезе и одговорности буду посебно уређени.
- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Србије* регулисана су Законом о правима пацијената из 2013. године[539], којим се пацијенту гарантује једнако право на квалитетну и континуирану здравствену заштиту у складу са здравственим стањем, друштвеним стандардима и етичким начелима, у најбољем интересу пацијента и уз поштовање његових личних ставова. Заштиту права пацијента обезбјеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове савјетника за заштиту права пацијента и образовањем Савјета за здравље.
- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Црне Горе* регулисана су Законом о правима пацијената из 2010. године[540]. Пацијент чије је право повријеђено има право на приговор директору здравствене установе или овлашћеном лицу, односно заштитнику права пацијента. Надзор над спровођењем овог закона врши Министарство здравља преко здравствене инспекције, а закон се примјењује на све субјекте који обављају здравствену дјелатност.
- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Хрватске* су знатно унапријеђена кроз законе о здравственим услугама на начин да је учињено усклађивање стандарда у заштити права пацијената у односу на развијене западне демократије, али како се наводи, законодавство о правима пацијената још нема никакав значајан утицај на побољшање положаја пацијената у здравственом

[537] ЗЗЗ РС, чл. 17-34.
[538] Посебан закон о правима пацијената није донесен стога што у вријеме доношења Закона о здравственој заштити нису биле створене све претпоставке за доношење посебног закона. Таква пракса је била и у неким државама у окружењу и ЕУ.
[539] Закон о правима пацијената („Службени гласник Републике Србије“, бр. 45/13),
[540] Закон о правима пацијената („Службени лист Републике Црне Горе“, br: 40/2010),

систему[541]. Права пацијената регулисана су законима, правилницима и професионалним етичким кодексима, као што је Кодекс медицинске етике и деонтологије[542], који садрже одредбе о заштити права пацијената. Основни закон који регулише права пацијената је Закон о заштити права пацијената[543] из 2004. године, који доступност заштите права пацијената подразумијева као једнаку могућност заштите права свих пацијената, а према начелима хуманости и доступности.[544] Уз већ призната права пацијената у остваривању здравствене заштите која су утемељена одредбама Закона о здравственој заштити[545], Законом о заштити права пацијената се свеобухватно и на једном мјесту регулишу права пацијената, уводе се нова права (као што је нпр. право на друго мишљење), а такође се дефинише и контролни механизам поштовања права пацијента оснивањем посебних комисија на државном и регионалном нивоу.[546] Закон о заштити права пацијента регулише оснивање комисија за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе с циљем остваривања социјалне бриге у заштити и промовисању права пацијената.[547]

- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Словеније* регулисана су Законом о правима пацијената,[548] којим се регулишу њихова права поред Закона о здравственој заштити и других закона. Законом о правима пацијената је уведена значајна новина тако што се уређују процедуре за остваривање права и процедуре у случају њиховог кршења, као и обавезе које проистичу из тих права. Три највеће новине су: поштовање интегритета пацијента, детаљно разрађена процедура подношења жалбе и мирно рјешавање спорова између пацијента и љекара. У остваривању права пацијената узимају се у обзир сљедећа начела: поштовање према свима као према личности и поштовање његових моралних, културних, вјерских, филозофских и других личних увјерења; поштовање физичког и психичког интегритета и безбједности; заштита од највеће здравствене користи за пацијента

[541] Међутим, законодавство о правима пацијената још увијек нема никакав значајан утицај на побољшање положаја пацијената у здравственом систему Хрватске, Види: Babić-Bosanac Sanja, Džakula Aleksandar, „Patients' Rights in the Republic of Croatia“, *European Journal of Health Law, vol.* 13, 2006, стр. 399.
[542] Kodeks medicinske etike i deontologije („Narodne novine Republike Hrvatske“, br. 55/08).
[543] Zakon o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine Republike Hrvatske“, br. 169/04).
[544] Начело хуманости остварује се осигуравањем поштовања пацијента као људског бића, осигурањем права на физички и ментални интегритет пацијента и заштитом личности пацијента, укључујући поштивање његове приватности, погледа на свијет, те моралних и вјерских увјерења.
[545] ZZZ Hrvatske.
[546] Регулисана су и сљедећа права: право да информације буде дате пацијенту на разумљив начин, право да одреди особу која ће умјесто њега/ње бити обавијештена, право да буде упознат са идентитетом, специјализацијом и искуством љекара, право на консултације са другим љекаром, право на одржавање личних контаката односно право родитеља и родбине да буду 24 часа присутни уз пацијента, право на својевољно напуштање болнице, право на приватност, права која се односе на заштиту пацијента над којима се обавља научно истраживање, на захвате на људском геному, право на накнаду штете.
[547] Комисије имају по пет чланова које на основу јавног конкурса именује скупштина јединице локалне самоуправе из редова пацијената, невладиних организација и стручњака на подручју заштите права пацијената. Комисије прате на подручју јединице локалне самоуправе примјену прописа који се односе на заштиту права и интереса пацијената, прати повреде појединачних права пацијената, предлаже предузимање мјера за заштиту и промовисање права пацијената, обавјештава Комисију за заштиту права пацијената при министарству здравља о случајевима тежих повреда права пацијената које могу угрозити живот или здравље пацијената и обавјештава јавност о повредама права пацијената.
[548] *Zakon o pacientovih pravicah* („Uradni list Republike Slovenije“, br. 15/08).

(нарочито за дјецу); поштовање приватности; поштовање аутономије у доношењу одлука о лијечењу. Закон омогућава једнаку, адекватну и сигурну здравствену заштиту, која се базира на повјерењу и поштовању између љекара и пацијента и љекара или других сарадника и професионалаца из медицинске струке. Закон посебно регулише остваривање права пацијената који нису способни да одлучују о себи. Право на жалбу и право на бесплатну помоћ и медијацију у случају кршења права пацијената су овим законом веома широка и детаљна, којима се уводи двостепени ванпарнични поступак и функција заштитника права пацијената. Пацијент који сматра да су прекршена нека од његових права може да се жали заштитнику права пацијената, односно овлашћеном лицу у здравственој установи гдје су нарушена права (тзв. прво читање прекршајне пријаве), а у другом степену Комисији за заштиту права пацијената Републике Словеније (тзв. друго читање прекршајне пријаве), које је резервисано за случајеве који нису ријешени у првом степену и путем медијације. Закон такође омогућава да Омбудсман за људска права прати примјену закона и даје му овлашћења за издавање упозорења одговорним тијелима да би били осигурани услови за спровођење закона. Закон регулише дужности пацијената које се односе на активно учешће у заштити, унапређењу и очувању личног здравља, давање тачних и правовремених информација здравственим радницима о себи и свом здрављу, као и о изненадним промјенама током терапије, поштовање права других пацијената и здравствених радника, као и заказаних термина, кућног реда и процедура у здравственим установама.

- *Права пацијената у систему здравствене заштите Републике Аустрије* регулисана су кроз неколико докумената: Повеља о правима пацијената[549] из 2002. године, федерални Закон о љекарима[550] из 1998. године, федерални Закон о болницама[551] из 1957. године и федерални Закон о заштити личних података[552] из 2000. године. Закон о болницама из 1958. године дефинише листу права пацијената, а према Повељи о правима пацијената индивидуална права пацијената се посебно штите. Људско достојанство се штити у свим ситуацијама, а пацијент се не смије дискриминисати ако постоји сумња да је болестан. Другим ријечима, пацијент је свако ко има потребу за здравственом заштитом на коју има једнако право без обзира на старост, пол, поријекло, финансијску ситуацију, религиозна убјеђења, природу и узрок болести и слично. Повељом су дефинисана права пацијената на достојанство и интегритет, право на информисаност и пристанак, право на приступ документацији, право на заштиту пацијентових интереса, право на жалбу, те посебна правила која се

[549] Видјети на званичној web страници Министарства здравља Републике Аустрије: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte-gesundheitssystem.html, (26.4.2016).
[550] Видјети на званичној web страници Савезне владе Републике Аустрије: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138, (26.4.2016).
[551] Видјети на званичној web страници Савезне владе Републике Аустрије: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285, (26.4.2016).
[552] Видјети на званичној web страници Савезне владе Републике Аустрије: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597, (26.4.2016).

примјењују када су дјеца у питању (адекватна опрема у болници оријентисана ка потребама дјетета, право на заједнички пријем беба са мајкама, дјеца испод 14 година у болници се смјештају одвојено од одраслих пацијената кад год је то могуће, дјеца школског узраста имају додатну наставу током дужег боравка у болници). Пацијент може отпочети са лијечењем само уз лични пристанак, односно уз пристанак заштитника његових интереса уколико пацијент није у могућности да даје пристанак. Пацијент има право на све информације које се односе на његово здравље, могуће третмане и алтернативне третмане, као и на увид у своју медицинску документацију у било којем тренутку. Повеља гарантује право на приватност пацијента која се штити и одредбама федералног Закона о љекарима према којима су љекари дужни да штите приватност својих пацијената. Пацијенти имају право на жалбу и компензацију која се остварује на неколико нивоа: прво жалбом самој здравственој установи, затим у вансудским споровима преко независне институције пацијентовог заступника и/или одбора за мирно рјешавање спорова федералне Љекарске коморе, те даље у поступку пред судом. У свакој од девет савезних држава или покрајина законом се успостављају заступници за права пацијената које постављају гувернери. Њихов главни задатак је да штите права и заступају интересе пацијената посредовањем у споровима. За пацијенте смјештене у психијатријске установе такође се ангажују заступници који су запослени од стране Удружења правних заступника и пацијентових адвоката који према Закону о болницама представљају законски и добровољно хоспитализоване психијатријске пацијенте. Љекарска комора на регионалном нивоу оснива одборе за мирно рјешавање спорова чији је главни циљ да у вансудском поступку ријеше конфликт између љекара и пацијента у случају кад се пацијент жали на љекарску грешку или грешку у љекарском третману. Посебни фондови за обештећење пацијената су настали као могућност подршке у вансудском рјешавању спорова. Фондови су основани у свим покрајинама посебним законом.

6.5.3. Сличности и разлике у погледу права пацијената

Преглед доношења прописа у одређеном периоду показује историјски развој настанка националних закона о правима пацијената у државама у окружењу. Сходно томе, могло би се констатовати да се, у овом периоду, повећавао број права пацијената која су добијала законску форму. То најбоље илуструје примјер Европске повеље права пацијената из 2002, године која броји 14 права, док нпр. Закон о правима пацијената Републике Србије из 2013. године броји 19 права пацијената.

Упоредни преглед назива закона о правима пацијената показује да закони имају различите називе, иако је њихов садржај предметно одређен правима и заштитом права пацијената. Европска повеља права пацијената и Повеља права пацијената у БиХ имају дефинисаних 14 права пацијената која су по називима и садржају идентична, Федерација БиХ је дефинисала 19, Република Србија 19, Република Црна Гора 11, Република Хрватска 9 права пацијената, а Република Словенија 10. Република Српска је обрадила[553]

[553] Република Српска није донијела посебан закон о правима пацијената и права пацијената примарно су регулисана у Закону о здравственој заштити, а дјелимично у другим законима у области здравства.

12 права пацијената, а Република Аустрија је обрадила права пацијената у четири закона и једној повељи о правима пацијената. Овдје наведени бројеви права која су законски регулисана у државама у окружењу не дају стварну слику о регулисању ове области, јер су нека права пацијената садржана у другим законима и начелима за њихово остваривање.

Одређена права пацијента дефинисана су у начелима, као на примјер: партнерски однос пацијента и даваоца здравствених услуга (Република Србија); у остваривању права пацијента обезбјеђује се поштовање људског достојанства, физичког и психичког интегритета, те заштита права као и једнако право на квалитетну и континуирану здравствену заштиту (Република Црна Гора); начело заштите права пацијента заснива се на начелима хуманости и доступности (Република Хрватска); права пацијента на највеће објективно могуће очување и заштиту његовог здравља, лијечењем и мјерама превенције болести, поштовање људског достојанства пацијента, поштовања права на физички и ментални интегритет пацијента и личну безбједност, поштовање заштите личности пацијента укључујући и поштовање његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења као и партнерски однос између пацијента и даваоца здравствених услуга те забрана сваког вида дискриминације (Федерација БиХ); право на здравствену заштиту се остварује без дискриминације по било ком основу уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вриједности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбједност личности, као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења (Република Српска).
У дефинисању одређених права пацијената, различити називи права имају исту или сличну садржину, као на примјер: право на иновацију (ЕУ повеља и Повеља о правима пацијената у БиХ); право пацијента који учествује у медицинском истраживању (Република Србија); право пацијента да одбије да буде предмет научног испитивања и истраживања (Република Црна Гора); заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање (Република Хрватска); право пацијента над којим се врши медицинско истраживање (Федерација БиХ); право на медицински оглед (Република Српска). Слична ситуација је и код регулисања права на информацију и права на обавијештеност. На примјер, Република Србија ова два права посебно регулише, као и Федерација БиХ; Република Црна Гора је регулисала заједно право на информисање и право на обавјештавање, као једно право; Република Хрватска као право на обавијештености, а Република Српска као право на информацију.

Европска повеља права пацијената и Повеља о правима пацијената у БиХ нису регулисале обавезе и одговорности пацијента. У Републици Србији је посебно регулисана дужност пацијента, као и у Федерацији БиХ и то као обавезе и одговорности пацијента; у Републици Српској као обавезе пацијента, док Република Црна Гора и Република Хрватска нису регулисале експлицитно обавезе и одговорности пацијента.

Заштита права пацијента је такође различито регулисана. Европска повеља права пацијената говори о правима активног грађанства; Повеља о правима пацијената у БиХ говори о заштити права пацијената путем агенција за квалитет и акредитацију; у Републици Србији су успостављени Савјетник за права пацијената и Савјет за здравље; У Републици Црној Гори је дефинисан Заштитник права пацијената; У Републици

Хрватској је успостављено Повјеренство за заштиту права пацијената и Повјеренство за заштиту и промоцију права пацијената министарства надлежног за здравство; Федерација БиХ је регулисала улогу здравствених савјета у јединици локалне самоуправе и министарства здравства (кантона), а у Републици Српској је то регулисано путем приговора пацијента и *ad hock* комисија.

И поред евидентних терминолошких разлика, може се констатовати да постоји велики степен усаглашености права пацијената која су садржана у Европској повељи права пацијената и наведених националних закона из ове области.

6.6. Право на доступност здравствене заштите

Право на доступност здравствене заштите подразумијева да пацијенти услуге могу користити континуирано према здравственом стању и личним потребама, у складу са законом и у границама кадровских и материјалних могућности система здравствене заштите. Према једној дефиницији *доступност* значи да постоји довољан број здравствених установа и здравствених радника у односу на број становника на неком подручју, да до љекарске ординације свако може лако стићи, иако нема превозно средство а пацијенти могу рачунати на хитну помоћ у свако доба, ноћу и викендом[554]. Према другој дефиницији *доступност* је однос између популације једне административне територије и капацитета здравствене службе и кадрова који то раде (на примјер, број популације у односу на здравствени центар, у односу на број љекара, медицинских сестара и др.)[555]. За појашњење ове дефиниције аутор користи термин *приступачност*, који прецизније дефинише садржај овог појма. Приступачност је број или пропорција дате популације која користи одређене специјалне капацитете, службе итд., уз могућу препреку приступу, која може бити физичка (удаљеност, путовање, вријеме), економска (путни трошак, плаћање услуга) или социјална и културна (касте или језичка баријера). Приступачност подразумијева да службе одговарају приоритетним потребама или нуде заштиту одговарајућег квалитета[556].

Закони о правима пацијената могу да дефинишу појам *право на доступност здравствене заштите,* али и да то пропусте.[557] Према Закону о правима пацијената Србије право на доступност здравствене заштите (чл. 6) значи да пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, 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, мјесто становања, врсту обољења, вријеме приступа здравственој служби или другу различитост која може да буде узрок дискриминације. Доступност здравствене заштите у ентитетима БиХ је регулисана законима, а према Повељи о правима пацијената у БиХ, која садржи *право на приступ*

---

[554] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 324.
[555] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 58.
[556] Ibidem, стр. 272.
[557] У Црној Гори *право на доступност здравствене заштите* није регулисано у Закону о правима пацијената. У Закону о заштити права пацијената Хрватске није регулисано *право на доступност здравствене заштите*.

(чл. 3).[558] Право на доступност здравствене заштите подразумијева да свако осигурано лице на једнак начин може да се лијечи, да су му доступни лијекови, медицинска средства, специјализоване установе за рехабилитацију и остала права обухваћена правом на здравствену заштиту у складу са његовим здравственим стањем, медицинском доктрином и прописима којима је утврђен обим и садржај, као и начин остваривања права на здравствену заштиту[559]. Према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената ФБиХ, право на доступност здравствене заштите (чл. 7) означава да сваки пацијент има право на доступну здравствену заштиту у складу са здравственим стањем и личним потребама, законом и у границама материјалних могућности система здравствене заштите. Право на доступну здравствену заштиту обухвата и право пацијента на хитну медицинску помоћ коју није могуће условљавати статусом здравственог осигурања. Пацијент има право на једнак приступ здравственој заштити без дискриминација у односу на врсту обољења. Пацијент који је жртва насиља у породици или је пацијент дијете које је жртва насиља остварује право на доступну здравствену заштиту која укључује и збрињавање и лијечење посљедица насиља на физичко, ментално и репродуктивно здравље. У Закону о здравственој заштити Републике Српске *право на доступност* је регулисано као једно од начела здравствене заштите (чл. 11), тако што је прописано да се здравствена заштита грађана спроводи на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације и остварује без дискриминације. Здравствене установе су обавезне да грађанима гарантују приступ услугама, осигуравајући укључење у листе чекања за хронична стања,[560] а одређене здравствене установе обавезне су обезбиједити здравствену заштиту 24 часа дневно. Доступност здравствене заштите остварује се обезбјеђењем здравствене заштите грађанима, која је физички, географски и економски доступна. Закон доступност здравствене заштите регулише као физичку, географску и економску доступност, али није експлицитно прописан садржај ових појмова, те је неопходно навести појашњења. *Физичка доступност здравствене заштите* се може дефинисати као удаљеност насељеног мјеста, грађана од здравствене установе, обезбјеђење транспорта, времена и распореда радног времена, уклањање физичких препрека за приступ здравственој установи инвалидних лица. Посредно, физичка доступност је одређена одредбама закона које се односе на обезбјеђење здравствене заштите на нивоу Републике, јединице локалне самоуправе и послодавца, организовањем рада, радним временом, правилима штрајка у здравственој установи, те услова за почетак рада здравствене установе. *Географска доступност здравствене заштите* је појам који је садржински повезан са појмом физичка доступност. То је мрежа здравствених установа на ширем географском подручју

[558] Здравствене установе морају гарантовати исти приступ свакоме, без дискриминације. Појединац којем је потребан третман, а који није у могућности да сноси трошкове, има право на бесплатну услугу. Појединац без дозволе за боравак има право на ургентну или основну услугу у ванболничким и болничким установама. Појединац који болује од неке ријетке болести има исто право на потребни третман и лијекове као и неко ко болује од неке чешће болести.

[559]Родић Обрадовић Биљана (ур.), *Пакет права*, Фонд здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, 2011., стр. 91.

[560] У казненим одредбама ЗЗЗ РС (чл. 138) утврђено је да ће се новчаном казном казнити правно лице за прекршај, ако ускрати грађанину приступ услугама у поступку коришћења здравствене заштите, те ако не обезбиједи здравствену заштиту у току 24 часа, а за исти прекршај ће одговарати и одговорно лице у правном лицу и здравствени радник и здравствени сарадник.

која обезбјеђује равномјерну доступност здравствене заштите у градским и руралним срединама, те брдско-планинским подручјима. У том смислу говоре и одредбе које се односе на оснивање здравствених установа. Обезбјеђење здравствене заштите на нивоу Републике заснива се на елементима економске, социјалне и здравствене политике којима се стварају услови за спровођење здравствене заштите, усклађивање дјеловања и развој система здравствене заштите, који подразумијева и оснивање здравствених установа од републичког интереса. Обезбјеђење здравствене заштите на нивоу локалне самоуправе обухвата активности за спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији локалне самоуправе која подразумијева и успостављање мреже амбуланти породичне медицине. Нивои здравствене заштите (примарна, секундарна и терцијарна) су повезани кроз референални систем, тј. континуирано и несметано кретање пацијената кроз здравствени систем које прати одговарајућа медицинска документација. Модел породичне медицине који је дефинисан законом гарантује доступност здравствене заштите, јер представља први контакт грађана са здравственим системом и омогућава бољи приступ ПЗЗ оријентисаној ка породици и заједници, коју подржава флексибилан и развијен болнички систем. *Економска доступност здравствене заштите* је способност појединца или заједнице да покрију трошкове здравствене заштите[561]. Учешће пацијената у директном плаћању трошкова здравствене заштите (партиципација) може бити значајна препрека за економску доступност здравствене заштите. У сиромашним и недовољно развијеним земљама партиципација доприноси повећању економске неједнакости пацијената. Основни предуслов за функционисање здравственог система и пружање здравствених услуга је обезбјеђење одговарајућих финансијских средстава од стране заједнице[562]. Економска доступност здравствене заштите је обезбијеђена одредбама да су обавезним здравственим осигурањем обухваћени сви грађани и друга лица у складу са законом и одредбе о томе које категорије осигураних лица не подлијежу личном учешћу у трошковима коришћења здравствене заштите.[563] Лица која не могу доказати својство осигураника односно осигураног лица приликом коришћења права из здравственог осигурања дужна су сама сносити трошкове, а пружање хитне медицинске помоћи није условљено доказивањем својства осигураника односно осигураног лица или плаћањем насталих трошкова. Интерес друштва и појединца је да сви грађани РС буду обухваћени обавезним здравственим осигурањем, што им ЗЗО у најширем смислу омогућава, чиме се обезбјеђује економска доступност здравствене заштите. Кад су у питању страни држављани или лица без држављанства, они имају право на здравствену заштиту у

[561] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 272.

[562] Потрошња у здравству, као проценат бруто националног дохотка који се односи на здравствени сектор, углавном зависи од економског статуса државе и она у региону варира од 3,1 до 10,7 %. У неким земљама региона, апсолутни ниво јавне потрошње за здравство једноставно је недовољан за оно што се зове разумна потреба становништва. Сувише је често да су мјере чији је циљ ограничавање трошкова усмјерене на пацијенте и кориснике здравственог система, а не на здравствене институције и даваоце здравствених услуга, види: Смајкић Ариф (ур.), *Здравље 21: оквир политике Здравље за све за Европску регију Свјетске здравствене организације (СЗО)*, Свјетска здравствена организација, Завод за здравствену заштиту БиХ, Сарајево 2000, стр. 131, у даљем тексту Здравље 21.

[563] Ова листа лица која не подлијежу личном учешћу у трошковима коришћења здравствене заштите је значајно проширена општим актом ФЗО РС, уз претходну сагласност МЗСЗ РС, што значајно ублажава неједнакост грађана и повећава економску доступност здравствене заштите.

складу са одредбама закона, међународних споразума и других прописа који регулишу ову област. У чл. 2. ЗЗЗ је прописано да су услуге здравствене заштите квалитетне, безбједне, ефикасне, ефективне, засноване на научним доказима и у складу са начелима професионалне етике, чиме се обезбјеђује доступност здравствене заштите. Сертификација и акредитација здравствених установа потврђује или оспорава квалитет услуга здравствене заштите, као и други индикатори квалитета. Појединац који болује од неке ријетке болести има исто право на потребан третман и лијекове као неко ко болује од неке чешће болести [564].

6.7. Право на информације и обавијештеност

Право пацијента на информације и обавијештеност о његовом здравственом стању и поступку лијечења је једно од основних пацијентових права регулисано законом, а предвиђено међународним конвенцијама и декларацијама. Као пацијенти, људи имају право да буду информисани о могућностима које им се пружају у погледу њиховог изљечења, да начине сопствени избор оних особа које ће их лијечити, као и да заштите своју приватност. Захваљујући многим професионално спроведеним истраживањима, здравствене установе добиле су прилику да се увјере да информисани пацијенти показују бољи исход у изљечењу и краће остају хоспитализовани[565]. Информисаност пацијента је важан услов за успостављање повјерења између љекара и пацијента и за доношењу одлука о властитом здравственом стању. Сваки грађанин има право на тачно информисање и поуку о свим питањима које се тичу његовог здравља. Право на обавијештеност представља саставни дио лијечења и јача улогу пацијента у поступку лијечења, који тако престаје бити објекат лијечења и постаје свјесни и одговорни субјект. Пацијент није више само објекат лијечења, него је истовремено и (уговорни) партнер у комуникацији љекар – пацијент[566].

У правној литератури користе се два појма, *право на информације* и *право на обавијештеност*. Пошто нису синоними, потребно их је појмовно дефинисати, утврдити разлике и прописати садржину које су то врсте информација или обавјештења значајне за остваривање права пацијената[567]. Повеља о правима пацијената у БиХ, описно дефинише *право на информације* (чл. 4): Сваки појединац има право на све врсте информација које су у вези са његовим здрављем, здравственим услугама и начином њиховог кориштења, као и на информације о научним истраживањима и технолошким

[564]Ово право није у потпуности обезбијеђено, јер не постоје адекватни епидемиолошки подаци о ријетким болестима, не постоји јединствени систем за регистрацију ријетких болести, ни листа обољелих лица од ријетких болести. Веома ограничене терапијске могућности условљавају да се главно усмјерење у третману ријетких болести односи на рано откривање, поуздану дијагностику, превенцију посљедица код обољелих и превенцију рађања дјеце са ријетком болешћу. *Програм за ријетке болест у Републици Српској 2015 -2020*, Бања Лука, 2014, стр. 9-12.

[565] Драшкић М., *op.cit.,* стр. 254.

[566] Bošković Zvonimir, „Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik“, *Informator*, Zagreb, br. 5046-5047, 2002, str. 2 i 17.

[567] Информација је сваки материјал којим се преносе чињенице, мишљења, подаци или било који други садржај укључујући сваку копију или њен дио без обзира на облик или карактеристике, као и на то како је сачињена и како је класификована. ЗПИ РС чл. 3.

иновацијама. Здравствене услуге, пружаоци услуга и професионалци морају обезбиједити информације скројене према пацијенту, нарочито узимајући у обзир религиозне, етничке или језичке карактеристике пацијента. Здравствене установе имају обавезу да све информације учине приступачним, уклањајући бирократске препреке, образујући пружаоце здравствених услуга, те припремајући и дистрибуишући информативни материјал. Пацијент има право на директан приступ у његову/њену клиничку и медицинску документацију (историја болести, протоколи, здравствени картони), може их фотокопирати, постављати питања о њиховом садржају и обезбиједити исправке било каквих грешака које се можда у њима налазе. Болнички пацијент има право на континуирану и исцрпну информацију. Појединац има право на директан приступ информацијама о научном истраживању, фармацеутској бризи и технолошким иновацијама.

За разлику од информације, обавјештење је избор једне од мноштва расположивих порука, избор који смањује неизвјесност, а консолидована обавјештења су текстови или поруке структуриране из фонда јавног знања, које треба да утичу на приватно знање и одлуке појединца који иначе можда не би могли доћи до тог знања или га ефикасно и корисно употријебити у онаквом облику у којем се оно налази у великом мноштву докумената или у изворном облику или кратко изложен приказ информација у новом облику или структури, уз укључивања елемената интерпретације и вредновања. У том смислу, комуникација (дијељење знања међу људима) је процес којим се обавјештења путем заједничког система симбола преносе међу члановима популације.[568] Обавјештење пацијента може бити ради пацијентове сигурности и обавјештење као претпоставка за одређену медицинску интервенцију. Обавјештење ради сигурности подразумијева све оно што љекар треба да каже пацијенту да би га навео на понашање у интересу властитог здравља и представља саставни дио лијечења тј. медицинску заштиту од опасности наношења штете по пацијентово здравље, па се зато назива и *терапеутско обавјештење*[569]. Обавјештење као претпоставка за одређену медицинску информацију значи да пуноважан пристанак може дати само лице које разумије само оно са чиме се саглашава. Обавјештење пацијента обухвата све чињенице које су битне за његову одлуку о пристанку на медицинску интервенцију и то: дијагноза и прогноза болести; кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мјере, вријеме њеног трајања и могуће посљедице, ако се она предузме односно не предузме; врста и вјероватноћа могућих ризика, болне и друге споредне или трајне посљедице; могуће замјене за препоручене поступке; алтернативни методи лијечења; могуће промјене пацијентовог стања послије предузимања предложене медицинске мјере, као и могуће нужне промјене у начину живота пацијента; дејство лијекова и могуће нежељене посљедице тог дејства. Љекар је дужан да у медицинску документацију унесе податак да је пацијенту дао

[568] Šaračević Tefko, Wood Judith, *Consolidation of Information. A Handbook of Evaluation, Restructuring and Repacking of Scientific and Tehnical Information,* United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, Paris, 1981, стр. 18.

[569] Најчешће су то упутство шта болесник треба а шта не треба да чини за вријеме медицинског третмана; указивање на контраиндикације и споредна дејства лијека; упознавања болесника са болешћу да би се приволио на умјеренији живот и дијету; упозорење на продужено дјеловање локалне анестезије које возача моторног возила чини привремено неспособним за управљање, види: Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 100.

одговарајуће обавјештење о даљем пружању здравствене заштите, препорученом начину живота, правима из здравственог осигурања и поступцима за остваривање тих права. Обим обавјештења спада у једно од најтежих питања која се у пракси свакодневно постављају, али је акцент дат на обавјештење о ризицима. Обим обавјештења је по својој природи медицинско, етичко и правно питање, о чему се споре љекари и правници. Констатација већине аутора је да о обиму информација не постоји неко генерално правило које би важило за све ситуације. Није потребно обавјештење о свим ризицима који се могу замислити. Довољно је обавјештење „у главним цртама“ и предочавање „опште слике конкретног ризика“. О ризицима који су карактеристични за одређени захват (типични ризици), пацијента треба обавијестити независно од њихове учесталости, док обавјештења о осталим ризицима (атипични ризици) треба да зависе од њихове учесталости. Преовладава мишљење да пацијента не треба обавјештавати о општепознатим ризицима (инфекција ране, ожиљци и слично), него о ризицима који су неизбјежни. Обим обавјештавања зависи и од хитности и неизбјежности захвата. Уколико је захват хитно потребан (угрожен живот), захтјеви за обавјештавања о ризицима су мањи и обратно. Кад се ради о естетским операцијама које немају терапијску вриједност, обавјештавање о ризицима треба, у принципу, да буде опширније, да обухвата и ријетке компликације. Мјера обавјештења које треба дати пацијенту јесте правно питање, које није препуштено слободној оцјени љекара, него о њему, у случају спора, одлучује суд. При томе се води рачуна о објективним критеријумима, али и о очекивањима конкретног пацијента. Право на информисање и на обавијештеност подразумијева право пацијента да надлежни здравствени радници или здравствени сарадници с њим разговарају или на други начин комуницирају, на језику и на начин који разумије. Тиме се превладава досадашњи патерналистички однос према пацијенту и гарантује право пацијента на одлучивање, пристанак на медицинску интервенцију. Здравствени радник или здравствени сарадник и пацијент постају партнери с циљем заједничког посла, позитивног резултата његовог лијечења, а добром комуникацијом међу њима се гради повјерење.

У Закону о правима пацијената Републике Србије *право на информације* је регулисано у оквиру два одвојена права, „право на информације“ и „право на обавјештење“. Пацијент има право да информације добије благовремено и на начин који је у његовом најбољем интересу. *Право на информације* значи да пацијент има право на све врсте информација о стању свога здравља, здравственој служби и начину како је користи и на све информације које су на основу научних истраживања и технолошких иновација доступне (чл. 7). Пацијент има право на информације о правима из здравственог осигурања и поступцима за остваривање тих права, на информацију о имену и презимену и професионалном статусу здравствених радника, односно здравствених сарадника који учествују у предузимању медицинских мјера и поступку његовог лијечења уопште. *Право на обавјештење* значи да пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавјештење, које му је потребно да би донио одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску мјеру (чл. 11). Обавјештење је надлежни здравствени радник дужан дати пацијенту и без тражења, усмено и на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и

емоционалном стању. Ако надлежни здравствени радник процијени да пацијент не разумије дато обавјештење, оно се може дати члану пацијентове уже породице. Ако пацијент не познаје језик који је у службеној употреби на територији здравствене установе, мора му се обезбиједити преводилац, а ако је пацијент глувонијем, мора му се обезбиједити тумач. Пацијент се може одрећи права на обавјештење, осим обавјештења о томе да је предложена медицинска мјера потребна и да није без знатног ризика, односно да је ризично њено непредузимање. Надлежни здравствени радник може, изузетно, прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске мјере и њене ризике или обавјештење о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће обавјештењем знатно нашкодити здрављу пацијента. У том случају, обавјештење се мора дати члану уже породице пацијента. У поступку остваривања здравствене заштите, дијете које је способно за расуђивање, без обзира на године живота, има право на повјерљиво савјетовање и без пристанка родитеља, када је то у најбољем интересу дјетета. Пацијент, односно законски заступник, има право на обавјештење и увид у трошкове лијечења пацијента. Надлежни здравствени радник у медицинску документацију уноси податак да је пацијенту, члану уже породице, односно законском заступнику, дао обавјештење о подацима његовог здравственог стања.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право на информације* је регулисано као „право на информисање и обавјештавање“ (чл. 7 – 13). Пацијент има право на благовремен приступ свим врстама информација о његовом здравственом стању и болести, начину пружања здравствених услуга и њиховог коришћења, као и на све информације које су, на основу научних испитивања и истраживања, познате и доступне. Здравствена установа је дужна да пацијенту пружи информацију о садржају медицинске документације. Пацијент има право на информацију о мрежи здравствених установа и врстама здравствених услуга које се у њима остварују. Пацијент има право да буде упознат са именом и презименом здравственог радника који му пружа здравствену услугу и његовим стручним звањем. Здравствени радници су дужни да носе идентификациону картицу. Идентификационе картице се издају у складу са статутом здравствене установе. Здравствена установа је дужна да утврди вријеме (термине) и учини их доступним пацијенту и члановима његове породице за разговор са доктором који му пружа здравствену услугу. Пацијент има право да од здравственог радника благовремено добије обавјештење које му је потребно да би донио одлуку о прихватању или одбијању предложене медицинске интервенције. Обавјештење даје здравствени радник високе стручне спреме који пацијенту пружа одређену врсту здравствене услуге иако то пацијент не захтијева, усмено на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Уколико пацијент не познаје службени језик или је глувонијем, здравствена установа је дужна да му обезбиједи преводиоца, односно тумача. Надлежни здравствени радник у медицинску документацију уноси податак да је пацијенту, односно члану породице дао обавјештење. Пацијент се може одрећи права на обавјештење, осим ако је предложена медицинска интервенција неопходна, односно да је ризично њено непредузимање, као и у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Изузетно, надлежни здравствени радник може прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске

интервенције и њене ризике или обавјештење ограничити, ако постоји озбиљна опасност да ће се обавјештењем знатно нашкодити здрављу пацијента. У претходно наведеном случају, обавјештење се може дати члану породице пацијента. Током пружања здравствене заштите, након сваког прегледа и медицинске интервенције, пацијент има право да буде обавијештен о резултатима прегледа или медицинске интервенције, као и о разлозима за евентуалну различитост тих резултата од очекиваних.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске *право на информације* је регулисано као „право на обавијештеност“ (у чл. 8 – 13). Пацијент има право да добије обавијештења на начин који му је разумљив, с обзиром на доб, образовање и менталне способности. Пацијенти с инвалидитетом имају право да добију обавијештења у њима приступачном облику. Обавијештења на усмени захтјев пацијента обавезан је да да здравствени радник високе стручне спреме који пацијенту директно пружа одређени облик здравствене услуге. Пацијент има увијек право да тражи друго стручно мишљење о свом здравственом стању. Друго стручно мишљење, пацијенту је, на усмени или писани захтјев, обавезан да да сваки здравствени радник високе стручне спреме и одговарајуће специјализације, који није учествовао у директном пружању одређеног облика здравствене услуге пацијенту. Током пружања здравствене услуге, након сваког прегледа и захвата, пацијент има право на обавијештеност о успјеху, односно, неуспјеху и резултату прегледа или захвата, као и о разлозима за евентуалну различитост тих резултата од очекиваних. Пацијент има право да буде упознат с именима и специјализацијом особа које му директно пружају здравствену заштиту. Право на обавијештеност има и пацијент с умањеном способношћу расуђивања, у складу с добом, односно с физичким, менталним и психичким стањем. *Одбијање пријета обавјештења* – Пацијент има право да писаном и потписаном изјавом одбије да прими обавјештење о природи свог здравственог стања и очекиваном исходу предложених и/или предузетих медицинских поступака и мјера. Пацијент с пуном пословном способношћу не може се одрећи права на обавијештеност у случајевима у којима мора бити свјестан природе своје болести, како не би угрозио здравље других. Пацијент с пуном пословном способношћу има право да у писаном облику или на било који други вјеродостојан начин одреди особу која ће умјесто њега бити обавијештена. Пацијент има право да буде обавијештен, чак и у случајевима кад његов пристанак није услов започињања терапије (у хитним случајевима).

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, право на информације је такође регулисано у оквиру два права: право на информације и право на обавјештавање и учествовање у поступку лијечења. Право на информације значи да сваки пацијент има право на све врсте информација о свом здрављу, својим правима и обавезама и начину како их користи. Сваки пацијент има право и на информације о здравственим услугама које му се могу обезбиједити у здравственој установи односно приватној пракси. Информације могу бити саопштене пацијенту усмено или писано, на разумљивом језику за пацијента, а ако је у питању страни држављанин, по правилу, на његовом матерњем језику или уз присуство овлаштеног преводиоца, односно тумача знаковног језика, ако је у питању пацијент са онеспособљењем. Ако су информације саопштене пацијенту писано, оне морају бити читко и јасно написане. Разумљиви

рјечник подразумијева давање информација које су прилагођене образовном нивоу, физичком, психичком и емоционалном стању лица којем се даје савјет, односно информација. Информације које су здравствене установе и здравствени радници дужни да осигурају пацијентима обухватају опште информације које се односе на здравствену установу, посебне и појединачне личне информације. Опште информације су садржане у Водичу за пацијенте о здравственој установи и кућном реду, који садржи све контакт телефоне, законска права и обавезе пацијената, те друге информације утврђене општим актом здравствене установе. Посебне информације се односе на: остваривање права на приговор пацијента у вези са поступањем здравствених радника и здравствених сарадника, у односу на безбједност и квалитет здравствене услуге, поступак и рокове за изражавање овог приговора; анкетирање пацијената у вези с њиховим задовољством здравственим услугама и о другим мјерама у оквиру система побољшања квалитета у здравственој установи; провођење наставе и медицинских истраживања и опцијама да се прихвати или одбије учешће у настави и медицинским истраживањима. Појединачне личне информације се односе: на податке о имену и презимену, стручном називу, научном звању ако га посједују, здравствених радника и здравствених сарадника који учествују у лијечењу пацијента и које морају бити видно истакнуте у ординацији, амбуланти или на другом мјесту, гдје се пружа здравствена услуга, као и на видном мјесту на њиховој радној одјећи; на право да му се здравствени радник и здравствени сарадник лично представе прије отпочињања поступка лијечења: организацијске аспекте његовог лијечења, начин заказивања прегледа, дијагностичких и терапијских процедура и јасно објашњење у случају одгађања или одустајања од медицинске мјере; на разлоге за замјену здравственог радника и/или здравственог сарадника у поступку лијечења; на разлоге за премјештај пацијента у другу организациону јединицу установе или у другу здравствену установу; на листе чекања за одређене врсте здравствених услуга, начин њиховог формирања, вријеме чекања, укључујући и право пацијента на обавијештеност да је стављен на листу чекања; на промоцију здравља и превенцију болести; на права из здравственог осигурања и поступке за остваривање тих права. У информације укључује се и садржај обавјештења.

6.7.1. Право на обавјештење и на учествовање у поступку лијечења

Ради осигурања права на самостално одлучивање о лијечењу и права на учествовање у поступку лијечења, пацијент има право да од љекара који је одговоран за његово лијечење благовремено добије обавјештења која су му потребна да би донио информисану одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску мјеру. Обавјештавање пацијента треба да је довољно обухватно, тачно и благовремено. Обухватност обавјештавања цијени се у сваком посебном случају према могућности да пацијент надлежном здравственом раднику може постављати питања након или у току обавјештавања и на њих добијати њему разумљиве одговоре. Тачност обавјештавања заснива се на познатим медицинским и другим чињеницама током прегледа и лијечења пацијента. Благовременост обавјештења дефинише се као обавјештавање пацијента о клиничким налазима и предложеним медицинским мјерама, остављајући пацијенту најмање 24 часа од давања обавјештења да може размислити о својој одлуци, изузев у хитним случајевима. Обавјештење пацијенту даје надлежни здравствени радник на

разумљивом рјечнику за пацијента. Ако је пацијент пословно неспособно лице односно лице са душевним сметњама у смислу прописа о заштити лица са душевним сметњама, обавјештење се даје у складу са његовим добом, односно физичким, менталним и психичким стањем. Ако пацијент не познаје језик који је у службеној употреби на подручју здравствене установе, односно приватне праксе, по правилу, осигурава се преводилац у складу са прописима о службеној употреби језика и писма, а ако се ради о пацијенту са онеспособљењем, којем се не може дати усмена информација на уобичајени начин, по правилу, се осигурава тумач знаковног језика или ако је неопходна писана информација, она се даје на писму разумљивом за то лице. Пацијент са инвалидитетом има право да добије обавјештења у њему приступачном облику, прилагођена његовом образовном нивоу, физичком, као и емоционалном стању.

Одбијање пријема обавјештења – Обавјештење је надлежни здравствени радник дужан дати и без пацијентовог тражења, након упознавања пацијента с његовим правом на одбијање примања обавјештења. Ако је пацијент дао пристанак, надлежни здравствени радник може обавјештења о његовом здравственом стању дати и пунољетном члану уже породице пацијента којег одреди пацијент односно његовом законском заступнику или старатељу. Изузетно, пацијенту се могу прећутати подаци о његовом здравственом стању, ако надлежни здравствени радник оцијени да би, с обзиром на околности, такво обавјештење проузроковало озбиљну штету по здравље пацијента. У медицинску документацију надлежни здравствени радник уноси податак да је пацијенту, односно члану породице, дао обавјештење о подацима или разлоге за прећуткивање обавјештења. Пацијент који је способан за расуђивање има право писаном и потписаном изјавом одбити пријем обавјештења о природи свога здравственог стања и очекиваном исходу предложених и/или предузетих медицинских поступака и мјера. Ова изјава остаје похрањена у медицинској документацији пацијента.

Пацијент који је способан за расуђивање не може се одрећи права на обавијештеност, у случајевима у којима мора бити свјестан природе своје болести, уколико би његова необавијештеност угрозила живот и здравље других људи. Пацијент има право у писаном облику или на било који други вјеродостојан начин да одреди лице које ће умјесто њега бити обавијештено. У случају када пацијент није одредио лице, надлежни здравствени радник може о здравственом стању да обавијести пацијента или пунољетног члана уже породице који живи са пацијентом у заједничком домаћинству, ако је саопштавање података о здравственом стању пацијента члану породице неопходно ради избјегавања њиховог здравственог ризика. Пацијент, односно лице које пацијент одреди или члан уже породице пацијента има право бити обавијештен, чак и у случајевима кад пацијентов пристанак није услов започињања терапије (у хитним случајевима).

У Закону о здравственој заштити Републике Српске регулисано је право на информације (чл. 22). Пацијент има право на информацију у вези са својим здрављем. Пацијент има право да од надлежног доктора који га лијечи добије информацију која му је потребна да би донио одлуку у вези са предложеним медицинским третманом. Информација обухвата: дијагнозу и прогнозу болести, кратак опис, циљ и корист од предложеног медицинског третмана, вријеме трајања и могуће посљедице предузимања, односно непредузимања предложеног медицинског третмана; врсту и вјероватноћу могућих

ризика, болне и друге споредне или трајне посљедице, друге методе лијечења; могуће промјене пацијентовог стања послије предузимања предложеног медицинског третмана, као и могуће нужне промјене у начину живота пацијента; дејство лијекова и могуће нежељене посљедице тог дејства.

Информацију надлежни доктор је обавезан дати пацијенту и без његовог тражења. Информацију даје надлежни доктор усмено и на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Ако пацијент не познаје језик који је у службеној употреби у Републици, здравствена установа му може обезбиједити преводиоца у складу са прописима о службеној употреби језика и писма, а ако је пацијент глувонијем, може му се обезбиједити тумач. Пацијент се може одрећи свог права на информацију, осим информације да је предложени медицински третман потребан и да није без знатног ризика, односно да је ризично непредузимање медицинског третмана. Изузетно, надлежни доктор ће прећутати дијагнозу, ток предложеног медицинског третмана и његове ризике или информацију о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће информисањем знатно нашкодити здрављу пацијента, а у том случају информација се мора дати члану породице пацијента. У медицинску документацију надлежни доктор уноси податак да је пацијенту, односно члану породице дао информацију о наведеним подацима. Пацијент има право увида у трошкове лијечења. Пацијент има право на информисање о резултатима научних истраживања и технолошких иновација.

У ЗЗЗ РС користи се само појам *информација*. Право пацијента на информације у вези са својом здрављем и информација као претпоставка за доношење одлуке у вези са предложеним медицинским третманом садржана је у истом закону (чл. 22). У овом Закону није направљена разлика између појмова *информација* и *обавјештење*. С тим у вези *право на информације* и *право на обавијештеност* подразумијевају све оне информације и обавјештења која су потребна пацијенту као активном учеснику у свом лијечењу и приликом доношења одлуке о (не)прихваћању предложене медицинске интервенције. Упоредни преглед права на информације из ЗЗЗ РС и Повеље о правима пацијената у БиХ говори да постоји велика усаглашеност између ових докумената, али исто тако треба нагласити да је у Закону потребно прецизно и јасно дефинисати садржај права на информације и садржај права на обавјештење, те навести надлежну особу и вријеме за давање информација, односно обавјештења. Иако то ЗЗЗ изричито не предвиђа, информација би требало да буде јасна, недвосмислена и кратка, уз минималну употребу стручних израза. У Кодексу медицинске етике и деонтологије[570] (у поглављу Дужност према болеснику – тачка 7) љекар се обавезује да ће на прикладан начин обавијестити болесника о дијагностичким поступцима и претрагама, њиховом ризицима и опасностима, те резултатима, као и свим могућностима лијечења и њиховим изгледима на успјех, те му примјерено пружити потребна обавјештења да би болесник могао донијети исправне одлуке о дијагностичком поступку и предложеном лијечењу. У случају малољетних особа или оних које не могу доносити одлуке о себи, љекар ће се обратити болесниковим родитељима или правним заступницима, односно, ако то није

[570]Види: *Кодекс медицинске етике и деонтологије*, донесен на Скупштини Коморе доктора медицине Републике Српске, одржаној 6. јуна 2003. године.

могуће, одговорност ће подијелити савјетујући се са другим љекарима. Овај примјер само показује како етичка и деонтолошка правила могу попунити законске празнине.

У ЗЗЗ РС није регулисано питање обима информације, него се она подразумијевала у оквиру пристанка на медицински третман, уз уважавање одредбе да информацију даје надлежни љекар усмено на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Полазећи од обима информација, односно обавјештења, које треба дати пацијенту или његовом законском заступнику, неопходно је законом прецизирати које врсте информација или обавјештења се дају усмено, а које писмено, те које даје надлежни доктор, а које други здравствени радници или здравствени сарадници. Давалац је дужан да у медицинску документацију унесе примаоца, врсту информације и обавјештења, вријеме давања, уз њихов потпис.[571] Пацијент и његов законски заступник не смију бити доведени у ситуацију да пристанак или одлуку о лијечењу доноси на брзину. Пацијенту треба оставити довољно времена да на миру размотри разлоге за и против медицинске интервенције, евентуалне ризике и друго, да би о томе слободно одлучио.[572] Ако више љекара различитих специјалности учествује у лијечењу пацијента (оператор и анестезиолог), сваки од њих је дужан да обавијести пацијента о поступцима и ризицима лијечења који настају њиховом радом. Да би љекари имали доказ о датим обавјештењима, пацијент прије предузимања медицинског захвата треба да потпише унапријед срочену изјаву да је обавијештен о захватима и ризицима, те на то даје свој пристанак[573]. Законом треба прописати да одређене информације о медицинском третману пацијента могу дати, осим доктора, други здравствени радници или здравствени сарадници[574]. У пракси је често случај да се обавјештење и изјава пацијента дају у писаном облику, на прописаном обрасцу, који пацијент треба прочитати и потписати. У медицинскоправној теорији постоји мишљење да овакав начин обавјештавања и пристанка пацијента није најпоузданије доказно средство, јер не пружа могућност индивидуализације обавјештења, имплицира да га пацијент није прочитао или довољно разумио, а потписани образац може бити индиција да прије тога уопште није вођен разговор о медицинском третману, могућим посљедицама и ризицима[575]. С циљем остваривања права пацијента на информације и обавијештеност, здравствене установе би требало да обезбиједе писане брошуре о најчешћим болестима, оперативним захватима и дијагностичким процедурама, као и о правима пацијената, те одреде вријеме у којем пацијент мора да добије информацију, као

[571] Да би предложено рјешење било примјенљиво, неопходно је обавезати здравствене установе да општим актима пропишу вријеме за давање информација/обавјештења за здравствене раднике и здравствене сараднике, те планирати средства за едукације из области комуникације, информисања и обавјештавања пацијента.

[572] Доношење одлуке пацијента на операционом столу или пред припрему за операцију, не би била слобода одлучивања. Пракса је показала исправним да се обавјештење о оперативном захвату мора дати пацијенту најмање 24 часа прије предузимања захвата, осим у хитним случајевима. Код амбулантних оперативних захвата, обавјештење о интервенцији и ризицима може се дати на дан пружања услуге.
Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 103.

[573] Bošković Zvonimir, „Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje“, *Informator*, Zagreb, br. 5343, 2005, str. 18.

[574] Начин заказивања прегледа, информације о листи чекања и начину формирања листе, информације о промоцији здравља и превенцији болести, опште информације које се односе на здравствену установу.

[575] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 332.

и да наведу имена здравствених радника или здравствених сарадника који су му дужни дати информацију и начин на који пацијент може с њима ступити у контакт[576].

Обавјештење пацијента је основ за доношење његове одлуке о (не)пристајању на медицински третман. Концепт *информисаног пристанка* (*informed consent*) врло је једноставан и своди се на то да љекар не може лијечити пацијента док га тачно не информише и дâ му поуку о свим питањима која се тичу његовог здравља и третмана који предлаже, као и алтернативних третмана, те док пацијент не одлучи који третман жели да се на њему примијени, односно жели ли уопште примјену било каквог третмана. Синтагма *informed consent* најчешће се преводи као *информисана сагласност*, *информисани пристанак*, *свјесни пристанак* или *информисани избор*, а представља дату сагласност пацијента на неку информацију и то ако је тој сагласности претходила информисаност пацијента о тој интервенцији, ако је он добијену информацију правилно схватио и на основу тога добровољно дао сагласност. Другим ријечима, *informed consent* јесте давање информација пацијенту, како о ономе што би требало учинити, тако и о могућим посљедицама[577]. Информисани пристанак једно је од основних права пацијената, које у себи садржи више овлашћења. Тако, пацијент, на основу информисаног пристанка, има право да буде упућен и информисан о карактеру и озбиљности своје болести, ризицима и озбиљности предложеног типа лијечења или медицинског захвата, алтернативним и евентуално експерименталним начинима борбе против одређене болести. Практично, то значи да пацијент, на основу права на информисани пристанак, остварује своја и друга права, као што је право на саодлучивање и право на обавијештеност[578]. Теоријски основ права пацијента на информисани пристанак садржан је у уставним одредбама које се тичу права сваког људског бића на живот, неповредивост људске слободе и личности, те забране подвргавања, без његове воље, било каквом облику љекарског или научног истраживања. Уставне одредбе, као и одредбе грађанског права, јамче и штите право сваке особе на тјелесни интегритет, као и право на постојање[579].

Учење о *асиметрично распоређеним кључним информацијама*[580] од суштинског је значаја за разумијевање проблема у здравственом систему. Они које овај систем повезује – пацијент, љекари, осигуравајуће компаније, фондови здравственог осигурања, министарство здравља, произвођачи и дистрибутери лијекова – условљавају међусобне односе располажући често при том са неједнаком количином информација. Несразмјера је често знатна. Појављују се они, који су, што се информације тиче, у супериорном и

---

[576] Насић Мирјана, „Како од закона до праксе“, *Пацијент данас*, 2004, бр. 11-12, стр. 4., према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 334.

[577] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр 333.

[578] Proso Maja, „Neka pravna pitanja informiranog pristanka u Hrvatskoj legislativi i praksi“, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 2/2006, str. 103.

[579] У том смислу је у ЗЗЗ РС (чл. 28. тачка 4) прописано је да пацијент, брачни друг, родитељ, законски заступник или старалац, даје пристанак у писаном облику, након што је информисан о смислу, циљу, поступцима, очекиваним резултатима, ризицима и о нежељеним посљедицама огледа.

[580]Теорија о асиметричним информацијама у економији новијег је датума и везује са за Агерфлофов пионирски рад, објављен 1970. године. За развој ове теорије 2001. године додијељена је Нобелова награда за економију америчким професорима Џорџу Агерлофу, Џозеф Штиглицу и Мајклу Спенсу. Ова теорија као своје огледно подручје користи област здравствене заштите, види званичну web презентацију: http://anablasko.blogspot.ba/2012/05/asimetricne-informacije.html, (29.5.2016).

они који су у инфериорном положају. За овај рад значајна је информациона асиметрија између пацијента и љекара. Типична информациона инфериорност пацијента у односу на љекара и фармацеута огледа се у томе да за здравствене услуге пацијент углавном добија информације од љекара или фармацеута. Кад се особа разболи, она се окреће љекару. Информације о стању у којем се налази, она добија од љекара као и информације о могућностима лијечења, могућим исходима, дијагностичким процедурама, дијагнози и прогнози тока болести и др. Сазнање о дијагнози побољшава пацијентову информисаност, али он не располаже са другим информацијама које су битне, а тичу се ефикасности терапије и шансама за изљечење. Пацијент не треба да добије од љекара неку информацију која је у складу са новим сазнањима у медицини, јер такву информацију пацијент често не разумије у цјелини, па остаје неинформисан. Такође, информације с временом застаријевају, па пацијент није сигуран ни у знање које је већ стекао, а није ни у стању да оцјењује вриједност информација до којих је дошао раније. Шансе пацијента да се информише на задовољавајући начин су скромне, али их и даље не треба занемарити. Осим тога, различите су могућности појединих пацијената да разумију информације које им се нуде[581].

6.7.2. Друго стручно мишљење

У неким земљама је *друго стручно мишљење* регулисано у оквиру права пацијената. Друго стручно мишљење пацијенту је, на усмени или писани захтјев, обавезан дати сваки здравствени радник високе стручне спреме и одговарајуће специјализације који није учествовао у директном пружању одређеног облика здравствене услуге пацијенту[582]. Израз *друго мишљење* (*second opinion*) у медицинској терминологији представља одређени налаз на основу извршеног медицинског прегледа и увида у здравствени статус пацијента који је обавио други љекар, по правилу специјалиста или супспецијалиста, а који није учествовао у претходним медицинским прегледима и поступцима. Друго стручно мишљење може да се формира на основу поновљеног прегледа, допунских анализа или на основу медицинске документације. Друго стручно мишљење могу да затраже и сами љекари кад нису у потпуности сигурни у своју дијагнозу или кад немају довољно искуства у пружање конкретне здравствене услуге, кад озбиљност болести забрињава љекара који није сигуран како треба наставити лијечење, када се ради о тзв. *граничном случају*, а љекар има ограничена искуства са одређеном болешћу или је ријеч о ријеткој болести. У том случају не ради се о праву пацијента, већ о дужности љекара да провјери сопствену дијагнозу или терапију. У тешким компликованим случајевима, ординирајући љекар је дужан да, без обзира на његово радно мјесто и стручну оспособљеност, одлучује конзилијарно. Друго допунско стручно мишљење могу да затраже и сами љекари у оним ситуацијама када су они пацијенти. У одређеним ситуацијама ординирајући љекар може предложити неколико опција медицинског третмана. У том случају, друго мишљење може да помогне у избору метода лијечења на који ће пацијент дати сагласност. Друго мишљење се често тражи и због неповјерења у здравствену установу или конкретног љекара. Потреба за прибављање другог мишљења настаје и као посљедица развоја савремене медицине, која захваљујући развоју струке за

[581] Шолак З., (2010) *op.cit.*, стр. 82-83.
[582] Bošković Z., (2005a) *op.cit.,* стр. 91.

исте болести нуди различите опције лијечења или различиту медикаментозну терапију[583]. Друго мишљење најчешће траже људи који имају већи степен образовања и који су боље обавијештени о достигнућима у дијагностичким процедурама или лијечењу[584]. Прецизним регулисањем овог права пацијента треба избјећи комерцијализацију. Многе пропагандне поруке у масмедијима, а у чему предњачи интернет, постале су сервис који нуди приватне клинике или посебна предузећа, која без прегледа и искључиво на основу медицинске документације дају друго мишљење онима који су спремни да такву услугу добију и плате.

Друго мишљење може смањити број случајева и посљедице стручне грешке или погрешне одлуке у поплави медицинских натписа о љекарским грешкама и побољшати квалитет здравствене заштите. Право на друго мишљење постало је важна тема којом се баве љекари и правници, јер је глобално промијењен однос према пацијентима, који више нису објекти који се лијече, какву су улогу имали у ранијој медицинској пракси, већ лица која у систему здравствене заштите имају одређена права и дужности[585].

У Србији, Хрватској и Црној Гори, ово право пацијента (право на друго мишљење) изричито је регулисано законом. У Србији ово право регулисано је Законом о правима пацијената у чл. 13. У Хрватској је ова правна норма садржана у чл. 10. Закона о заштити права пацијената, а у Црној Гори у чл. 25. Закона о правима пацијената.

У Хрватској, пацијент који остварује своје право на друго мишљење у државној установи, то чини на основу упутства које добија од ординирајућег љекара и о трошку завода за здравствену заштиту, а уколико треба да га добије у приватној ординацији, он је дужан да то сам плати. Могућност да се ово право оствари омогућава се и у оквиру добровољног или допунског здравственог осигурања. Љекари су дужни поштовати право пацијента на тзв. друго мишљење, што значи да не би смјели спречавати пацијента да се у погледу "исте ствари" (болести) обрати и затражи мишљење неког другог љекара. Што више, љекар би пацијенту требало да помогне, односно да му олакша комуникацију с другим љекаром[586].

У Кодексу медицинске етике и деонтологије у Републици Српској не говори се непосредно о другом мишљењу. Професионална етика обавезује љекара, а ако потребе лијечења болесника прелазе љекарове могућности, знање или вјештине, он ће се побринути да болесника преда на лијечење другом љекару, који такве услове може остварити. Ако сам болесник исто затражи, предаће га на лијечење другом љекару. Уколико љекар процијени да су му у бризи за болесника потребни стручни савјети других љекара, предложиће сазивање љекарског конзилија[587]. Кодекс професионалне етике Љекарске коморе Србије (у чл. 42) изричито предвиђа да се ординирајући љекар

[583] Стојановић Ивана, „Право пацијента на друго мишљење", *Правни живот*, бр. 9/2012, стр. 481-486.
[584] Према информацијама из медија, најчешће се провјерава дијагноза када су у питању онколошки и кардиолошки проблеми.
[585] Ibidem, стр. 482.
[586] Мујовић-Зорнић Хајрија, Сјеничић Марта, "Кодекс лекарске етике као израз сталешке саморегулативе у медицини", *Правни информатор*, 6/2003, стр. 3.
[587]Види: *Кодекс медицинске етике и деонтологије*, донесен на Скупштини Коморе доктора медицине Републике Српске одржаној 6. јуна 2003. године.

неће противити жељи пацијента да се обрати другом љекару с молбом да му он каже своје мишљење о стању пацијентовог здравља и начину лијечења.

Пацијенту треба дати право на друго мишљење о свом здравственом стању, медицинском налазу, предложеној дијагностичкој процедури или о терапији. Ово право произлази из права пацијента на информације у вези са својим здрављем, осим када се ради о хитним стањима. Законом треба прописати право на друго мишљење и прецизирати шта је предмет другог мишљења, ко га тражи и поступак за остваривање овог права. Право на друго мишљење је добробит за пацијента, а у интересу је љекара, здравствених установа и система здравствене заштите у цјелини.

6.8. Право на слободан избор и заштита пацијената

Добра комуникација гради повјерење, а квалитетне информације и обавјештење пацијента од стране здравствених радника или здравствених сарадника су предуслов за реализацију права пацијента на слободан избор. Право пацијента на слободан избор је саставни дио слободе као права личности гдје у оквиру грађанског права егзистира као његов неимовински дио. Код права личности нема разлике између субјекта и објекта права, тј. објекат права је истовремено и субјекат права[588]. Права личности немају свој новчани еквивалент, јер се ради о највишим људским вриједностима за које не постоји цијена. Иако је ово декларативан став, присутна је све чешћа комерцијализација права личности, нарочито у развијеним земљама. Специфичност права на слободу у односу на друга права личности, јавља се у два облика: као самосталан објекат правне заштите, и као објекат правне заштите у оквиру других права личности регулисаних уставом, кривичним и управним прописима[589]. Право пацијента на слободу избора подразумијева да појединац има право на слободу избора између различитих медицинских третмана и мјера, односно право на прихватање или одбијање појединог дијагностичког и терапијског поступка, а на основу одговарајућих информација о могућим ризицима и посљедицама по здравље пацијента[590]. Осим тога, право пацијента на слободан избор чине: право пацијента на слободан избор доктора медицине, односно доктора стоматологије, здравствене установе, заштита пацијента који није способан дати

[588] Субјект права личности је човјек, а објекат права личности су поједина својства. Права личности припадају титулару независно од његове воље и не могу егзистирати одвојено од титулара. Насупрот немогућност одрицања од права личности њихов титулар није обавезан да врши њихову садржину, док је код неких права личности обавеза да врши њихову садржину по природу ствари (нпр. код права на живот). Исти разлог због којег се не може одрећи права личности њихов титулар их не може изгубити усљед невршења.

[589] Право на слободу се налази и код једног од основних начела грађанског права, тзв. *аутономија воље*. Правни субјекти су слободни да ступају или не ступају у грађанскоправне односе, да бирају друге субјекте са којима ће ступити у такве односе, да слободно међусобно уређују садржину тих односа, а да при томе не повриједе или угрозе слободе и права других субјеката.

[590] Повеља о правима пацијената у БиХ предвиђа право на слободан избор (чл. 6): Сваки појединац има право да слободно бира између различитих процедура, третмана и пружаоца истих, да одлучи којим дијагностичким прегледима и терапијама ће бити подвргнут и код којег љекара у примарној заштити, специјалисте или у којој болници. Здравствене установе имају обавезу да им гарантују то право, пружајући пацијенту информације о различитим центрима и љекарима који су у могућности да им пруже одређени третман, као и о резултатима њихових активности, те да уклоне препреку која ограничава практиковање овог права. Пацијент има право да се опредијели за другог љекара.

пристанак, заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање, захвати на људском геному.

Анализа посматраних закона показује да је то право регулисано у систему здравствене заштите: у Републици Српској, као право на слободан избор; у Србији, као право на слободан избор доктора медицине и стоматологије, здравствене установе и предложених медицинских мјера; у Црној Гори, као право на самоодлучивање (слободан избор) и заштита пацијента који није способан дати пристанак; у Хрватској, као право на прихватање или одбијање појединог дијагностичког односно терапијског поступка, заштита пацијента који није способан дати пристанак, заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање и захвати на људском геному.

6.8.1. Право пацијента на слободан избор медицинских мјера

У Закону о здравственој заштити Републике Српске, *право на слободан избор* (чл. 23. и 24) значи да пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Пацијент има право на слободан избор медицинског третмана на основу одговарајућих информација о могућим ризицима и посљедицама по здравље пацијента. Грађанин има право на слободу избора доктора породичне медицине (на период од годину дана)[591] и здравствене установе секундарног нивоа. Код остваривања наведених права, пацијент треба узети у обзир правила да осигурана лица спроводе здравствену заштиту у најближој здравственој установи на територији на којој имају пребивалиште и да остварују здравствену заштиту у здравственим установама и другим организацијама са којима ФЗО закључи уговор. Осигурано лице породичног доктора бира са листе доктора здравствених установа с којима је Фонд уговорио ПЗЗ, односно породичну медицину, уз назнаку да избор породичног доктора није ограничен мјестом пребивалишта осигураног лица. Једном извршен избор, односно регистрација за породичног доктора, вриједи све док осигурано лице не одлучи да промијени доктора или кад је то неопходно извршити у случају кад изабрани доктор напусти здравствену установу с којом је Фонд потписао уговор[592]. Често се поставља питање да ли осигурана лица могу да бирају доктора специјалисту[593]. КСЗ могуће је остварити код специјалиста који су консултанти породичном доктору и у болницама. За сваког доктора породичне медицине код кога су регистрована осигурана лица, Фонд је уговорио КСЗ у овим областима: интерна медицина, урологија, ортопедија, неурологија, кардиологија, пнеумофтизиологија, ОРЛ, општа хирургија, дерматовенерологија и офталмологија. Сваки породични доктор именом и презименом зна ко му је специјалиста консултант из наведених области. Код специјалисте консултанта из свих десет наведених области, осигурана лица могу да

[591] Право на ПЗЗ осигурана лица остварују код породичног доктора код којег су регистрована, те педијатра (дјеца до шест година) и гинеколога (жене преко 15 година). Свако осигурано лице има право на слободан избор доктора породичне медицине и обавезу да се региструје код тог изабраног доктора.

[592] Промјену породичног доктора по правилу је могуће извршити по истеку 12 мјесеци, а захтјев за промјену доктора у овом периоду није потребно образложити. Промјена породичног доктора прије наведеног рока је могућа у случају оправданих разлога: промјена мјеста пребивалишта осигураног лица; дуже одсуство изабраног доктора; поремећени односи између доктора и осигураног лица.

[593] Дјеци до шест година и женама изнад 15 година живота омогућено је да се евидентирају код педијатра, односно гинеколога и да имају приступ тим специјалистима без упутнице породичног доктора.

добију услуге из три пакета услуга: специјалистички преглед, дијагностика и терапијске процедуре. Основна улога доктора за услуге КСЗ јесте да пруже стручну помоћ породичном доктору, како би се на нивоу ПЗЗ ријешио највећи број здравствених проблема пацијената. Осигурана лица не могу да бирају ове специјалисте, јер су их они на посредан начин изабрали код породичног доктора. Породични доктор има могућност да од Фонда затражи промјену специјалисте консултанта, уколико је незадовољан његовим радом. Осигурана лица имају право на слободан избор здравствене установе секундарног нивоа (специјалистичке амбуланте, специјалистичке центре, болнице, клинички центар и заводе, али у Пакету права ФЗО РС[594] је прецизирано да осигурана лица имају право на избор болнице у РС. Слободан избор Фонд је омогућио увођењем модела плаћања болничких услуга (*DRG модел*[595]). Осигурано лице остварује ово право код свог породичног доктора, педијатра или гинеколога, наводећи у коју болницу у РС жели да буде упућено. Поред наведеног, у оквиру права пацијента на слободан избор, треба регулисати оне ситуације кад то није оствариво или је ограничено (хитни медицински третман) или је законом одређено на други начин (епидемије заразних болести, природне катастрофе и слично). Такође, потребно је обавезати да доктор породичне медицине образложи разлог одбијања пацијентовог избора доктора, као и обавеза пацијента да образложи разлог промјене изабраног доктора породичне медицине. Укључивање права пацијента на друго стручно мишљење о његовом здравственом стању проширује се могућност слободе избора и посредно утиче на подизање квалитета здравствене заштите у цјелини.

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, такође је регулисано право на слободан избор (чл. 16): Сваки пацијент има право на слободан избор доктора медицине, односно доктора стоматологије у складу са територијалном организацијом здравствене заштите. Изузетно, доктор медицине, односно доктор стоматологије којег пацијент изабере, може под условом да није у питању хитна медицинска помоћ, пацијентов избор одбити и то само у посебним случајевима када: би лијечење имало мање успјеха или би било немогуће; избор није у складу са законом; дође до губљења повјерења између доктора медицине, односно доктора стоматологије и пацијента. Доктор медицине односно доктор стоматологије дужан је образложити разлог одбијања и о истом информисати и директора здравствене установе односно носиоца одобрења за приватну праксу код којег је запослен. Пацијент има право на слободан избор предложених медицинских поступака и мјера на основу одговарајућих обавјештења о могућим ризицима и посљедицама по здравље.

У Закону о правима пацијената Републике Србије право на слободан избор је регулисано као право пацијента на слободан избор доктора медицине, односно доктора стоматологије, здравствене установе и слободан избор предложених медицинских мјера (чл. 12).

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право на слободан избор* је регулисано као „право на самоодлучивање (слободан избор)“ (чл. 14 - 20): Пацијент има право да

[594] *Пакет права*, ФЗО, стр. 83.
[595] Дијагностички сродне групе (ДСГ) eng. *Diagnosis Related Groups* (DRG).

слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Пацијент слободно одлучује између више могућих облика медицинских интервенција које понуди доктор медицине, односно доктор стоматологије и може да одбије преглед и лијечење, хируршку и другу медицинску интервенцију. Пацијент има право да одбије предложену медицинску интервенцију, ако је свјестан и оријентисан у времену и простору и ако је способан за расуђивање, чак и у случају када се њоме спашава или одржава његов живот. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложене медицинске интервенције и да о томе од пацијента затражи писану изјаву која се чува у медицинској документацији[596].

У Закону о заштити права пацијената Хрватске, право на прихватање или одбијање појединог дијагностичког односно терапијског поступка значи да пацијент има право да прихвати или одбије поједини дијагностички, односно терапијски поступак, осим у случају неодгодиве медицинске интервенције чије би непредузимање угрозило живот и здравље пацијента или изазвало трајна оштећења здравља, а што изражава потписивањем сагласности[597].

6.8.2. Заштита пацијента који није способан дати пристанак

Заштита пацијента који није способан да да пристанак је регулисана у Закону о правима пацијената Црне Горе, у хитним случајевима, ако је пацијент без свијести или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак. Медицинска интервенција се може предузети када то захтијева такво стање, иако би непредузимањем интервенције за пацијента наступила опасност по живот. Медицинска интервенција над малољетним пацијентом или пацијентом лишеним пословне способности може се предузети уз пристанак његовог законског заступника или стараоца. Пацијент може, у вези са медицинском интервенцијом, дати изјаву која се цијени и узима у обзир у складу са годинама старости и степеном разумијевања здравственог стања, за пристанак на предложену медицинску интервенцију. Надлежни здравствени радник који сматра да законски заступник или старалац пацијента не поступа у најбољем интересу пацијента, дужан је да о томе одмах обавијести надлежни орган старатељства. Пацијент даје пристанак на предложену медицинску интервенцију усмено или у писаном облику, а пристанак може опозвати до почетка њеног извођења. Пристанак није обавезан у случају пружања здравствене заштите менталнo обољелом пацијенту или пацијенту обољелом од заразне болести. Медицинска интервенција противно вољи пацијента, односно заступника малољетног пацијента или стараоца пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са медицинским стандардима и етиком.

[596] Уколико пацијент одбије давање писане изјаве, надлежни здравствени радник ће о томе сачинити службену забиљешку. У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента, односно одбијању предложене медицинске интервенције.

[597] Слијепа особа, глуха особа која не зна читати, нијема особа која не зна писати и глухослијепа особа, прихвата поједини дијагностички, односно терапијски поступак изјавом у облику јавнобиљежничког акта или пред два свједока исказаном изјавом о именовању пословно способне особе која ће у њено име прихватати или одбијати поједини такав поступак.

У Закону о заштити права пацијената Хрватске, *Заштита пацијента који није способан дати пристанак (*који није при свијести, за пацијента с тежом душевном сметњом те за пословно неспособног или малољетног пацијента) осим у случају неодгодиве медицинске интервенције сагласност потписује законски заступник, односно старатељ пацијента. Ако се због хитне ситуације не може добити ова сагласност пацијент ће се подврћи дијагностичком, односно терапијском поступку само у случају када би због непредузимања поступка био непосредно угрожен његов живот или би му пријетила озбиљна и непосредна опасност од тежег оштећења здравља. Поступак се може проводити без пристанка само док траје наведена опасност. У интересу пацијента, законски заступник, односно старатељ може сагласност повући потписивањем изјаве о одбијању дијагностичког или терапијског поступка.

6.8.3. Заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање

Заштита пацијента над којим се обавља научно истраживање је у Закону о заштити права пацијената Хрватске регулисана као *Заштита пацијента над којим се обавља знанствено истраживање.* За научно истраживање над пацијентом и укључивање пацијента у медицинску наставу нужан је изричити пристанак обавијештеног пацијента. Пристанак обавијештеног пацијента је писана, датирана и од пацијента потписана сагласност за учешће у одређеном научном истраживању или медицинској настави дата на основу прецизних и на разумљив начин документованих обавјештења о природи, важности, посљедицама и ризицима испитивања. За пословно неспособног или малољетног пацијента, пристанак даје његов законски заступник или старатељ. Пацијент, односно његов законски заступник, односно старатељ у интересу пацијента може сагласност повући у било које вријеме. Научна истраживања над пацијентом могу се предузети ако су испуњени сви сљедећи услови: нема замјене за упоредиву ефикасност за истраживање на људима; ризици којима се излаже пацијент нису неразмјерни могућим користима од истраживања; истраживање је одобрила надлежна етичка комисија у складу са посебним законом, након независног испитивања његове научне вриједности, важности циља истраживања и оцјене његове етичке прихватљивости; пацијенти на којима се проводе истраживања морају бити упознати о својим правима и заштити својих права у складу са законом; прибављен је пристанак обавијештеног пацијента. Научно истраживање над пословно неспособним пацијентом, пацијентом који није способан за расуђивање те над малољетним пацијентом може се предузети ако су уз претходне услове испуњени и сви сљедећи услови: резултати истраживања могу допринијети стварној и директној користи за здравље пацијента; истраживање упоредиве ефикасности не може се проводити над пацијентима који су способни дати пристанак; прибављена је сагласност законског заступника, односно старатеља; пацијент се не противи истраживању. Осим у случају када истраживање не може произвести резултате од директне користи за пацијента, истраживање се може одобрити уз услове: циљ истраживања је постизање резултата који могу користити пацијенту или другим пацијентима исте старосне групе, односно пацијентима с истом болешћу; истраживање обухвата минимални ризик и минимално оптерећење за пацијента.

Захват на људском геному је у Закону о заштити права пацијената Хрватске захват усмјерен на промјену људскога генома, а може се предузети само за превентивне, дијагностичке или терапијске сврхе, под условом да циљ промјене није увођење било каквих измјена у геному потомка пацијента. Тестови који указују на генетске болести или служе за идентификацију пацијента, као носиоца гена одговорног за болест или за откривање генетске диспозиције или подложности на болест могу се обављати само у здравствене сврхе или ради научног истраживања у вези са здравственим сврхама и уз одговарајуће генетско савјетовање.

6.9. Право на одбијање информације

Право пацијента на одбијање информације је саставни дио права на информације и права на обавјештење и није регулисано као посебно право. Чл. 10. Конвенције о људским правима и биомедицини ЕУ[598], свакоме се гарантује право на сваку информацију прикупљену о његовом здрављу, с тиме да се појединци могу и одрећи овог права, односно могу одбити да приме информацију о свом здравственом стању. Право пацијента на одбијање информације је саставни дио права на информацију, како је то написано у Повељи о правима пацијената у БиХ[599], а у Кодексу медицинске етике и деонтологије је одређено је да ће се уважити жеља болесника да не буде обавијештен о својој болести.

Одрицање од информације може бити изричито или прећутно, али се сматра да није допуштено бланко одрицање. Онај ко се одриче права на информацију/обавјештење мора, по правилу, знати за потребу и врсту медицинске интервенције на коју пристаје, као и за околност да интервенција није без знатног ризика, односно да је ризично њено непредузимање. То значи да се пацијент може одрећи само информације о појединостима тока и опасности захвата[600]. Одбијање пријема обавјештења је облик кориштења права на самоодређење и тиме се болесник лишава потраживања која би у вези с тим правом нормално имао (*volenti non fit iniuria*)[601]. Надлежни здравствени радник је дужан упознати пацијента са његовим правом на одбијање информације. Пацијент који је способан за расуђивање има право, писаном и потписаном изјавом одбити пријем обавјештења о природи свог здравственог стања, али мора бити свјестан природе своје болести уколико би његова необавијештеност угрозила живот и здравље других људи.[602] У том смислу, законодавац ће *de lege ferenda*, у одбијању права на информацију поставити одређене

---

[598] Види званичну web презентацију: http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164, (29.5.2016).

[599] Пацијент има право да одбије третман или медицинску интервенцију и да промијени мишљење током третмана, одбијајући његов наставак, као и да одбије информацију о свом здравственом стању. Пацијент се може одрећи свог права на информацију, осим информације да је предложени медицински третман потребан и да није без знатног ризика, односно да је ризично непредузимање медицинског третмана (чл. 5).

[600] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 104.

[601] Štifanić Mirko, Bošković Zvonko, *Prava pacijenata: vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata*, Adamić, Rijeka 2007, str. 157.

[602] Тако на примјер, пацијенти који су носиоци узрочника вирусних жутица типа Б и Ц, које излучују узрочнике трбушног тифуса или су носиоци узрочника (вируса) синдрома стеченог недостатка имунитета, морају бити упућене у начин понашања како би се спријечио пренос њихове заразе.

границе, тј. да се пацијент не може одрећи права на информацију/обавјештеност у случајевима у којима мора бити свјестан природе своје болести, како не би угрозио здравље других људи.

У одређеним случајевима, обавјештење може бити медицински контраиндиковано, зато што би се њиме пацијент психички превише оптеретио, што би могло нашкодити његовом здрављу или што би пацијент могао одбити спровођење медицинске мјере која је хитно потребна. У таквим случајевима, лабилни и забринути пацијенти, којима треба саопштити дијагнозу и прогнозу неизљечивих болести, надлежни доктор може прећутати одређене информације о здравственом стању пацијента или их ублажити да не нашкоди здрављу пацијента. Ова терапеутска привилегија подразумијева да се обавјештење да члану уже породице кога одреди пацијент, законском заступнику или старатељу. Ово је значајно и у ситуацијама када се ради о заразној болести од које се пацијенту блиске особе морају заштити. Етичко начело да се пацијент не смије обмањивати бива овдје замијењено начелом *nil nocere* (не нашкодити). У наведеним случајевима, пацијенту се пружа помоћ и заштита, умјесто да му се обавјештењем шкоди. У овим случајевима, љекарово право на милосрдну лаж има предност према пацијентовом праву на истину[603]. Пацијенту се не смије нашкодити ни истином ни неадекватним лијечењем, да се не би умањила његова воља, борба за живот и активна сарадња у лијечењу[604]. У пракси се подржава став да се одбијањем пријема информације/обавјештења пацијент истовремено не одриче права на пристанак и да такво одбијање не утиче на његову способност давања пристанка[605]. Информисање пацијента је саставни дио лијечења и прилагођава се у складу са правилима струке, сваком пацијенту посебно. Одбијање информације не значи да се искључује потреба да се очува неки други интерес пацијента вриједан правне заштите. Одбијање информације или немогућност примања информација о здравственом стању је у вези и са бесвјесним стањем пацијента и хитним пружањем медицинске помоћи. Сматра се исправним да, што је медицински третман хитнији и нужнији, то су захтјеви за информисање мањи, а ако медицински третман није хитан, информација треба бити детаљнија. Шире и детаљније информације су потребне, посебно код примјене нових метода лијечења[606].

Одбијање пријема информације од стране пацијента често је у вези са одбијањем пристанка на одговарајући медицински третман. У здравственој установи треба установити такво поступање и/или процедуру, гдје ће се сваки случај одбијања информације пацијента детаљно анализирати, отклонити евентуалне разлоге одбијања, да би се примијенила одлука пацијента, а за његово добро. Сваки случај одбијања информације и недавања пристанка на медицински третман се доживљава као неуспјели стручни третман, односно као неуспјех здравственог радника и здравственог сарадника у здравственој установи.

---

[603] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 104.
[604] Bošković Z. (2007) стр. 153.
[605] Turković K., „Pravo pacijenta na suodlučivanje prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata“, *Rad u Zborniku Medicina i pravo – sodobne dilema*, Марибор, 2006., стр. 107.
[606] Bošković Z. (2007) стр. 153.

Пацијент може одбити информацију и позвати се на чињеницу да је већ упознат са медицинском интервенцијом и њеним ризицима. Знање које је услов пуноважног пристанка, пацијент може стећи на основу претходних медицинских интервенција, из одговарајуће литературе или да већ посједује знања и информације о свом здравственом стању и ризицима с обзиром на своје занимање и образовање. Међутим, љекар је увијек дужан да се увјери у претходну обавијештеност пацијента и у зависности од тога обавјештење може да умањи, али га у сваком случају мора евидентирати у медицинску документацију[607]. Пацијент с пуном пословном способношћу не може се одрећи права на одбијање информације у случајевима у којима мора бити свјестан природе своје болести, како не би угрозио здравље других људи[608]. У случају *de lege ferenda*, право на одбијање информације треба регулисати у оквиру права на информације односно права на обавијештеност. Такође, треба и прописати казнене одредбе у случају кршења наведених права пацијента, да би се заштитила права других људи и друштва у цјелини.

У законодавној пракси је прихваћено правило да се пацијент може одрећи права на обавјештење, осим обавјештења о томе да је предложена медицинска мјера потребна и да није без знатног ризика, односно да је ризично непредузимање медицинског третмана. Наведено правило садрже сљедећи закони, који поред овог правила садрже и одредбу да то није могуће у случајевима када то директно угрожава здравље и живот других лица: Закон о правима пацијената Републике Србије (чл. 11), Закон о здравственој заштити Републике Српске (чл. 22). Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ (чл. 14. и 15)[609], Закон о правима пацијената Црне Горе (чл. 12) и Закон о заштити права пацијената Републике Хрватске (чл. 14. и 15).

6.10. Право на самоодлучивање и пристанак

Реализација права пацијента на информације, права на слободан избор и права на одбијање информације, јесу претпоставке за остваривање права на самоодлучивање и пристанак. Право на самоодлучивање означава право на информисаност/обавијештеност и право на прихватање или одбијање појединог дијагностичког, односно терапијског поступка[610]. Пацијент има право да прихвати или одбије поједини дијагностички, односно терапијски поступак, осим у случају неодгодиве медицинске интервенције, чије би непредузимање угрозило живот и здравље пацијента или изазвало трајна оштећења његовог здравља. Прихватање појединог дијагностичког или терапијског поступка пацијент изражава потписивањем сагласности[611]. У том смислу, може се закључити, да је

[607] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 104.
[608] Bošković Z. (2007) стр. 158.
[609] Пацијент има право у писаном облику или на други вјеродостојан начин одредити лице које ће умјесто њега бити обавијештено, а ко то није учинио надлежни здравствени радник може обавијестити пунољетног члана уже породице који живи са пацијентом у заједничком домаћинству, ако је саопштавање података о здравственом стању пацијента члану породице, неопходно ради избјегавања њиховог здравственог ризика. Пацијент односно лице које пацијент одреди или члан уже породице пацијента, има право бити обавијештен, чак и у случајевима кад пацијентов пристанак није услов за започињање терапије (у хитним случајевима).
[610] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 352.
[611] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 177.

правно ваљани пристанак пацијента на лијечење основна претпоставка да би лијечење било допуштено[612]. Пристанак пацијента коме нису претходиле информације/обавјештење о његовом здрављу и медицинском третману није правно ваљан и не обавезује. Право пацијента на пристанак заснива се на заштити тјелесног и духовног интегритета сваког појединца и слободном изражавању воље о томе да ли ће се подврћи лијечењу или не, а има превласт над разлозима медицинске природе. Оно је једно од основних права и слобода појединца, заштићено и у правним системима свих модерних држава у свијету, које не би смјело бити угрожено без санкције друштва. Лијечење без пристанка пацијента је противправна радња која има карактер кривичног дјела самовољног лијечења, а у грађанско-правном смислу такво лијечење је основ за цивилно-грађанску одговорност и накнаду штете. Без пристанка пацијента не смије се, у правилу, над њим предузимати ниједна медицинска мјера, осим у случајевима кад то директно угрожава живот и здравље других лица[613].

У теорији влада мишљење да пристанак пацијента на медицинску интервенцију подразумијева двије ствари: прво, пристанак на повређивање тијела и одрицање права на одбрану (*volenti non fit inuria*); друго, пристанак на ризик и одрицање од права на реституцију, за случај да се ризик оствари. Пацијент мора бити свјестан да се саглашава и с једним и с другим. Стога се сматра да обавијештеност, односно знање пацијента, чини материјални садржај пристанка. Недопустиво је и противно начелу неповредивости физичког интегритета вршење оперативног захвата на некој особи против њене воље, осим ако не постоје посебни разлози који оправдавају такав поступак, као што је животна опасност и стање болесника због којег он није у могућности да да свој пристанак. Пристанак пацијента је неопходан услов за предузимање било које медицинске интервенције и представља израз човјековог права самоодређења у односу на властито тијело, које има свој основ у уставној гаранцији неприкосновености људске личности. Давањем пристанка пацијента, правно се оправдава предузимање одређеног дијагностичког или терапијског поступка тако да и пацијент у том случају преузима ризик предузимања или непредузимања медицинског третмана. Пристанак на лијечење је потребан ради уважавања личног достојанства и слободе пацијента, а затим и због ризика који је својствен лијечењу. Пристанком се сматра правно и морално оправдање за одређени медицински захват и преузима се уједно ризик тог захвата који није условљен грешком љекара, него чиниоцима организма.

Предност пацијентове одлуке над медицинским разлозима лијечења јесте данас признато правно становиште, које исходи из права самоодређења. Слобода човјекове личности не смије се жртвовати никаквим, па ни медицинским циљевима[614]. У правној пракси и теорији се прије сматрало да у предузимању или непредузимању одређене медицинске мјере главна улога припада љекару. То се назива начелом патернализма (*salus aegroti*). Међутим, овакав став, са развојем људских права се напушта, а главну улогу добија начело права пацијента на самоодређење, односно информисање пацијента и давање

[612] Crnić Ivica, „Pristanak pacijenta kao pravna pretpostavka dopuštenosti liječenja“, *Informator*, br. 5737, Zagreb 2009., стр. 1.
[613] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 351.
[614] Радишић J., *op.cit.* (1986), стр. 176 и 190.

слободног пристанка. Добровољност лијечења данас је општеприхваћено начело. Воља болесника је врховни закон (*voluntas aegoti suprema lex*)[615]. Само пристанак пацијента оправдава захват у тијело и у моралном и у правном погледу.

Правници су, већином, против гледишта о општем пристанку пацијента, сматрајући да он ставља пацијента у позицију објекта медицинског старања. Они сматрају да општи пристанак за лијечење није довољан, него да га ваља конкретизовати. Очигледан примјер може бити ситуација кад пацијент пристаје да остане у клиници, али се не саглашава са свим медицинским интервенцијама које се над њим предлажу. Умјесто опште, потребна је, значи, посебна или специјална сагласност тј. сагласност за одређену медицинску мјеру и одређени ризик који њу прати. У многим земљама стално се поставља питање и присутне су дилеме у расправи љекара и правника, када је пристанак на лијечење конкретан и довољан да би био правно ваљан. Главни проблем своди се, у ствари, на питање, у којој се мјери обављени медицински поступак и пацијентова представа о њему поклапају. Уважавајући начело да је пацијент "свога тијела господар", ваља имати на уму чињеницу да је слобода располагања властитим тијелом ипак нешто мања него што је слобода располагања властитом имовином. Располагање тијелом, мора, наиме, остати у границама разумног. Ако пацијент тражи од љекара да обави захват који је, у датим околностима, неразуман, љекар не треба да му изађе у сусрет. Јер, такав пацијентов пристанак није у стању да буде правно и морално покриће за повреду његовог тјелесног интегритета[616].

Пружање здравствене услуге без пристанка пацијента назива се и *самовољно лијечење*. Сама чињеница да је пружање здравствене услуге медицински оправдано није довољна за правно оправдање медицинског захвата у тјелесни интегритет пацијента, јер медицински захват није допуштен због тога што постоји медицинска индикација, него зато што је пацијент пристао на медицински третман. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на посљедицу његове одлуке о одбијању предложене медицинске мјере и да о томе од пацијента затражи писану изјаву која се чува у медицинској документацији о лијечењу, а ако пацијент одбије давање писане изјаве, о томе ће се сачинити службена забиљешка. Надлежни здравствени радник ће у медицинску документацију уписати податак о пристанку пацијента на предложену медицинску мјеру, као и одбијање те мјере[617].

Пристанак је пуноважан само ако га је дао пацијент који је способан да се сагласи са медицинском интервенцијом. То значи да морају бити испуњене одређене претпоставке које се односе на то да је пацијент пунољетан, пословно способан и способан за расуђивање, те да је у тренутку давања изјаве био при свијести[618]. У неким земљама, та се способност изједначује са пословном способношћу.

Према чл. 5. Конвенције о људским правима и биомедицини ЕУ, да би био ваљан, пристанак мора: бити дат од особе способне да да пристанак; бити слободан; бити

[615] Црнић И., *op.cit.*, стр. 2.
[616] Радишић Ј., *op.cit.* (1986), стр. 179-180.
[617] Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената („Службене новине Федерације БиХ", бр. 40/10), чл. 19.
[618] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 355.

информисан; бити у писаној форми. Пристанак није ваљан, ако се односи на противправну радњу (нпр. недозвољен прекид трудноће) или ако медицински захват није оправдан. Без обзира на то да ли пристанку придају или не придају значај правног посла, правници дијеле мишљење, да он мора бити дат добровољно. Ако је изнуђен или се заснива на превари, није правно ваљан. Дозвољено је узимати органе и ткива са умрле особе ради пресађивања у сврху лијечења, само ако се дароватељ за живота сагласио с даривањем органа и ткива послије смрти. Писану изјаву о даривању органа и ткива, пунољетна особа, способна за расуђивања даје изабраном љекару ПЗЗ – породичном доктору. Слијепа особа, глува особа, особа које не зна читати, нијема особа које не зна писати и глувослијепа особа даје изјаву о даривању органа и ткива породичном доктору уз присуство свједока. До успостављања регистра особа које су сагласне са даривањем органа и ткива послије смрти дозвољено је узимати органе и ткива са умрле особе ради пресађивања, у сврху лијечења, само уз писани пристанак брачног или ванбрачног друга, пунољетног дјетета, родитеља, пунољетног брата или сестре умрле особе[619].

Љекари се руководе Хипократовом идејом да је „добробит пацијентова врховни закон“ (*salus aegroti suprema lex est*), држећи се утврђеног реда вриједности човјекових личних добара. Стога пристају на жртвовање једног дијела тијела његовој цјелини (животу), нпр. сијече се прст да би се излијечила рука. За медицинаре живот представља једну апсолутну вриједност, којој се може подредити свака друга добробит човјекова. Такав ранг људских вриједности, у начелу, прихвата и право. Познато је Хипократово гесло за љекаре, да су здравље и живот најважнија добра човјекова, док правници настоје да и вољу болесника подигну на исти ранг, па зато истичу девизу: „Живот из воље, воља за животом, чине живот и вољу једним“ (*salus ex voluntate, voluntas pro salute, salus et voluntas*). Потпуно усклађивање оба добра пацијентова је, по љекарима утопијско, није увијек могуће[620].

Лијечење које се не заснива на пристанку нема уопште карактер кривичног дјела, осим ако је обављено упркос изричитом противљењу лијеченог: тада би могло постојати само кривично дјело принуде. У свим осталим случајевима оно повлачи једино казну због прекршаја, коју је дужна платити медицинска установа[621].

Повељом о правима пацијената у БиХ *право на пристанак* (чл. 5) је одређено тако да сваки појединац има право на приступ свим информацијама које могу помоћи активно учешће у одлукама које се тичу здравља. Ове информације су предуслов за било какву процедуру или третман, укључујући учествовање у научним истраживањима[622]. У Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се експлицитно о пристанку на медицинску интервенцију[623].

---

[619] Ibidem, стр. 362;
[620] Радишић Ј., *op.cit.* (1986), стр. 188-191.
[621] Алексић Ж., Чејовић Б., *Кривично-правни осврт на оперативни захват и пристанак пацијента*, Медицина, бр. 4/1967, стр. 418-419, према Радишић Ј., *op.cit.* (1986), стр. 209.
[622] Пацијент има право да одбије третман или медицинску интервенцију и да промијени мишљење током третмана, одбијајући његов наставак, као и да одбије информацију о свом здравственом стању.
[623] Говори се о обавези љекара да на прикладан начин обавијести болесника о дијагностичким поступцима, њиховим ризицима и опасностима, резултатима, могућностима лијечења, да би болесник могао донијети исправне одлуке о дијагностичком поступку и предложеном лијечењу.

Право пацијента да сам и слободно одлучује о свему што се тиче његовог здравља, гарантовано је у анализираним законима тако што пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Пацијент даје писану изјаву о пристанку на предложени медицински третман који се може писмено опозвати, што је логична посљедица пацијентовог права на самоодређење. Пацијент даје пристанак усмено или у писаном облику, а у медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку или одбијању предложене медицинске интервенције од стране пацијента. У пракси, писмени пристанак је прихватљивији од усменог пристанка или конклудентних радњи, јер га је лакше документовати и доказивати[624]. Пацијент има право да одбије предложену медицинску интервенцију, ако је свјестан и оријентисан у времену и простору и ако је способан за расуђивање, чак и у случају када се њоме спашава или одржава његов живот.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске, *право на самоодлучивање и пристанак* је регулисано тако да пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Пацијент има право на слободан избор медицинског третмана на основу одговарајућих информација о могућим ризицима и посљедицама по здравље пацијента. Пацијент има право да писменим путем одреди лице које ће у његово име дати пристанак, односно које ће бити обавијештено умјесто пацијента о предузимању медицинског третмана. Пацијент има право да одбије предложени медицински третман, чак и у случају када се њиме спасава или одржава његов живот. Пацијент одбија предложени медицински третман изричито у писаном облику, а ако пацијент одбије давање писане изјаве, о томе ће се сачинити службена забиљешка, коју потписују надлежни доктор и два здравствена радника. Надлежни доктор је обавезан да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложеног медицинског третмана[625].

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, у оквиру *права на самоодлучивање и пристанак* пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других (то не подразумијева еутаназију). Без пристанка пацијента не смије се, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мјера. Медицинска мјера противно воље пацијента, односно родитеља, старатеља или законског заступника пословно неспособног пацијента, може се предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са љекарском етиком. Медицинска мјера противно вољи пацијента, односно родитеља, старатеља или законског заступника пословно неспособног пацијента, може се предузети и у провођењу тјелесног прегледа и других радњи за потребе кривичног поступка, односно обавезног психијатријског вјештачења у случају сумње да је искључена односно смањена урачунљивост

[624] Здравствене установе имају обрасце за информисани пристанак пацијента, али пристанак није ваљан ако је преопшт, или ако је писан одвећ стручним језиком и као такав није разумљив обичном грађанину.

[625] У овом Закону су такође садржане и казнене одредбе (чл. 138), гдје ће се новчаном казном казнити правно лице за прекршај ако ускрати или обави медицински третман супротно прописаном; обави медицински третман без сагласности или супротно вољи пацијента. Такође, за наведене прекршаје казниће се одговорно лице у правном лицу новчаном казном.

осумњиченог односно оптуженог за кривично дјело, сагласно прописима о кривичном поступку ФБиХ. Писани пристанак пацијента обавезан је за инвазивне дијагностичке захвате и оперативне захвате. Изузетно од овога, пристанак може бити дат и за више медицинских услуга, ако представљају функционалну цјелину у оквиру поступка лијечења. Пристанак коме није претходило потребно обавјештење у складу са овим Законом не обавезује, а надлежни здравствени радник који предузме медицинску мјеру у том случају сноси ризик за штетне посљедице. Пацијент има право да одреди лице које ће у његово име дати пристанак, односно које ће бити обавијештено умјесто пацијента о предузимању медицинских мјера, у случају да пацијент постане неспособан да донесе одлуку о пристанку (чл. 17, 18. и 19).

Према Закону о правима пацијената Републике Србије, *право на самоодлучивање и пристанак* (чл. 15, 16. и 17) подразумијева да се не смије без пристанка пацијента, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мјера. Медицинска мјера противно вољи пацијента, односно законског заступника дјетета, односно пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима, који су утврђени законом и који су у складу са љекарском етиком. Пацијент може дати пристанак на предложену медицинску мјеру изричито, односно прећутно (ако се није изричито противио), али је за предузимање инвазивне дијагностичке и терапијске медицинске мјере неопходан писмени пристанак пацијента, односно његовог законског заступника. Пацијента не обавезује пристанак коме није претходило потребно обавештење у складу са овим законом, а надлежни здравствени радник који предузима медицинску мјеру, у том случају сноси ризик за штетне посљедице. Пацијент има право да одреди лице које ће у његово име дати пристанак, односно које ће бити обавијештено о предузимању медицинских мјера, у случају да пацијент постане неспособан да донесе одлуку о пристанку. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мјере и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве, о томе ће сачинити службену забиљешку.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, према *праву на самоодлучивање (слободан избор),* пацијент слободно одлучује између више могућих облика медицинских интервенција које понуди доктор медицине, односно доктор стоматологије и може да одбије преглед и лијечење, хируршку и другу медицинску интервенцију. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложене медицинске интервенције и да о томе од пацијента затражи писану изјаву која се чува у медицинској документацији. Пристанак није обавезан у случају пружања здравствене заштите ментално обољелом пацијенту или пацијенту обољелом од заразне болести. Медицинска интервенција противно вољи пацијента, односно заступника малољетног пацијента или стараоца пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са медицинским стандардима и етиком.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, ово право је регулисано као *право на прихваћање или одбијање појединога дијагностичког, односно терапијског поступка*: Пацијент има право прихватити или одбити поједини дијагностички, односно

терапијски поступак, осим у случају неодгодиве медицинске интервенције чије би непредузимање угрозило живот и здравље пацијента или изазвало трајна оштећења његовога здравља. Слијепа особа, глува особа која не зна читати, нијема особа која не зна писати и глувослијепа особа, прихвата поједини дијагностички, односно терапијски поступак изјавом у облику јавнобиљежничког (нотарског) акта или пред два свједока исказаном изјавом о именовању пословно способне особе која ће у њено име прихватити или одбити поједини такав поступак (чл. 16).

6.11. Право на заштиту пацијента који није способан дати пристанак

Постоје извјесни случајеви у којима пристанак на одређену медицинску мјеру од стране онога кога се она тиче, није потребан. Та се мјера сматра допуштеном и без пристанка. Допуштење може произаћи из околности тј. стања нужде у којем се болесно, односно повријеђено лице, налази или непосредно из закона. У првом случају, ријеч је о лијечењу које је хитно, гдје је пацијент вољно неспособан, а медицинска индикација довољна да захват оправда, а у другом случају, ријеч је медицинском захвату којем се одређене категорије лица морају подвргнути по сили закона[626]. Ако је пацијент витално угрожен и без свијести или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак, хитан медицински третман ће бити предузет и без његове сагласности, односно сагласности законског заступника или старатеља. То су најчешће ситуације када би због непредузимања медицинске мјере био непосредно угрожен његов живот или би пријетила озбиљна и непосредна опасност од тежег оштећења његовог здравља. У тим случајевима лијечење се може проводити без пристанка законског старатеља, односно старатеља пацијента, само док траје наведена опасност[627]. У пракси су честе и ситуације накнадно уочене потребе да се медицински захват прошири или измијени. Општеважећег правила за такве ситуације нема, али је начелан став ипак јасан: у случају кад се друга операција може одгодити без штете по пацијента, тада је тражење пристанка пацијента оправдано и потребно. Али, ако је одгађање друге операције скопчано с ризиком да се нанесе штета снази и здрављу пацијентовом, инсистирање на новој сагласности је неосновано. Оправдање за други, односно шири захват, неки виде у тзв. *претпостављеној сагласности пацијента*, а неки у хуманој дужности љекара да спасава живот[628].

У Кодексу медицинске етике и деонтологије посредно је регулисана *заштита пацијента који није способан дати пристанак*: Дужност љекара према болеснику подразумијева поштовање права душевно способног и свјесног болесника да, добро обавијештен, слободно прихвати или одбије појединог љекара, односно препоручену љекарску помоћ. Када болесник није способан да о томе одлучује, о томе ће одлучивати његов заступник, а ако заступник није присутан, љекар ће, ако са одлуком не може причекати, примијенити, по свом знању, најбољи начин лијечења. Преглед и пружање помоћи дјеци

[626] Радишић Ј., *op.cit.* (1986), стр. 215.
[627] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 178.
[628] Када лица која се налазе на издржавању казне затвора одбијају да приме храну, а тиме доводе у озбиљну опасност свој живот и здравље, према њима се могу примијенити неопходне здравствене мјере принудне исхране. Радишић Ј., *op.cit.* (1986), стр. 181-184.

и малољетним особама љекар ће извршити уз сагласност родитеља или особа које су их усвојиле, односно најближих старијих пунољетних чланова породица, осим у хитним случајевима. Он ће примијенити најприкладнији поступак, а одбити захтјеве лаика који би могли угрозити здравље или живот малољетне особе.

Повељом о правима пацијената у БиХ ово право није експлицитно разрађено, али се посредно наводи у оквиру „права на пристанак“: у свим ситуацијама у којима законски представник може дати информисани пристанак, пацијент, малољетна или одрасла особа која није у стању да разумије или да изрази своју вољу и даље мора бити укључена, колико је могуће, у доношење одлука које се тичу њега или ње.

Закон може прописати да се сви грађани или само одређене категорије подвргну извјесној медицинској интервенцији, у властитом или друштвеном интересу, а најважнији су:

- обавезна имунизација с циљем заштите становништва од заразних болести;
- обавезно лијечење као мјера безбједности изречена учиниоцу кривичног дјела[629];
- мјере принудне исхране осуђених лица[630];
- принудни смјештај у неуропсихијатријску медицинску установу[631];
- упућивање на психијатријско лијечење душевно обољелих осуђеника;
- принудни медицински захвати у доказне сврхе – ради прикупљања или обезбјеђења доказа могући су неки медицински захвати и против воље одређених лица (на примјер, узимање крви и урина с циљем провјере присуства алкохола)[632];
- принудни здравствени надзор над одређеним категоријама лица[633].

Пристанак пацијента се не тражи ни у случају психијатријског вјештачења, ако се појави сумња да је искључена или смањена урачунљивост осумњиченог или оптуженог за кривично дјело.

Поставља се питање да ли родитељи могу ускратити пристанак на операцију из неразумних или религиозних разлога, ако је операција неопходна због животних интереса дјетета. Данас већ и правници сматрају да родитељи то не могу, да они своје

---

[629] Учиниоцу кривичног дјела у стању неурачунљивости или битно смањене урачунљивости суд може изрећи обавезно психијатријско лијечење и чување у медицинској установи или на слободи, ако утврди да је он опасан за околину, Кривични закон („Службени гласник Републике Српске“, бр. 49/03, 108/04, 37/06, 70/06, 73/10, 1/12 и 67/13); Пристанак на медицински третман се не тражи у случајевима предвиђеним Законом о кривичном поступку, ако је потребно да се утврде чињенице везане за кривични поступак; Закон о кривичном поступку („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/12).

[630] Радишић J., *op.cit.* (1986), стр. 218.

[631] У ванпарничном поступку суд може одлучити да се одређено душевно болесно лице смјести и задржи у неуропсихијатријској медицинској установи, кад је због природе болести неопходно да оно буде ограничено у слободи кретања или општења са спољним свијетом. Требало би подразумијевати да принудни смјештај тих лица није једини циљ, него их ваља и лијечити.

[632] Или, узимање крви и друге љекарске радње које се по правилима медицинске науке предузимају ради анализе и утврђивања других важних чињеница за кривични поступак. Ове радње могу се предузимати и без пристанка лица које се прегледа, а због тога не би наступила штета по њихово здравље.

[633] Ради спречавања заразних болести, извјесне категорије лица могу бити стављене под здравствени надзор и независно од њихове воље, а који обухвата: лица запослена у производњи или промету животних намирница или на снабдијевању становништва водом за пиће, лица долазе из земаља у којима има маларије, лица запослена у школама и другим установама за дјецу и омладину, лица запослена на одређеним пословима у здравственим установама и организацијама за производњу и промет лијекова.

право да одлучују умјесто дјетета не смију злоупотребљавати, односно да родитељи не могу своја религијска увјерења сматрати вреднијим од дужности да очувају живот дјетета. Они за себе могу изабрати мучеништво, али немају право да и своју дјецу начине мученицима. Стога је јасно да одбијање операције, трансфузије крви или хемотерапије из вјерских побуда родитеља представља правно и морално недопустив чин. Родитељ која тако поступа прекорачује законска овлашћења да заступа дијете, он врши злоупотребу родитељског права[634]. Злоупотребу родитељског права дужан је да сузбија орган старатељства којем закон налаже да врши надзор над употребом родитељског права и интереса малољетника. У сваком конкретном случају љекар треба да обавијести орган старатељства и да сачека (ако није хитно) одговарајућу одлуку. Стање нужде замјењује пристанак родитеља и оправдава поступак љекара[635].

Данас је прихваћено становиште да „право на смрт“ не постоји и да је самоубиство неморалан чин. Самоубиство се изједначује са несрећним случајем, а љекар је дужан да пружи медицинску помоћ лицу које је покушало самоубиство чак и кад се оно томе противи. У супротном, могао би одговарати за кривично дјело неуказивања љекарске помоћи[636].

Заштита пацијента који није способан дати пристанак у свим анализираним законима обухвата сљедећа правила:

- у хитним случајевима, ако је пацијент без свијести или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак, медицинска интервенција се може предузети када то захтијева такво стање и ако би непредузимањем интервенције за пацијента наступила опасност по живот.
- Медицинска интервенција над малољетним пацијентом или пацијентом лишеним пословне способности, може се предузети уз пристанак његовог законског заступника или стараоца.
- Надлежни здравствени радник који сматра да законски заступник или старалац пацијента не поступа у најбољем интересу пацијента, дужан је да о томе одмах обавијести надлежни орган старатељства.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске *заштита пацијента који није способан дати пристанак* је регулисана у оквиру “права и обавеза грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите” (чл. 25. и 27). У случају сумње или постојања заразне болести и болести зависности, малољетно лице старије од 15 година може самостално дати пристанак за медицински третман и без пристанка наведених лица.

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ (чл. 20-24), заштита пацијента који није способан дати пристанак је регулисана тако што пацијент без свијести или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак, а родитељ, законски заступник или старатељ није доступан, хитна медицинска мјера над

[634] Klaus Ulsenheimer, Artz trafe, CHT der Heidelberg, 1988, seite 67, према: Радишић Јаков, „Непристајање на лијечење дјеце из вјерски побуда“, *Правни живот*, бр. 9/2001, стр. 88.
[635] Ibidem
[636] Радишић J., *op.cit.* (1986), стр. 216.

њим у здравственој установи може се предузети на основу конзилијарног налаза[637]. Малољетни пацијент односно пацијент који је лишен пословне способности, треба и сам да буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску мјеру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање. На заштиту права пацијента са душевним сметњама сходно се примјењују прописи о заштити лица са душевним сметњама. Пацијент са инвалидитетом прихвата медицинску мјеру исказивањем пристанка у њему приступачном облику, прилагођен његовом образовном нивоу, физичком и психичком, као и емоционалном стању. Дијете које је навршило 15. годину живота и које је способно за расуђивање може само дати пристанак на предложену медицинску мјеру, осим ако се ради о инванзивним дијагностичким и терапеутским процедурама, оперативном захвату и прекиду трудноће. Уколико се ради о оперативним захватима или прекиду трудноће дијете које је навршило 15. годину живота мора бити консултовано и затражено његово мишљење у складу са његовом способношћу и зрелошћу расуђивања. Ако су интереси пацијента и његовог родитеља, законског заступника односно старатеља супротстављени, надлежни здравствени радник је дужан одмах о томе обавијестити надлежни центар за социјални рад. Пристанак пацијента у писаном облику обавезан је за употребу било којих његових, за живота одстрањених ћелија, ткива, органа или дијелова тијела у сврху захвата који није повезан са пружањем здравствене заштите њему самоме. Пацијентов пристанак неће бити тражен за уништавање ових материјала на уобичајени начин. На поступање са органима и ткивима пацијента, као живог даваоца, односно након његове смрти, а у сврху лијечења другог пацијента, сходно се примјењују прописи о трансплантацији органа и ткива у сврху лијечења[638]. Пацијент има право да не дозволи било који поступак с његовим мртвим тијелом који се односи на обдукцију, изузев у случајевима када је обдукција обавезна, као и у случајевима предвиђеним прописима о кривичном поступку. Малољетни пацијент односно пацијент који је лишен пословне способности, треба и сам да буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску мјеру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање. На заштиту права пацијента са душевним сметњама сходно се примјењују прописи о заштити лица са душевним сметњама. Пацијент са инвалидитетом прихвата медицинску мјеру исказивањем пристанка у њему приступачном облику, прилагођен његовом образовном нивоу, физичком и психичком, као и емоционалном стању. Дијете које је навршило 15. годину живота и које је способно за расуђивање може само дати пристанак на предложену

[637] Ако се током инванзивног оперативног захвата појави потреба за проширењем оперативног захвата који се није могао претпоставити, у недостатку пацијентовог пристанка односно пристанка родитеља, законског заступника или старатеља на обављање тог проширеног оперативног захвата, проширени оперативни захват се може обавити ако: то захтијева хитност стања пацијента; би његово необављање довело до трајног оштећења здравља односно значило акутну пријетњу животу пацијента; би његово необављање на пацијенту имало даље могуће здравствене проблеме којима би се пацијент могао изврснути, у случају непредузимања неке за њега, у том тренутку корисне медицинске процедуре. У овим случајевима ће се сматрати да је прибављен претпостављени пристанак на проширење оперативног захвата.

[638] Пацијент има право да не дозволи било који поступак с његовим мртвим тијелом који се односи на обдукцију, изузев у случајевима када је обдукција обавезна, као и у случајевима предвиђеним прописима о кривичном поступку ФБиХ. Пацијент има право да не дозволи било који поступак с његовим мртвим тијелом у сврху истраживања и едукације, а сагласно прописима о здравственој заштити.

медицинску мјеру, изузев ако се ради о инвазивним дијагностичким и терапеутским процедурама, оперативном захвату и прекиду трудноће. Уколико се ради о оперативним захватима или прекиду трудноће дијете које је навршило 15. годину живота мора бити консултовано и затражено његово мишљење у складу са његовом способношћу и зрелошћу расуђивања. Пристанак пацијента у писаном облику обавезно је за употребу било којих његових, за живота одстрањених ћелија, ткива, органа или дијелова тијела у сврху захвата који није повезан са пружањем здравствене заштите њему самоме. Пацијентов пристанак неће бити тражен за уништавање ових материјала на уобичајени начин.

У Закону о правима пацијената Србије, *заштита пацијента који није способан дати пристанак* регулисана је у оквиру „права на пристанак“ (чл. 18. и 19): Ова медицинска мјера у здравственој установи предузима се на основу конзилијарног налаза. Ако законски заступник дјетета, односно пацијента лишеног пословне способности, није доступан или одбија предложену хитну медицинску мјеру, хитна медицинска мјера може се предузети ако је то у најбољем интересу пацијента. Ако се током оперативног захвата појави потреба за његовим проширењем, који се није могао претпоставити, проширење оперативног захвата може се обавити само ако је, на основу процјене доктора медицине, односно доктора стоматологије који предузима тај захват, он неодгодиво потребан. Надлежни здравствени радник, односно здравствени сарадник дужан је да омогући да дијете, односно пацијент лишен пословне способности и сам буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску мјеру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање. Дијете, које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање може самостално дати пристанак на предложену медицинску мјеру, уз претходно обавјештење. Ако дијете, које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, одбије предложену медицинску мјеру, надлежни здравствени радник дужан је да пристанак затражи од законског заступника.

У Закону о правима пацијената Црне Горе ово право је регулисано у оквиру „права на самоодлучивање (слободан избор)“ (чл. 16, 17. 19. и 20): Пацијент може, у вези са медицинском интервенцијом, дати изјаву која се цијени и узима у обзир у складу са годинама старости и степеном разумијевања здравственог стања, за пристанак на предложену медицинску интервенцију. Медицинска интервенција противно вољи пацијента, односно заступника малољетног пацијента или стараоца пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са медицинским стандардима и етиком. У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента, односно одбијању предложене медицинске интервенције.

У Закону о заштити права пацијената Хрватске, *заштита пацијента који није способан дати пристанак,* регулисана као „право на прихваћање или одбијање појединог дијагностичког, односно терапијског поступка“ (чл. 17. и 18). У интересу пацијента, особа законски заступник, односно старатељ пацијента, може сагласност у било које вријеме повући потписивањем изјаве о одбијању појединог дијагностичког, односно терапијског поступка. Уколико су интереси пацијената и њихових законских заступника, односно старатеља супротстављени, здравствени радник је дужан одмах о томе

обавијестити надлежни центар за социјалну заштиту. Поступак се може проводити без пристанка законског заступника, односно старатеља пацијента само док траје опасност да је непосредно угрожен његов живот или би му пријетила озбиљна и непосредна опасност од тежег оштећења његовога здравља.

6.12. Право на повјерљивост информација и приватност

Право пацијента на повјерљивост информација и приватност је у непосредној вези са правом на информацију, правом на одбијање информације и правом пацијента на тајност података. Одредбом чл. 8. Европске конвенције о заштити људских права и основних слобода, гарантовано је право на поштовање приватног и породичног живота. На тај начин се штите лична добра. Међутим, у садржају ове норме Конвенције изостала је дефиниција тих појмова, а то значи и истовремено елемената њиховог одређења. Појам приватности се не може одредити без остатка, пошто су неисцрпни његови облици материјализације. Живјети сопствени живот са садржајем који припада *in concreto* физичком лицу, искључује неовлашћено мијешање другог лица у тај амбијент. У конкуренцији са другим људским правима, оно трпи ограничење чији је циљ остваривање других људских права. Мијешање у приватност мора бити сразмјерно заштити других права[639]. У Кодексу медицинске етике и деонтологије, право на повјерљивост информација и приватност у оквиру биомедицинских истраживања је регулисано одређивањем да је дужност љекара да у медицинским истраживањима штити живот, здравље, приватност и достојанство испитаника (пацијента). Према Повељи о правима пацијената у БиХ, сваки појединац има право на повјерљивост личних информација, укључујући информације у вези са за његовим/њеним здравственим стањем и потенцијалним дијагностичким и терапеутским процедурама, као и на заштиту његове или њене приватности у току извођења дијагностичких прегледа, посјета специјалисти и медицинских/хируршких третмана уопштено. Сви подаци и информације које се односе на здравствено стање појединца и на медицинске/хируршке третмане којима су он или она подвргнути се морају сматрати приватним и, као такве, морају бити адекватно заштићене[640]. Повјерење, између осталог, подразумијева да ће услуге које се траже бити извршене на беспријекоран и квалитетан начин. Однос између љекара и пацијента има и дубљу етичку вриједност. То повјерење почива на стручном знању љекара и на његовој љубави према човјеку који пати и страда, на спремности да пацијента не сматра објектом медицинског старања него сарадником који је директно укључен у процес оздрављења. Вјеровање пацијента у љекара значи очекивање да ће љекар при лијечењу употријебити сву своју пажњу и све своје знање којим располаже[641].

---

[639] Живковић Боривоје, „Право на приватност запослених и видео надзор“, *Правни информатор*, Intermex, Београд, стр. 3-5.

[640] Лична приватност мора бити поштована и током медицинских третмана (дијагностички прегледи, посјете специјалисти, медикаментозно лијечење, итд.), који се морају одвијати у одговарајућем окружењу и у присуству само оних који заиста морају бити присутни (ако пацијент није изричито дао пристанак или захтијевао другачије).

[641] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 73.

Претпоставка да љекар буде одговоран и да поступа по савјести јесте да слободно доноси одлуке у складу са правилима професије те да поштује право и медицинску етику.

Повјерљивост личних информација које је пацијент саопштио љекару, а које се односе на његово здравствено стање и потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре, подразумијевају забрану љекару да без писаног пристанка пацијента саопшти другим лицима личне податке о пацијенту, осим у случајевима када је на то обавезан посебним законом. Личне информације пацијента о здравственом стању су његово приватно власништво, које су, и поред законске заштите, заштићене и етиком здравствених радника, те успостављањем повјерења између љекара и пацијента. Током дужег времена пацијент је упућен на једну особу – љекара, што је значајно са аспекта размјене информација, јер љекар упознаје пацијента, историју његове болести, социјални амбијент у којем пацијент живи и ради, насљедне болести у породици и слично. У овом случају, пренос информација је двосмјеран. Љекар информише пацијента о стању његовог здравља, дијагностичким и терапијским поступцима које предлаже за његово лијечење. Такође, пацијент информише љекара о симптомима, социјалним условима у којима живи, о предностима и недостацима предложених опција дијагностике и лијечења по његовом виђењу. Право на повјерљивост података који се односе на стање здравља пацијента, његове дијагностичке и терапијске процедуре, произлазе из права личности које разним средствима штите персоналитет човјека. Личност човјека није само психолошка категорија човјека, него је и правни појам[642]. Једно од права личности је и право на приватност односно заштиту приватног живота које јамчи и тајност података о човјековом приватном животу и о стању његовог здравља.[643] Опште је прихваћено да су људско достојанство, тјелесни и духовни интегритет, човјекова приватност, лични и породични живот, неповредиви.

За обављање љекарске дјелатности значајно је да се њен успјех темељи на узајамном повјерењу љекара и пацијента, те да друштвени разлози траже да им се осигура успјех зајамчивањем дискреције[644]. Повјерење је темељ на којем почива однос пацијента и љекара, те етика и професионални кодекс медицине. Савремену медицину карактерише надилажење традиционалног љекарског патернализма, пошто су данас љекар и пацијент једнакоправни субјекти у клиничком окружењу[645]. Изричито и досљедно поштовање обавезе чувања тајне од стране љекара охрабрује пацијента да му се обраћа за пружање медицинске помоћи. С друге стране, и љекарска тајна користи љекару, јер он своју стручну дјелатност може квалитетно обављати само ако од пацијента добије

---

[642] Radolović Aldo, „Pravo osobnosti u novom Zakonu u obaveznim odnosima“, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, vol. 27, 1/2006, стр. 133.

[643]Заштита психичког интегритета личности, такође је регулисана и у Закону о облигационим односима, који прописује поступак правне заштите путем тужбе за пропуштање повреде права на психички интегритет и тужбе за уклањање повреде, а нарочито у оквиру одредби о накнади (не)материјалне штете. Закон о облигационим односима („Службени лист БиХ“, бр. 13/93, 13/94) и Закон о облигационим односима („Службени лист СФРЈ“, број 27/78 и "Службени гласник Републике Српске", број 17/93 и 74/04), у даљем тексту ЗОО.

[644] Triva Siniša, Dika Mihajlo, *Građansko parnično procesno pravo. VII izmijenjeno i dopunjeno izdanje*, Narodne novine, Zagreb 2004, стр. 520.

[645] Bošković Z., *Закон о лијечништву – реформа здравственог законодавства Републике Хрватске*, Хрватска правна ревија, година III, 2003, бр. 9, стр. 79.

информације које су му нужне за дијагнозу и терапију[646]. Професионално повјерење се не подразумијева само по себи, оно се доказује унутар конкретног односа у конкретном случају. Однос даваоца и корисника здравствене услуге, гледајући с правног аспекта, најчешће је (неименовани, неформални) уговорни однос, па здравствени радници требају из тог основа поштовати приватност повјерених података у вези са пружањем услуга које су им повјерене[647]. Повјерење на којем се заснива љекарска тајна није у вези са конкретном физичком особом љекара, него са љекаром као носиоцем љекарске функције[648]. Здравствене установе, односно здравствени радници, треба да обезбиједе звучну и визуелну приватност пацијента приликом прегледа и извођења медицинских поступака, осим у хитним случајевима[649]. Правила о болничком миру и тишини служе за заштиту приватности, јер омогућавају пацијентима у болници задовољење потребе за физичком самоћом и душевним миром. Пацијенти који су примљени у здравствену установу с правом очекују простор који осигурава приватност, посебно у случају личне његе, обављању дијагностичких поступака или терапијских услуга. Обезбјеђење адекватног простора у нашим здравственим установама регулисано је Правилником о условима за почетак рада здравствене установе[650], а он задовољава усвојене стандарде.

У анализираним законима, право на повјерљивост информација и приватност је регулисано тако што пацијент има право на повјерљивост личних информација које је саопштио надлежном доктору, укључујући и оне које се односе на његово стање здравља и потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре. Право на повјерљивост значи да пацијент има право на повјерљивост података који се односе на стање његовог здравља у складу са прописима о чувању професионалне тајне и заштити личних података. Забрањено је да надлежни доктор, без писменог пристанка пацијента, саопшти другим лицима личне податке о пацијенту, осим када је на то обавезан посебним законом. Пацијент има право на заштиту своје приватности током спровођења дијагностичких испитивања, посјете специјалисти и медицинско-хируршког лијечења у цјелини. Право на приватност значи да при прегледу, односно лијечењу, а нарочито приликом пружања личне његе, пацијент има право на услове који осигуравају приватност. Прегледу пацијента и предузимању медицинских мјера уопште, могу присуствовати само они

[646] Rehberg J., *Handbuch des Artzrechts*, Zurich, 1994, seite 33; према Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 340.
[647] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 162.
[648] Јовановић Љубиша, *Лекарска тајна – кривично правна разматрања*, Институт за упоредно право, Београд 1959, стр. 16.
[649] Пацијенти имају право тражити од здравствених радника да воде рачуна о заштити њихове приватности. Потпуна заштита физичке приватности није могућа будући да обављање здравствене дјелатности претпоставља физичке контакте између здравствених радника и пацијената приликом прегледа, терапије и хоспитализације, те се по логици ствари подразумијева да је пацијент унапријед сагласан на такве контакте због своје жеље за оздрављењем. Медицински третмани у којима учествују неовлаштене особе, укључујући ту и болничке намјештенике, гледаоце и камере уз њихово узглавље, треба се сматрати нападом на њихову приватност. Амерички пацијенти су склони једнокреветним собама или преферирају љекара истог пола, а што се тумачи страхом од губитка физичке приватности и жељом да се она заштити. Медицински третмани у којима учествују неовлаштене особе, укључујући и болничке намјештенике, може се сматрати нарушавањем приватности.
[650] Правилник о условима за почетак рада здравствене установе „Службени гласник Републике Српске“, бр. 121/11).

здравствени радници, односно здравствени сарадници који непосредно учествују у прегледу пацијента и предузимању медицинских мјера.

Према Закону о здравственој заштити Републике Српске (чл. 29. и 30), ако је пацијент дао пристанак, надлежни доктор може саопштити податке о здравственом стању пацијента пунољетном члану породице пацијента, а без тог пристанка онда када је то неопходно ради избјегавања здравственог ризика члана породице. Прегледу пацијента могу присуствовати здравствени радници који предузимају медицински третман, студенти медицине, ученици медицинске школе, а за лица до 15 година живота и пословно неспособна лица родитељ, законски заступник или старалац. Не упуштајући се у питање намјере законодавца да на овај начин ријеши један облик едукације будућих здравствених радника, сматра се да је тиме нарушено право пацијента на приватност и да стога *de lege ferenda* ваља преиспитати ову одредбу и предложити другачије рјешење којим се штити приватност пацијента. Поред тога, треба регулисати да пацијент има право на повјерљивост личних информација које је саопштио надлежном доктору и послије пацијентове смрти у складу са заштитом људских права у којима права личности имају значајно мјесто (постмортална заштита права личности).

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, *право на повјерљивост информација и приватност* је регулисано у оквиру „права на повјерљивост информација и приватност“ (чл. 25. и 26): Забрањено је да надлежни здравствени радник саопшти другим лицима личне податке о пацијенту, осим у случају смрти пацијента. Изузетно од правила да прегледу пацијента и предузимању медицинских мјера смију присуствовати само здравствени радници и здравствени сарадници који су укључени у његов третман, пацијент има право затражити да прегледу и извођењу медицинских поступака присуствују чланови његове породице или лица која он одреди, док при прегледу дјеце до 15. године живота односно лица лишених пословне способности, обавезно присуствује један од родитеља, а ако их дијете нема обавезно присуствује законски заступник или старатељ[651].

У Закону о правима пацијената Републике Србије, *право на повјерљивост информација и приватност* регулисано је у оквиру два права: „право на приватност и повјерљивост“ и „право на повјерљивост података о здравственом стању пацијента“. По правилу, прегледу пацијента и предузимању других медицинских мјера, могу присуствовати ученици и студенти школа и високошколских установа здравствене струке, у сврху обављања практичне наставе, као и здравствени радници и здравствени сарадници, у току обављања приправничког стажа и стручног усавршавања, осим ако то пацијент одбије. Пацијент може дати пристанак и за присутност других лица, приликом његовог прегледа и предузимања медицинских мјера уопште. На изричит захтјев пацијента, прегледу који обавља надлежни доктор медицине, односно доктор стоматологије, не могу присуствовати други здравствени радници, односно здравствени сарадници. Током боравка у стационарној здравственој установи, пацијент има право примања посјетилаца,

[651] Здравствене установе односно здравствени радници требају осигурати звучну и визуелну приватност пацијената приликом прегледа и извођења медицинских поступака, осим у хитним случајевима.

у складу са кућним редом здравствене установе, као и право да забрани посјете одређеном лицу или лицима. Право на повјерљивост података о здравственом стању пацијента значи да подаци о здравственом стању, односно подаци из медицинске документације, представљају нарочито осјетљиве податке о личности пацијента. Ове податке дужни су да чувају сви здравствени радници, односно здравствени сарадници и друга лица запослена у здравственим установама, приватној пракси, организационој јединици високошколске установе здравствене струке која обавља здравствену дјелатност, другом правном лицу које обавља одређене послове из здравствене дјелатности, организацији обавезног здравственог осигурања, као и правном лицу које обавља послове добровољног здравственог осигурања, код којих је пацијент здравствено осигуран, а којима су ти подаци доступни и потребни ради остваривања законом утврђених надлежности. Нарочито осјетљивим подацима о личности пацијента сматрају се и подаци о људским супстанцама, на основу којих се може утврдити идентитет лица од кога оне потичу. Наведена лица, као и друга лица која неовлашћено, односно без пристанка пацијента или законског заступника, располажу подацима из медицинске документације и неовлашћено износе у јавност те податке, одговорни су за одавање нарочито осјетљивих података. Дужности чувања података поменута лица могу бити ослобођена само на основу писменог пристанка пацијента, односно његовог законског заступника или на основу одлуке суда. Изузетно, надлежни здравствени радник може саопштити податке о здравственом стању пацијента пунољетном члану уже породице и у случају када пацијент није дао пристанак на саопштавање података о свом здравственом стању, али је саопштавање тих података неопходно ради избјегавања здравственог ризика за члана породице. Пацијент, односно његов законски заступник има право на копију медицинске документације и сноси неопходне трошкове израде копије медицинске документације. Изводи, односно копије медицинске документације за умрлог члана породице могу се дати пунољетном члану уже породице, односно законском заступнику, на његов захтјев, ради остваривања законом утврђених права. Дијете, које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, има право на повјерљивост података који се налазе у његовој медицинској документацији. Надлежни здравствени радник, и поред захтјева дјетета да се информације о његовом здравственом стању не саопште његовом законском заступнику, дужан је да у случају озбиљне опасности по живот и здравље дјетета, информације о његовом здравственом стању саопшти његовом законском заступнику.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право на повјерљивост информација и приватност* је регулисано у оквиру „права на приватност и повјерљивост“ (чл. 27. 28. и 29): Пацијент може дати сагласност за присуство других лица приликом прегледа и предузимања медицинских интервенција над њим у складу са медицинским стандардима и праксом. Пацијент има право да одреди лица којима се може дати обавјештење, као и лица која су искључена или која могу бити дјелимично обавијештена о његовој болести и очекиваном исходу. Пацијент има право да одреди лица која могу бити обавијештена о његовом пријему у здравствену установу и о здравственом стању, као и лица којима ова информација не може бити саопштена. Током боравка у здравственој установи пацијент има право да прима посјете и комуницира са другим лицима, у складу са

законом и општим актима установе о условима боравка и понашања у тој установи. Здравствена установа је дужна да о пријему пацијента у здравствену установу обавијести лица која је пацијент одредио за пријем обавјештења, као и да их редовно обавјештава о промјенама његовог здравственог стања.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, *право на повјерљивост информација и приватност* такође је регулисана у оквиру два права: „право на повјерљивост“ и „право на приватност“. Пацијент има право дати усмену или писану изјаву о особама које могу бити обавијештене о његову пријему у стационарну здравствену установу, као и о његовом здравственом стању. Пацијент може именовати и особе којима забрањује давање тих података.

6.13. Право на тајност података

6.13.1. Дужност чувања професионалне тајне као етичка и правна обавеза

Право на тајност података се посматра и тумачи заједно са правом на повјерљивост информација и приватност и правом на увид у медицинску документацију. Подаци из медицинске документације, који се односе на стање здравља пацијента, потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре, као и личне информације које је пацијент саопштио надлежном доктору, имају карактер професионалне тајне ако се дужност чувања тајности тих података односи на здравствене раднике и здравствене сараднике. Према Повељи о правима пацијената у БиХ, *право на тајност података* (чл. 7) значи да сваки појединац има право на повјерљивост личних информација, укључујући информације у вези са здравственим стањем и потенцијалним дијагностичким и терапеутским процедурама, као и на заштиту приватности у току извођења дијагностичких прегледа, посјета специјалисти. Сви подаци и информације које се односе на здравствено стање појединца и на медицинске/хируршке третмане сматрају се приватним и морају бити адекватно заштићени. Лична приватност мора бити поштована током медицинских/хируршких третмана који се морају одвијати у одговарајућем окружењу и у присуству само оних који заиста морају бити присутни (осим ако пацијент није изричито дао пристанак или захтијевао).

Дужност чувања професионалне тајне одговара пацијентовом праву на приватност и повјерљивост информација. Нису само заштићени подаци они који се налазе у медицинској документацији, него и други подаци о здравственом стању пацијента. То су информације које пацијент усмено саопшти љекару, а који се односе на породичне прилике и живот пацијента, на окружење у којем живи и ради и чије би откривање могло негативно утицати на здравствено стање пацијента, статус у друштву и однос повјерења између њега и љекара (породичне неслоге, ванбрачне везе и слично).

Када се говори о тајни у контексту тајности података, потребно је разјаснити неке терминолошке разлике, које се појављују код неких аутора. *Тајном* можемо држати податак који је познат и који смије бити познат само одређеном кругу особа, а при томе морају постојати одређене друштвене норме које бране изношење таквих података изван тог круга особа. Тајну представљају саме чињенице сазнате у обављању позива или на

неки други повјерљив начин, које не могу бити саопштене јавности, а да се при томе не нанесе штета интересима појединаца или заједнице. У начелу, све врсте тајни би могли сврстати у двије основне групе: *јавне* и *приватне* тајне. У јавну тајну се могу сврстати подаци које су у складу са прописаним условима дужни чувати: државна тијела, тијела јединица локалне самоуправе, правне особе са јавним овлашћењима, те правне и физичке особе које остваре приступ или поступају с класифицираним и некласифицираним подацима. Ту, свакако, по врсти спадају државна, војна и службена тајна, а може се и убројити и пословна тајна, јер је у вези са за тајношћу података правних, а не физичких особа, као што је то случај код приватних тајни. *Професионална тајна* јесте податак о личном или породичном животу странака, које сазнају адвокати, нотари, доктори медицине, доктори стоматологије, магистри фармације и други здравствени радници, психолози, социјални радници, вјерски исповједници и друге особе у обављању свога звања. Свако је дужан чувати професионалну тајну, без обзира на начин сазнања или прибављања тајних података, односно стицања могућности увида у тајне податке, а недвосмислено се ради о тајни. Тајна не мора потицати искључиво од особе на коју се подаци и чињенице односе, већ може бити сазната и на неки други начин. Да би се неки повјерљиви податак или чињеница могла сматрати тајном сазнатом у обављању (љекарског) позива, мора постојати узрочна веза између сазнања те чињенице и самог обављања позива[652]. Професионална тајна је туђа тајна, а не тајна припадника одређених професија. Припадник слободне професије дужан је чувати туђе тајне као своје професионалне тајне, тајне својих клијената с којим долази у дотицај и с којима свакодневно ради. *Приватна* или *лична* тајна представља сазнање одређених података једне особе од стране друге, на основу блиског односа и личног повјерења које постоји између њих. Приватни интереси примаран су предмет правне заштите која се остварује институтима пословне и професионалне тајне[653]. *Лична тајна* јесте податак о особи која је законом, другим прописом или општим актом надлежних тијела донесеним на основу закона, одређен тајном. Лични податак је свака информација која се односи на идентификовану физичку особу или особу чији се идентитет може утврдити директно или индиректно, посебно на основу једног или више обиљежја специфичног за њен физички, психолошки, ментални, економски, културни или социјални идентитет. У субјективном смислу, лична тајна би се могла дефинисати као податак који је познат само особи на коју се односи, а која не жели да буде познат другим особама или ширем кругу особа[654]. Закон о заштити личних података БиХ[655] дефинише да лични подаци подразумијевају било коју информацију која се односи на физичку особу на основу које је утврђен или се може утврдити идентитет особе[656]. Личне податке о пацијенту и његовом здравственом стању, као службену тајну, треба да чувају здравствени радници

[652] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 368-370.
[653] Cvrcić Renata, „Poslovna, profesionalna i službena tajna“, *Pravo i porezi*, 9/2006, str. 50.
[654] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 369.
[655] Закон о заштити личних података („Службени гласник БиХ“, бр. 49/06, 76/11 и 89/11), у даљем тексту ЗЗЛП БиХ.
[656] Према истом закону (чл. 3), носилац податка је физичка особа чији се идентитет може установити или идентификовати, непосредно или посредно, посебно на темељу јединственог матичног броја, те једног или више фактора својствених за физички, физиолошки, ментални, економски, културни или социјални идентитет те особе. Посебна категорија података су сви лични подаци који, између осталог, откривају здравствено стање и генетски код.

и здравствени сарадници и друга лица запослена у здравственим установама, осигуравајућим друштвима гдје је пацијент осигуран, овлаштени оцјењивачи вањске провјере квалитета у здравственој установи, те овлаштени оцјењивачи у поступку акредитације здравствених установа. Дужност чувања тајности личних података из медицинске документације подлијежу лица која учествују у изради и објављивању стручних и научних радова, лица која учествују у изради економско-пропагандних материјала, као и лица која учествују у наставном процесу у здравственим установама, а која дођу до личног податка пацијента. Уколико пацијент због повреде професионалне тајне претрпи штету, здравствена организација је дужна да је надокнади[657]. Медицинске податке траже осигуравателји, послодавци, произвођачи лијекова, банке, државна тијела и здравствена тијела, као и у друге комерцијалне сврхе. Због свега наведеног, може се говорити о *службеној тајни*. До откривања љекарске тајне може доћи посредно, ако љекар не похрани медицинску документацију на прописан начин, у неким од сљедећих случајева: показивањем отпусне листе послодавцу ради правдања изостанка и одобрења боловања, на захтјев судова или других државних тијела у поступку судско-медицинског вјештачења, температурне листе извјешене на кревету болесника, телефонских разговора доктора о тајним подацима у присуству треће особе и др.

У правној теорији влада мишљење да појам професионалне тајне медицинских посленика треба тумачити широко, тако да он поред болести и болесника обухвати и податке о личним, породичним, професионалним, економским и финансијским приликама пацијента, као и његове односе са другима[658]. Према Медицинској енциклопедији, љекарска тајна је врста позивне или професионалне тајне, која је у вези са обављањем љекарског позива[659]. Љекарска тајна је начело медицинске етике, која се односи на оно што је болесник повјерио свом љекару[660]. У Кодексу медицинске етике и деонтологије се наводи да је *љекарска тајна с*ве оно што је љекар, обављајући своју дужност, сазнао. Љекар је дужан да је чува и пред болесниковом породицом, ако то болесник жели, а и након његове смрти, осим када би чување љекарске тајне угрозило живот и здравље других људи. Чување љекарске тајне протеже се и на информационе системе у којима се чувају подаци. Назнаке института *љекарска тајна* може се наслутити још у Хамурабијевом законику, а касније и у Хипократовој заклетви, која је настала у V вијеку п.н.е. Ову заклетву полагали су приликом ступања на дужност сви љекари, а један дио текста заклетве садржи љекарску тајну: *Све што сазнам приликом вршења моје професије или свакодневног пословања са људима, а што не треба ширити даље, чуваћу као тајну и никада нећу открити.* Чување љекарске тајне било је прије XIX вијека само морална дужност љекара. Схватања о искључиво етичком карактеру љекарске тајне имало је своје предности, а слабост је била у тешкоћи да се на сигуран и достојан начин примјене санкција против прекршитеља. Њемачко право пружа апсолутну заштиту од

[657]ЗОО, чл. 170, став 2, судска пракса – Врховни суд је одлучио као у изреци на основу чл. 393. *ЗПП* (у предмету ВССр, Рев-392/03 од 15.5.2003; Билтен ВССр 2/2004).
[658] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 158.
[659] Види: Šercer Ante (ur.), *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4, Jugoslavenski leksikografski zavod Zagreb 1969, стр. 294.
[660] Види: Dorland Newman, Anderson Douglas, *Dornald 's Medical Dictionary*, 28. ed., Elsevier health sciences, 1994, стр. 368.

откривања љекарске тајне, док неке земље нису прихватале чување љекарске тајне као законску обавезу, већ је она остала као морално право и лична ствар која се тиче само љекара и болесника, а не и државе. Овакво становиште је заступљено и у англоамеричком праву[661]. Америчко право уређује институте љекарске тајне, уважавајући понајвише право на приватност, а при томе се посебно води рачуна о анонимности тужитеља-пацијента током судског поступка[662].

Апсолутна обавеза чувања љекарске тајне могла се захтијевати и поштовати док је постојао непосредан однос између љекара и пацијента. Са социјализацијом медицине, поред љекара у лијечењу болесника учествује читав низ особа, као што су фармацеути, стоматолози, медицинске сестре, лаборанти, студенти, па и административно особље, а све су те особе на неки начин упућене у одређену тајну. Заштита љекарске тајне постаје све тежа и због компјутеризације медицинске документације, телемедицине, те електронске обраде података, обављања медицинских интервенција у различитим установама, учешће у пружању медицинских услуга све већег броја особа и све већег интереса јавности и медија за информисањем о здравственом стању појединих пацијената (јавне личности, могуће заразне болести и слично)[663]. Ове промјене у обављању здравствене дјелатности и све већи број учесника у обезбјеђењу здравствене заштите траже да се чување љекарске тајне протеже на све здравствене раднике и здравствене сараднике, као и на друга лица која у обављању својих радних обавеза дођу до података о здравственом стању пацијента. Управо због тога, у правној и медицинској литератури све више се говори о појму *медицинска тајна* или *здравствена тајна*, која би обухватала све учеснике у пружању здравствених услуга и тиме их обавезује да чувају пацијентову тајну. Појам *медицинска тајна* користи се у упоредном праву (енг. *medical professional secret*) за означавање ове врсте тајне.

Савремени проблеми са љекарском тајном које треба размотрити приликом регулисања су сљедећи[664]: социјални (љекарска свједочанства, запослење, осигурање, пензија); медицински (интердисциплинарност, интеракције, нуспојаве лијекова, документација, снимке, фотографије); социјално-медицински (забране болесника гдје би непоштовање љекарске тајне користило); електронски (компјутеризација, телемедицина). Потребно је предузети низ мјера правне, организационе и техничке природе, којима би се постигла разумна мјера заштите приватности/чувања љекарске тајне, јер је апсолутну приватност немогуће зајамчити. Дужност чувања професионалне тајне ослабљена је и општим друштвеним напретком и напретком саме медицинске дјелатности. Љекарску тајну треба у пракси ојачати и основним начелима медицинске етике и деонтологије. Та свијест се не односи у првом реду на релевантне документе и прописе и оно што је у њима записано. Та свијест се односи на конкретне људе, у овом случају љекаре и морални статус њихове професије. Највише се може постићи правилним васпитањем и едукацијом, са гледишта морала и етике, медицинских радника и цјелокупне јавности, те истрајавањем у изградњи жељене културе на националном нивоу.

---

[661] Јовановић Љ., *op.cit.,* стр. 123.
[662] Петровић-Шкеро Вида, „Лекарска тајна и вештачење“, *Свет рада*, vol. 1, 4/2004, стр. 449-450.
[663] Bošković Zvonimir, „Profesionalna liječnička tajna“, *Informator*, Zagreb, br. 5329, 2005, str. 12.
[664] Ibidem, str. 12.

Право на повјерљивост/приватност и тајност података је уређена Законом о заштити личних података[665] и Законом о слободи приступа информацијама[666]. Ови закони такође садрже правне норме које регулишу однос између љекара и пацијента. Љекар је дужан да, у пуној мјери, чува професионалну тајну и послије смрти дотичног пацијента. У неким кривичним законима, то је изричито прописано, али би такав став ваљало подразумијевати и без одговарајућег прописа. У случају сумње, љекар треба увијек да се одлучи за посмртну обавезу ћутања[667]. Право човјека на приватност не гаси се његовом смрћу.

6.13.2. Одавање љекарске тајне

Повреда податка о здравственом стању особе може се одразити на њен приватни живот. Неовлаштено одавање љекарске тајне може за особу која је повриједила љекарску тајну имати различите посљедице и одговорност, моралне и психолошке посљедице. Непоштовање љекарске тајне има највише штетне психолошке и моралне посљедице. Непридржавање етичких начела од стране љекара може довести до његове дисциплинске и кривичне одговорности, али је он ипак највише подвргнут суду властите савјести[668]. За разлику од осталих правила медицинског права, етичка правила су редовно кодифицирана у посебним етичким, односно деонтолошким кодексима, као што је Кодекс медицинске етике и деонтологије. Морална обавеза љекара да чува љекарску тајну појачана је правним нормама које прописују кривичну одговорност љекара ако неовлаштено открије тајну коју је сазнао у обављању свог позива[669]. *Кривично дјело* одавања љекарске тајне спада у категорију *delicta propria*, односно могу га извршити само оне особе које обављају здравствену службу, што у ширем тумачењу појма здравствене службе може обухватити и здравствену администрацију[670]. Заштитни објекат је право грађана на личну тајну, односно подаци сазнати у вршењу одређеног позива. Штити се интимност особе, а преко ње и потреба правилног функционисања одређеног јавног позива и дјелатности, јер се однос радника ових служби и грађана заснива на међусобном повјерењу, укључујући јемство да ће лична тајна бити поштована[671]. Као посебан основ искључења противправности овог кривичног дјела јесте случај допуштеног откривања љекарске тајне, независно о схватању пацијента, у општем интересу или интересу друге особе, који је претежнији од интереса чувања љекарске тајне. Под општим интересом може се, на примјер, сматрати случај потребе откривања кривичног дјела спречавања заразе и слично. Допуштено откривање љекарске тајне у интересу друге особе постојало би, на примјер, ако родитељу треба казати да му дијете болује од тешке болести, дакле лични чији је интерес откривања већи од интереса неоткривања. Дјело неће бити противправно ни онда ако је тајна одата уз пристанак

[665] ЗЗЛП БиХ, чл. 16.
[666] ЗПИ РС, чл. 8.
[667] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 160.
[668] Зечевић Д. и сур., *op.cit.*, стр. 220.
[669] Bošković Z., (2005v) *op.cit.*, стр. 11.
[670] *Medicinska enciklopedija*, op. cit., стр. 295.
[671] Bačić Franjo, Pavlović Šime, *Komentar Kaznenog zakona*, Organizator, Zagreb, 2004, стр. 548-549.

пацијента, а такав учинак могу имати и општи разлози искључења противправности, ако је нпр. крајња нужда или претпостављени пристанак.

Разликују се различити облици одговорности: прекршајна, дисциплинска, кривична и грађанска одговорност. Због одавања љекарске тајне, љекар може одговарати прекршајно према одредбама закона којим се уређује професионална тајна, односно статус и рад љекара. Дисциплинској одговорности подлијеже љекар у случајевима када се огријеши о дужности које има као члан установе у којој ради. Кривична и прекршајна одговорност или дисциплинска одговорност у здравственој установи или другом правном лицу које обавља здравствену дјелатност не искључује дисциплинску одговорност љекара пред надлежном комором. Грађанска одговорност значи да пацијент има право на повјерљивост података који се односе на стање његовог здравља у складу са прописима о чувању професионалне тајне и заштите личних података, а у случају повреде тог његовог права пацијент има право на накнаду штете.

Дужност чувања љекарске тајне није апсолутна, а љекар не поступа неовлашћено, односно противправно, ако тајну открије из оправданих разлога. Тако љекар нема обавезу чувања тајне[672]: ако су га пацијент или његов законски заступник ослободили те обавезе; ако околности конкретног случаја оправдавају претпоставку да је овлаштена особа (пацијент или његов законски заступник) сагласан са откривањем тајне; ако податке који представљају љекарску тајну ради лијечења пацијента треба одати другом љекару; ако чување тајне битно угрожава живот или здравље пацијента или живот, здравље или неки други претежнији интерес трећих особа; ако га на одавање тајне обавезују законски прописи (и у том случају љекар о томе треба извијестити пацијента); ако податке који представљају тајну треба доставити овлаштеним тијелима; ако податке који представљају тајну објављује на предавањима или у научним публикацијама (уз заштиту идентитета пацијента); те ако чување тајне битно угрожава неки претежнији интерес самог љекара.

6.13.3. Упоредна анализа закона

У анализираним законима право на тајност података се штити правилима по којима лични подаци и информације које је пацијент саопштио надлежном здравственом раднику, како они који се односе на његово здравствено стање и потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре тако и подаци из медицинске документације, представљају тајну. Праву пацијента на повјерљивост личних података и информација одговара забрана да надлежни доктор или други здравствени радник, без писменог пристанка пацијента, саопшти поменуте податке о пацијенту. Дужности чувања тајности података, могу бити ослобођени и у случајевима предвиђеним правним прописима.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске, *право на тајност података* је регулисано у оквиру "права и обавеза грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите" (чл. 29): Ако је пацијент дао пристанак, надлежни доктор може саопштити

[672]Детаљније о томе код Čizmić Jozo, „Ovlašteno i neovlašteno otkrivanje podataka zaštićenih liječničkom tajnom", *Актуалности здравственог законодавства и правне праксе*, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Centar za cjeloživotno obrazovanje i Centar za medicinsko pravo, Novalja-Split, 2009, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 378-386.

податке о здравственом стању пацијента пунољетном члану породице пацијента, а то може учинити и у случају када пацијент није дао пристанак, али је то неопходно ради избјегавања здравственог ризика члана породице.

Према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, *право на тајност података* (чл. 27, 28. и 29) обухвата и обавезу чувања података и од стране лица која: учествују у изради и објављивању стручних и научних радова, у маркетиншким материјалима здравствених установа, у наставном процесу у здравственим установама и том приликом дођу у посјед личних података о пацијенту и његовом здравственом стању. Приликом обраде личних података и посебних категорија података, здравствене установе, приватне праксе, правна и физичка лица су дужна примјењивати пропис о заштити личних података. Право на тајност личних података пацијента проширује се и на његово право да након своје смрти ограничи кориштење таквих информација само на лица која пацијент за живота одреди. Ако пацијент својом вољом то није одредио, право на увид у личне податке умрлог пацијента имају само пацијентови насљедници (у смислу прописа о насљеђивању), а према сљедећем искључивом редослиједу: брачни партнер, ванбрачни партнер; пунољетна дјеца, родитељи или усвојитељи.

Према Закону о правима пацијената Републике Србије (чл. 21, 22, 23 и 24), нарочито осјетљивим подацима о личности пацијента сматрају се и подаци о људским супстанцама, на основу којих се може утврдити идентитет лица од кога оне потичу. Наведена лица, као и друга лица која неовлашћено, односно без пристанка пацијента или законског заступника, располажу подацима из медицинске документације у супротности са овим чланом и неовлашћено износе у јавност те податке, одговорни су за одавање нарочито осјетљивих података. Изузетно, надлежни здравствени радник може саопштити податке о здравственом стању пацијента пунољетном члану уже породице и у случају када пацијент није дао пристанак на саопштавање података о свом здравственом стању, али је саопштавање тих података неопходно ради избјегавања здравственог ризика за члана породице. Пацијент, односно његов законски заступник има право на копију медицинске документације и сноси неопходне трошкове израде копије медицинске документације. Изводи, односно копије медицинске документације за умрлог члана породице могу се дати пунољетном члану уже породице, односно законском заступнику, на његов захтјев, ради остваривања законом утврђених права. Дијете које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, има право на повјерљивост података који се налазе у његовој медицинској документацији. Надлежни здравствени радник, и поред захтјева дјетета да се информације о његовом здравственом стању не саопште његовом законском заступнику, дужан је да у случају озбиљне опасности по живот и здравље дјетета, информације о његовом здравственом стању саопшти његовом законском заступнику.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право на тајност података* је регулисано у оквиру „права на приватност и повјерљивост“ (чл. 27): Током посјете доктору, спровођења дијагностичких испитивања и/или терапијских процедура, пацијент има право на заштиту своје приватности.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске *право на тајност података* је регулисано у оквиру „права на повјерљивост“ (чл. 25): Пацијент има право на повјерљивост података који се односе на стање његовог здравља у складу са прописима о чувању професионалне тајне и заштити личних података. Пацијент има право дати усмену или писану изјаву о лицима која могу бити обавијештена о његову пријему у стационарну здравствену установу као и о његовом здравственом стању. Пацијент може именовати и лица којима забрањује давање тих података.

6.14. Право пацијента над којим се врши медицински експеримент

Медицински експеримент и стандардни медицински поступак чине двије супротности. Стандардни медицински поступак је онај поступак који љекари исте струке или клинике и исте специјалности уобичајено примјењују. Ако се умјесто њега примјени неки нови поступак или лијек који дотле није уопште признат, односно примјењиван, или барем није признат ни примјењиван од стране знатног броја љекара, тада је ријеч о *огледу* или *експерименту*. Прва примјена неког новог лијека или хируршког поступка јесте увијек експеримент, чији исход је неизвјестан. Разлика експеримента и стандардног лијечења није у томе што је први несигуран, а други сигуран. Они се разликују по томе што је један признат, док се други налази у стадијуму развоја или испробавања. Стога се и каже да је експеримент мјера која има за циљ да се задобије нови медицински стандард[673]. Теорија, законодавство и пракса, разликују два основна типа медицинских експеримента: *терапијски* и *чисто научни*. Терапијски подразумијева радњу чији је непосредан циљ да се болест конкретног пацијента утврди, лијечи или предуприједи новим средствима или поступцима. Експеримент је намијењен углавном да користи здрављу управо оног пацијента који у њему учествује, с тим да користи од њега могу имати и остали, будући пацијенти. Научни експеримент обавља се из чисто научних разлога, на здравим или на неодговарајућим болесним испитаницима, он не служи непосредно здрављу испитаника, већ претеже истраживачком научном циљу, тј. спознаји генералне терапијске вриједности одређеног поступка или лијека. Већина европских земаља прихвата разликовање теоријских и научних експеримената и оно има одређени практични значај. За терапијски експеримент важе општа правна правила о стандардном лијечењу, а за научни експеримент на човјеку важе посебна правна правила.

Љекар може да примијени нове дијагностичке и терапијске мјере на болеснику ако не постоје одговарајуће стандардне мјере или ако стандардне мјере нису дале очекивано дејство, а у новим мјерама љекар види неку шансу[674]. Први услов допустивости терапијског експеримента је прикладан однос између користи и ризика. Ако се ради о

[673] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 255-256.

[674]Свјетски савез љекара о етичким начелима за медицинско истраживање на људима, тачка 32. Хелсиншке декларације 2000, која гласи: “У лијечењу пацијента гдје доказане профилактичке, дијагностичке и терапеутске методе не постоје или су се показале неучинковитима, лијечник с упућеним пристанком пацијента је слободан да користи недоказане или нове профилактичке, дијагностичке и терапеутске мјере, ако по процјени лијечника то нуди наду да би му то могло спасити живот, поправити здравље или олакшати патње. Гдје је то могуће, ове мјере би морале бити циљ истраживања с намјером да процијене њихову сигурност и учинковитост. У свим случајевима нове информације би морале бити забиљежене и кад је то могуће објављене”, види web презентацију: http://hrcak.srce.hr/11452, (29.5.2016).

лаком обољењу, мањим тегобама или патњама чије су шансе за изљечење стандардним методима добре, тада се пацијент не смије подвргнути експерименту који је повезан с великим ризиком. Ако пацијент тешко пати или се налази у смртној опасности, тада се може прихватити и велики ризик експеримента. Тако, на примјер, прве трансплантације срца су биле допуштене упркос опасности по живот примаоца. Уколико се покаже да је ризик већи него што се мислило и да је несразмјеран с очекиваном користи, терапију ваља прекинути[675].

Код терапијског експеримента посебан значај има пристанак пацијента и обавјештење које му ваља дати. Обавјештење треба да буде детаљно, да обухвати алтернативне могућности лијечења и разлоге због којих, умјесто стандардног, ваља обавити експериментално лијечење. Пристанак на лијечење мора се дати у писаној форми и он се може опозвати у свако вријеме[676]. Здравствена установа је обавезна да прије почетка експеримента осигура пацијента који му је подвргнут за случај настанка физичке повреде или нарушавања здравља који је изазван експериментом, у складу са законом. Пацијент који због њега претрпи физичку повреду или му се здравље наруши, има право на надокнаду штете у складу са законом. Здравствена установа је обавезна да закључи уговор са пацијентом којим се одређује износ надокнаде који припада пацијенту који учествује у експерименту[677].

Научни медицински експеримент не користи уопште здрављу испитаника или му не користи непосредно. Научни експерименти на људима су легитимни, али тај легитимитет није безграничан, него се мора кретати у границама правног поретка. Ма колико да је неко питање за медицинску науку важно, оно не оправдава употребу експерименталних средстава по сваку цијену[678]. Научни медицински експеримент изводи се на човјеку најчешће у виду нових операција и клиничког испитивања лијекова[679]: Научна основаност експеримента полази од ваљаног научно постављеног питања и хипотезе чија

---

[675] Свјетски савез љекара о етичким начелима за медицинско истраживање на људима, тачке 17. и 18. Хелсиншке декларације 2000, које гласе: "17. Лијечници би се морали суздржати од укључивања у истраживања на људима, осим ако су сигурни да је ризик прикладно процијењен и да се њиме може управљати на задовољавајући начин. Лијечници би морали зауставити истраживање ако је ризик већи од могуће добробити или ако постоји увјерљив доказ о позитивним и корисним резултатима; 18. Медицинско истраживање на људима би се смјело проводити само ако је важност циља већа од битних ризика за особу на којој се експеримент врши. Ово је посебно важно када су особе на којима се врши покус здрави добровољци." Хелсиншка декларација Свјетског медицинског удружења доступна на: http://hrcak.srce.hr/11452 (29.5.2016).

[676] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 257.

[677] ЗЗЗ РС чл. 28, тачка 7, 8. и 9.

[678] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 258.

[679] Свјетски савез љекара о етичким начелима за медицинско истраживање на људима, тачке 5. и 13. Хелсиншке декларације 2000, које гласе: "5. У медицинским истраживањима на људима приоритет би требала имати добробит људи на којима се врше покуси а не интереси знаности и друштва; 13. Нацрт и изведба сваког експерименталног поступка на људима мора бити јасно формулиран у експерименталном протоколу. Посебно изабран одбор за етичку процјену мора размотрити, прокоментирати, водити и гдје је то могуће одобрити овај протокол. Тај одбор мора бити неовисан од истраживача, спонзора, као било којег другог неприкладног утјецаја. Одбор мора бити у складу са законима и одредбама земље у којој се експеримент проводи. Одбор има право надзирати те покусе. Истраживач је обвезан пружити информације одбору посебно у случају озбиљних неповољних догађаја. Истраживач би такође морао одбору пружити на процјену податке који се тичу финанцирања, спонзора, придруживања подружница у институције и других могућих сукоба интереса и побуда за предмете покуса." Хелсиншка декларација Свјетског медицинског удружења доступна на: http://hrcak.srce.hr/11452 (29.5.2016).

се тачност провјерава експериментом; Други услов допустивости научних медицинских експеримената тиче се сразмјере користи и ризика односно експеримент је допуштен само ако његов циљ стоји у разумном односу са ризиком и оптерећењем за испитаника. При томе, добробит испитаника мора имати предност према интересима науке и друштва; Трећи услов изискује да учешће испитаника у научном експерименту буде добровољно и свјесно, на основу одговарајућег уговора. Нова Хелсиншка декларација допушта укључивање у научни експеримент и пословно неспособних лица кад је то потребно ради унапређења здравља оне популације којој они припадају и кад експеримент није могуће обавити на лицима која су пословно способна. У том случају, потребан је пристанак обавијештеног законског заступника. Четврти услов легитимности научног медицинског експеримента своди се на захтјев да о његовом пројекту (протокол истраживања) постоји позитиван став одбора за етику, који мора бити независан од истраживачког тима, од спонзора и других неподесних фактора утицаја. Истраживач треба да обавијести одбор за етику о финансирању, о спонзорима, о потенцијалним сукобима интереса и о побудама испитаника. Током научног истраживања љекар је дужан да се придржава прописа Хелсиншке декларације и њених ревизија. Основна сврха истраживања на људима је унапређење профилактичких, дијагностичких и терапијских поступака, те разјашњавање узрока и настанка болести. У њима добробит појединца има предност пред интересима науке и друштва. Дужност је љекара да у медицинским истраживањима штити живот, здравље, приватност и достојанство испитаника. Љекар који истражује подручје биомедицине мора бити стручно образован и оспособљен. Он ће план истраживања предочити на оцјену овлаштеној установи, у погледу научно-образовне оправданости и етичке прихватљивости. У том приједлогу морају бити јасно оцијењене могуће опасности и тешкоће у поређењу с очекиваном добробити за појединца и користи за друштво. Користи, ризици, тешкоће и успјешност новог метода треба упоредити с најбољим постојећим профилактичким, дијагностичким и терапијским методима. То не искључује примјену плацеба или нелијечења, ако таквих метода нема. У одређеним истраживањима треба процијенити и могућу штету за природну средину, а тамо гдје су укључене експерименталне животиње, требало би примијенити начело најмање патње. Љекар који води истраживање детаљно ће упознати особе које ће бити обухваћене истраживањем, са смислом рада, очекиваном коришћу и могућом опасношћу, те ће након тога обезбиједити њихову писмену сагласност. Ако због малољетности, лишене пословне способности или стања испитаникове свијести то није могуће, пристанак ће се затражити од његовог законског заступника. Ако испитаник током истраживања постане способан за самостално одлучивање, истраживач мора за наставак истраживања добити његов писмени пристанак. Испитаник може, без посљедица за њега лично, у свако доба одустати од даљег учествовања у истраживању. Истраживач ће посебно пазити на околности у којима испитаник, због било какве зависности од истраживача, тешко може одбити пристанак. Истраживање нових профилактичких, дијагностичких и терапијских поступака могу проводити само независни истраживачи у оквирима одобреног плана клиничког истраживања. Повреда медицинске етике су усвајање, примјена и ширење научно непровјерених поступака те давање лажне наде болеснику и његовој породици. Љекар-истраживач ће о постигнутим резултатима да обавијести, према правилима

научног извјештавања, научне, образовне и стручне кругове на медицинским јавним састанцима и у медицинским часописима, а ширу јавност, тек након што је о њима утврђено стручно мишљење.

Људски гени – Забрањен је сваки облик дискриминације неке особе на принципу њеног генског насљеђа. Тестови који утврђују насљедне болести, било да служе за препознавање носиоца гена одговорног за болест, било за откривање насљедне предиспозиције, односно осјетљивости за болести, могу се изводити једино у здравствене сврхе или као дио научног истраживања у здравствене сврхе и то након непристрасног генетског савјетовања. Захвати усмјерени на преправљање људског гена могу се изводити само у превентивне, дијагностичке и терапијске сврхе уз услов да се те преправке не преносе на потомство. Стварање генски идентичних особа супротно је етици и поштовању људског достојанства. Забрањен је сваки поступак намијењен стварању људског бића генски идентичног с истим генетским системом другог људског бића.

Код коришћења права пацијента на медицински експеримент битна је примјена начела добровољности. Свако има право да одбије да без свог пристанка буде предмет медицинског експеримента. Код дефинисања овог права намјера законодавца није била да уређује услове за његово обављање, јер је то материја која је регулисана посебним прописима. Овдје је стављен фокус на права пацијента који учествује у медицинском експерименту, а то подразумијева сљедеће: писмени пристанак претходно обавијештеног пацијента (информисани пристанак) или законског заступника, право на повлачење претходно датог пристанка у сваком моменту, право накнаде ради учествовања у медицинском огледу, као и право на накнаду штете проистекле из њега.

У поступку давања и евидентирања пристанка на учешће у медицинском експерименту испитивач се треба придржавати важећих законских прописа, добре клиничке праксе и етичких начела којима је основ у Хелсиншкој декларацији. Проблематика пристанка посебно је актуелна код неких категорија испитаника као што су дјеца, затвореници, војници и умирући пацијенти[680]. Тако се сматра да нпр. правоваљан пристанак не могу дати, осим супсидијарно, ако се код испитивања на другим категоријама особа не могу очекивати довољни резултати, ни затвореници, ни војници, јер није могуће поуздано утврдити да ли су они пристали слободно или под принудом, односно због обећања одређених погодности од стране оних којима су подређени[681]. Проблем обавијештености и пристанка на медицински оглед, поред наведеног, нарочито је значајан код одређених категорија испитаника, као што су пословно неспособне особе, малољетни пацијенти, умирући пацијенти и ембрији[682]. На право пацијента са душевним сметњама над којим се

[680] Детаљније о медицинским истраживањима која укључују затворенике види у: Клајн-Татић Весна, „Правно-етички аспекти медицинских истраживања која укључују затворенике“, *Правни живот*, 9/2010, стр. 227-246.
[681] Радишић Ј., *op.cit* (1986), стр. 239.
[682] Мујовић-Зорнић Хајрија, „Правни проблеми клиничког испитивања лекова“, *Правни живот*, 9/1997, стр. 32.

врши медицинско и научно истраживање сходно се примјењују прописи Закона о заштити лица са менталним поремећајима[683].

Клиничка испитивања лијекова и медицинских средстава обављају се сагласно Закону о лијековима и медицинским средствима[684] и Правилнику о клиничком испитивању лијека и медицинског средства[685] и она су у надлежности Агенција за лијекове и медицинска средства БиХ[686]. Наведени прописи су усаглашени са Директивом ЕЗ за клиничка испитивања 2005/28/ЕС и Директивом Европског парламента и Савјета 95/46/ЕС о заштити грађана у вези са обрадом података о личности и о слободном кретању таквих података. Клиничко испитивање лијека је допустиво само ако је повезано с прихватљивим ризиком за испитанике, не смије се обављати ако је могућа опасност примјене лијека већа од здравствене оправданости испитивања лијека. Чим наступи конкретна опасност за испитаника, испитивање треба прекинути[687]. Изузетно, ако се испитује лијек против болести која озбиљно угрожава живот болесника, оправдана је и врло рискантна нова терапија ако не постоје друге озбиљне алтернативе[688].

Савјет Европе усвојио је 1997. године Конвенцију о заштити људских права и достојанства људског бића у погледу примјене биологије и медицине[689]. Конвенција о људским правима и биомедицини (1999) заједно са Додатним протоколима, има тежњу да се успостави равнотежа између људског достојанства и научних истраживања на начин да се забране неке медицинске интервенције. Циљ Конвенције је да утиче на национална законодавства да поштују људска права из подручја биомедицине. У њој је, између осталог, изражено и начело некомерцијализације људског тијела и његових дијелова, ограничење истраживања *in vitro* до 14 дана развоја и забране стварања људских ембрија за истраживања, ограничења захвата у људски геном за превентивне, терапијске и дијагностичке сврхе, са забраном захвата у станице герминалне линије[690]. И Општа декларација о биоетици и људским правима (2005) предвиђа изричиту забрану истраживачке и медицинске праксе која је супротна људском достојанству, као што је нпр. и пракса репродукцијског клонирања. Тако је прописано да се људско достојанство, људска права и основне слободе морају поштовати у цијелости, а интерес и добробит појединца треба да имају приоритет над самим интересом науке или друштва.

Повеља о правима пацијената у БиХ, *право пацијента над којим се врши медицински експеримент* наводи се у оквиру „права на иновације“ (чл. 11): Сваки појединац има

---

[683]Закон о заштити лица са менталним поремећајима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04).
[684] Закон о лијековима и медицинским средствима („Службени гласник БиХ“, бр. 58/08).
[685] Правилник о клиничком испитивању лијека и медицинског средства („Службени гласник БиХ“, бр. 04/10).
[686] Агенција за лијекове и медицинска средства БиХ, види званичну web презентацију: http://www.almbih.gov.ba/ (29.5.2016).
[687] Bošković Zvonimir, „Novi Zakon o lijekovima, temelj hrvatskog farmaceutskog prava“, *Pravo u gospodarstvu*, бр. 1/2008, стр. 140.
[688] Радишић J., *op.cit.* (1986), стр. 238.
[689] Види web презентацију: http://zakon.poslovna.hr/public/Konvencija-o-zastiti-ljudskih-prava-i-dostojanstva-ljudskog-bica-u-pogledu-primjene-biologije-i-medicine-u-vezi-presadivanja-organa-i-tkiva-ljudskog-porijekla/243337/zakoni.aspx, (29.5.2016).
[690] Visković Nikola, „Bioetika i biomedicinsko pravo“, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 1-2/1995, стр. 82-83.

право на приступ иновативним процедурама, укључујући дијагностичке процедуре, а према међународним стандардима и независно од економских или финансијских околности. Здравствене установе имају обавезу да промовишу и одржавају истраживања на биомедицинском пољу, обраћајући нарочито пажњу на ријетка обољења. Резултати истраживања морају бити адекватно дистрибуирани. У Кодексу медицинске етике и деонтологије (поглавља Биомедицинска истраживања – Тачка 6. и Људски гени – тачка 7) регулисано је *право пацијента над којим се врши медицински експеримент*.

У анализираним законима право пацијента над којим се врши медицински експеримент регулисано је сљедећим правилима: медицинско и научно истраживање над пацијентом, клиничко испитивање лијекова и медицинских средстава може се предузимати над пунољетним и пословно способним пацијентом, само уз његову сагласност. Пристанак пацијента је писана, датирана и од пацијента потписана сагласност за учешће у одређеном научном истраживању на основу прецизних и на разумљив начин документованих обавјештења о природи, важности, циљу, току, посљедицама и ризицима испитивања. Пацијент мора бити упозорен да је слободан да учешће у истраживању одбије и да пристанак који је дао, у свако вријеме опозове, у писменом облику. За пословно неспособног или малољетног пацијента пристанак даје његов законски заступник или старатељ, а може је исто, повући у свако вријеме. Здравствени радник који врши медицинско и научно истраживање дужан је да води рачуна о томе да заштита живота и здравља пацијента увијек има предност у односу на интерес друштва и науке.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске *право пацијента над којим се врши медицински експеримент* је регулисано у оквиру "права и обавеза грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите" (чл. 28): Медицински експеримент је истраживачка студија на људима ради испитивања одређених аспеката (сигурност, ефикасност, ефективност) нових лијекова, медицинских средстава, процедура лијечења или комбинације наведеног. Оглед се може предузети над пунољетним, пословно способним пацијентом, уз његов пристанак. Изузетно, када постоји индикација за медицински третман малољетног пацијента или лица лишеног пословне способности, пристанак даје родитељ, брачни друг, пунољетно дијете, пунољетни брат или сестра, законски заступник или старалац, након што је информисан о смислу, циљу, поступцима, очекиваним резултатима, могућим ризицима, као и о нежељеним посљедицама експеримента и упозорен да га може одбити и да пристанак на експеримент може опозвати писмено у свако вријеме. Пацијент који због огледа претрпи тјелесну повреду или му се здравље наруши, има право на надокнаду штете. Здравствена установа је обавезна да прије почетка експеримента осигура пацијента који му је подвргнут за случај настанка тјелесне повреде или нарушавања здравља који је изазван експериментом, у складу са законом. Здравствена установа је обавезна да закључи уговор са пацијентом којим се одређује износ надокнаде која припада пацијенту који учествује у експерименту. Пацијент има право да учествује у клиничком испитивању лијекова и медицинских средстава, у складу са законом којим се уређује област лијекова и медицинских средстава. Етички одбор здравствене установе, прије почетка огледа,

доноси одлуку о његовом предузимању над пацијентом у здравственој установи. У приватним здравственим установама не може се предузимати експеримент.

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ *право пацијента над којим се врши медицински експеримент* је регулисано у оквиру „права пацијента над којим се врши медицинско истраживање“ (чл. 38. и 39): За малољетног пацијента односно пословно неспособног пацијента пристанак даје његов родитељ, законски заступник или старатељ, при чему се мора узети у обзир и мишљење малољетног односно пословно неспособног пацијента. На права пацијента са душевним сметњама над којим се врши истраживање сходно се примјењују прописи о заштити лица са душевним сметњама. На права пацијента који учествује у клиничким испитивањима лијекова и медицинских средстава сходно се примјењују прописи о лијековима и медицинским средствима. У случају анкетирања о ризичним понашањима које може бити праћено мањом медицинском мјером (узимање мање количине крви на узорковање) дијете које је навршило 15. годину живота и које је способно за расуђивање може самостално дати пристанак на предложено анкетирање и узимање крви за узорковање. Пацијент који због медицинског и научног истраживања, односно клиничког испитивања лијекова и медицинских средстава, као и због учествовања у медицинској настави, претрпи штету на свом тијелу или здрављу има право на надокнаду штете од здравствене установе или наручиоца ових истраживања, ако је настала штета посљедица тог истраживања односно испитивања, као и учествовања у настави у складу са законом. У случају смрти пацијента то право остварују пацијентови насљедници. Пацијентови насљедници остварују право на надокнаду штете према редослиједу утврђеном овим законом. Пацијент има право на надокнаду која му припада као добровољном учеснику истраживања и наставе у складу са овим законом.

У Закону о правима пацијената Републике Србије је у оквиру „права пацијента који учествује у медицинском истраживању“ (чл. 25) предвиђено да се, само изузетно, истраживање у јавном здрављу које укључује дијете које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, а које не производи директну корист и не носи ризик за дијете, може одобрити уколико истраживање има за циљ да допринесе бољем разумијевању стања здравља ове популације, уз писмени пристанак самог дјетета или његовог законског заступника, који су претходно обавијештени. Пацијент, који због медицинског истраживања претрпи штету на свом тијелу или здрављу, има право на надокнаду штете у складу са законом, без обзира на кривицу. Здравствена установа је дужна да, прије почетка медицинског истраживања, осигура пацијента који учествује у медицинском истраживању за случај настанка штете по здравље тог лица која је изазвана медицинским истраживањем, у складу са законом. Здравствена установа је дужна да закључи уговор са пацијентом, којим се одређује износ неопходних трошкова који припадају пацијенту који учествује у медицинском истраживању. Пацијент има право да учествује у клиничком испитивању лијекова и медицинских средстава, у складу са законом којим се уређује област лијекова и медицинских средстава. Етички одбор здравствене установе, прије почетка медицинског истраживања, доноси одлуку о предузимању медицинског истраживања које укључује пацијенте у здравственој установи. Забрањено је предузимање медицинског истраживања у приватној пракси.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право пацијента над којим се врши медицински оглед* је регулисано у оквиру „права пацијента да одбије да буде предмет научног испитивања и истраживања“ (чл. 22, 23. и 24). Као изузетак од правила, научно испитивање и истраживање може се предузети и над малољетним пацијентом и пацијентом лишеним пословне способности, само ради његове непосредне користи и уз писану сагласност законског заступника, односно стараоца који је претходно обавијештен о сврси, циљу, току поступка, очекиваним резултатима, могућим ризицима, као и о евентуалним нежељеним ефектима испитивања и истраживања. Здравствена установа је дужна да, прије почетка научног испитивања и истраживања, осигура пацијента за случај настанка штете по здравље, у складу са законом. Пацијент има право да учествује у клиничком испитивању лијекова и медицинских средстава, у складу са законом којим се уређује област лијекова и медицинских средстава.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске *право пацијента над којим се врши медицински експеримент* је регулисано у оквиру „заштите пацијента над којим се обавља знанствено истраживање“ и „захвати на људском геному“ (чл. 19, 20, 21 и 22). Научна истраживања над пацијентом могу се предузети ако су испуњени сви сљедећи услови: нема замјене за упоредиву ефикасност за истраживање на људима; ризици којима се излаже пацијент нису несразмјерни могућим користима од истраживања; истраживање је одобрила надлежна етичка комисија у складу са посебним законом након независног испитивања његове научне вриједности, важности циља истраживања и оцјене његове етичке прихватљивости; пацијенти на којима се проводе истраживања морају бити упознати о својим правима и заштити својих права у складу са законом. Научно истраживање над пословно неспособним пацијентом, пацијентом који није способан за расуђивање те над малољетним пацијентом може се предузети ако су испуњени и сви сљедећи услови: резултати истраживања могу допринијети стварној и непосредној користи за здравље пацијента; истраживање упоредиве ефикасности не може се проводити над пацијентима који су способни дати пристанак; прибављена је сагласност законског заступника, односно старатеља; пацијент се не противи истраживању. Изузетно, у случају када истраживање не може произвести резултате од непосредне користи за пацијента, истраживање се може одобрити уз услове: циљ истраживања је постизање резултата који могу користити пацијенту или другим пацијентима исте старосне групе, односно пацијентима с истом болешћу; истраживање обухвата минимални ризик и минимално оптерећење за пацијента. Право пацијента над којим се врши медицински експеримент који укључује и захват на људском геному, законски је регулисан, као и у праву на слободан избор истог закона (чл. 22).

Ново законско регулисање права пацијената треба поново преиспитати да ли је одговарајући назив овог права пацијента: *право пацијента над којим се врши медицински оглед*. У том смислу, прихварљивији би био назив који гласи: *право пацијента над којим се врши медицинско истраживање*, а оно обухвата: медицинско и научно истраживање над пацијентом, клиничко испитивање лијекова и медицинских средстава на пацијенту, као и његово укључивање у медицинску наставу.

6.15. Право на увид у медицинску документацију

Једно од права пацијената у остваривању здравствене заштите јесте и право на увид у медицинску документацију, које је непосредно повезано са правом пацијента на информацију у вези са својим здрављем, правом на повјерљивост личних информација и правом на тајност података. Право на увид у медицинску документацију је израз пацијентовог права на самоодређење, јер он није пуки објекат медицине. У најопштијем смислу, *документација* подразумијева састављање, сакупљање, сређивање, искоришћавање и чување докумената и језичког материјала сваке врсте. Њен је циљ да се прати и утврди ток неког догађаја, да се спозна његов развојни пут и свршетак[691].

Медицинска документација јесте документ о току пацијентове болести и лијечења, односно о здравственом стању пацијента, начину рада на мјесту пружања здравствене заштите, те упутства дата у сврху остваривања пацијентових права на здравствену заштиту, који је настао у здравственој установи и који је потписан од стране овлашћеног здравственог радника (најчешће љекара)[692]. Медицинску документацију чини скуп различитих медицинских података, забиљешки, напомена, налаза, субјективне оцјене љекара које објашњавају његове поступке, као и технички показатељи (РТГ снимци, електрокардиограми, енцефалограми, аудиограми и друга помоћна дијагностичка средства). Према Закону о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите (чл. 38)[693] под *основном медицинском документацијом* подразумијевају се писмени, електронски и други докази којим се поткрепљују одређене тврдње, који су прикупљани и обезбијеђени у поступку спровођења здравствене заштите. У чл. 39. истог закона прописано је да се у области здравства установљава сљедећа основна медицинска документација: здравствени картон, протокол, матична књига лица смјештених у стационарној установи, историја болести, температурно-терапијска-дијететска листа, листа анестезије, отпусно писмо и листа клиничког пута пацијента. Медицинска документација има вишеструку сврху, али у првом реду задатак јој је омогућити правилно лијечење пацијента и научно истраживање, па мора бити тако вођена да може у сваком тренутку другим љекарима и пацијенту дати тачне податке о предузетим дијагностичким и терапијским мјерама. Ти подаци су значајни и за оне који на крају сносе трошкове лијечења. Документација треба да покаже шта је све учињено пацијенту[694].

Медицинском документацијом љекар се штити од евентуалних приговора пацијента. Она помаже пацијенту да сазна и докаже евентуалне љекарске грешке које су довеле до оштећења његовог здравља и да оствари своје право на обештећење. Медицинска документација има велику доказну вриједност пред судом и другим државним органима. У најкраћем, медицинска документација служи интересима и пацијента и љекара и зато мора брижљиво да се води и да се чува. Такође, медицинска документације је често и

---

[691] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 165.
[692] Čizmić Jozo, "Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji ", *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,* Vol. 30, 1/2009, стр. 91-134.
[693] Закон о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствена заштите („Службени гласник Републике Српске", бр. 53/07) чл. 3.
[694] Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 166.

основа за научно-истраживачки рад и служи општем интересу. На основу уписа одређених чињеница у медицинску документацију воде се евиденције утврђене Законом о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите. У вођењу евиденције примјењују се прописани методолошки принципи и статистички стандарди (дефиниције, класификације, номенклатура). Вођењем евиденције у области здравствене заштите обезбјеђују се подаци за праћење и проучавање здравственог стања становништва, за планирање и програмирање здравствене заштите, за предузимање одговарајућих мјера и унапређење заштите здравља, за потребе здравственог осигурања и социјалне заштите, за научна истраживања, за праћење биолошког и радног потенцијала, за обавјештавање јавности, за статистичка истраживања у здравству, за извршење међународних обавеза у области здравства и у друге службене сврхе. Податке садржане у евиденцијама могу користити и појединци на које се ти подаци односе ради остваривања својих права.

Право пацијента на увид у медицинску документацију је строго лично право, јер је пацијент овлаштен да се користи овим правом, а изузетно чланови уже породице пацијента имају право увида у медицинску документацију свог члана породице, ако су ти подаци од значаја за њихово здравље. Ово право пацијента је непосредно везано за право на повјерљивост података, који се односе на стање његовог здравља. Подаци о здравственом стању пацијента са медицинском документацијом, спадају у личне податке и не смију се по правилу откривати трећим лицима, без писаног пристанка пацијента, а правила о њиховој заштити морају поштовати сви субјекти. Надлежни доктор ће личне податке о пацијенту из медицинске документације саопштити другим лицима када је на то обавезан посебним законом. Пацијент у сваком тренутку свог лијечења остварује право увида у медицинску документацију као лично право. Законом није регулисано, нити се прави разлика у остваривању овог права од стране пацијента који је пословно способан у односу на пацијента који је пунољетно лице или је пацијент лице лишено пословне способности. Подаци из медицинске документације пацијента који је малољетан или лице лишено пословне способности, саопштавају се родитељима, законском заступнику или старатељу, а на њихов претходно изјављени захтјев. Право увида у медицинску документацију подразумијева и право пацијента на одређене исправке текста у медицинској документацији, који га погрешно или субјективно описује као личност или дио текста који материјално није тачан или није битан за његу и лијечење. Законом треба забранити брисање погрешно уписаних података или субјективних квалификација, а исправљање да се врши тако да је увијек могуће реконструисати податке који су првобитно унесени.

Право на увид односно приступ личној документацији доприноси односу повјерања љекара и пацијента. Када би љекар пацијенту одбио да допусти разгледање његове медицинске документације, то би могло довести у сумњу квалитет и исправност пружене здравствене заштите, што би штетило угледу љекара[695].

[695] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 149.

На основу медицинске документације пишу се дневни и периодични извјештаји за потребу евиденција прописаних законом, а издају се и финансијски документи за плаћање здравствених услуга.

Данас преовладава схватање да љекари и здравствене установе имају општу дужност вођења медицинске документације. Тако је у чл. 122. ЗЗЗ РС прописана обавеза здравствених установа да воде медицинску документацију и достављају индивидуалне, збирне и периодичне извјештаје у складу са наведеним посебним законом - Законом о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите. Понашање супротно наведеном регулисано је као прекршај, како за здравствену установу тако и за одговорно лице у правном лицу и за здравственог радника и за здравственог сарадника[696]. Исто тако, Законом о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите, у чл. 8, прописано је да здравствена установа и друга правна и физичка лица која не воде прописане евиденције, медицинску документацију и извјештаје, подлијежу одговорности која је утврђена овим законом. Из тога произлази да вођење документације представља општу, јавноправну дужност.

Право пацијента на увид у своју медицинску документацију подлијеже одређеним ограничењима која се односе на документацију која му открива истину (нпр. да болује од неизљечиве болести или документација пацијента који је лијечен од душевних болести). Пацијент има трајно право увида у медицинску документацију, а имајући у виду данашње техничке могућности, не постоји рационалан разлог да се фотокопирање као врста преписа документације ускрати. Медицинском документацијом располаже здравствена установа, а пацијент има право увида у њу, као и добијање преписа медицинске документације уколико је то захтијевао у писаној форми[697].

Право увида у медицинску документацију је повезано са правом на тајност података и с тим у вези обавезе чувања као службене тајне свих личних података о пацијенту за одређени круг особа који током обављања своје професије дођу у посјед пацијентових личних података. Када надлежни здравствени радник задужен за даље лијечење и његу пацијента добије обавјештење о подацима из пацијентове медицинске документације од ранијег љекара који је био одговоран за лијечење пацијента, то се не сматра повредом чувања службене тајне. Ово је из разлога да непознавање тих података не би довело до погоршања здравственог стања пацијента. Постоје разни начини на које љекар може прекршити своју обавезу да води прописану медицинску документацију. Љекар чини прекршај пропуштањем, ако документацију не води уопште, благовремено или потпуно, ако је не чува па је затури или изгуби. Љекар може учинити прекршај биљежењем нетачних података, уништењем, преиначењем или прикривањем налаза и друго. Љекар чини прекршај ако не допусти пацијенту да изврши увид у своју медицинску документацију у складу са законом.

[696]ЗЗЗ РС чл. 138.

[697] Обичај је да се пацијенту дају одмах његови лабораторијски налази, снимци RTG апаратом, снимци на ултразвучном апарату, електрокардиограми (EKG), електроенцефалограми и друго.

Вођење медицинске документације представља не само јавноправну него и грађанскоправну обавезу, чије је испуњење обезбијеђено санкцијама које су садржане у грађанском праву[698].

Пацијент има право да захтијева од љекара који га је лијечио да сачини медицинску документацију, да исправи или допуни одређене податке из медицинске документације. Ово има значај за пацијента, посебно у случајевима кад жели да добије *друго мишљење* или да исто да љекару који ће га даље лијечити.

Право пацијента на увид у своју медицинску документацију је строго лично право, јер се тиче података о његовој личности. Стога је пацијент једино овлаштен да се њиме користи, уз могућност да овлашћење за коришћење пренесе и на свог правног заступника. Послије пацијентове смрти његова документација не може бити доступна трећим лицима, него се има чувати као професионална тајна. Право увида у медицинску документацију остварују пацијентови насљедници, који имају право да се упознају са узроком смрти и са медицинским поступцима прије наступања смрти. Насљедници имају право добити копију медицинске документације на основу писаног захтјева. У овим ставовима има неслагања међу правницима. Једни сматрају да право увида насљедника и блиских сродника не смије противрјечити изричитој или претпостављеној вољи умрлог. Други, опет, мисле да насљедници и сродници, од тренутка смрти пацијента имају властито право на увид, које се мора одмјерити само према интересима љекара за даљу дискрецију.

Пацијенти често не могу доказати и остварити своја права због лоше, односно неправилно вођене медицинске документације. Уредно вођена медицинске документација, у складу са прописаном методологијом, од велике је важности за заштиту права пацијента пред судом[699]. Уредно вођена медицинска документација може послужити и љекарима и другим здравственим радницима за одбрану њихових права, ако пацијент против њих покрене судски поступак. Према ставовима судске праксе, здравствено стање и преглед у болници и другој здравственој установи, не могу се доказивати изјавом свједока, већ само одговарајућим писаним доказима из здравствене установе[700].

Повељом о правима пацијената у БиХ, *Право на приступ медицинској документацији* се наводи у оквиру „права на информацију“ (чл. 4): Здравствене установе имају обавезу да све информације учине приступачним, уклањајући бирократске препреке, образујући пружаоце здравствених услуга, те припремајући и дистрибуирајући информативни материјал. Пацијент има право на директан приступ његовом/њеном клиничку и медицинску документацију (историја болести, протоколи, здравствени картони), може их фотокопирати, постављати питања о њиховом садржају и обезбиједити исправке било каквих грешака које се можда у њима налазе. Болнички пацијент има право на континуирану и исцрпну информацију: ово може гарантовати „тутор“. Сваки појединац

[698]Тужба за испуњење обавезе, тужба за накнаду штете због неиспуњења и одлагање застаријевања потраживања надокнаде, види: Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 172-174.
[699] Bošković Z., (2005a) *op.cit.*, стр. 90.
[700] Виши трговински суд у Београду, број: Пж-8158/08 од 23.01.2009 – *Домаћа страна судска пракса*, бр. 37/2010 стр. 89, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 392.

има право на директан приступ информацијама о научном истраживању, фармацеутској бризи и технолошким иновацијама. Ове информације могу доћи или од јавних или од приватних извора, под условом да оне задовољавају критериј тачности, поузданости и транспарентности. У Кодексу медицинске етике и деонтологије (поглавља Дужности према болеснику – Тачка 9) регулисано је *право на увид у медицинску документацију*: Болесник има право сазнати истину, а и упознати цјелокупну медицинску документацију о својој болести. Изузетно од овог правила, ако љекар оцијени да ће тиме болесник доћи у тежу здравствену ситуацију, није дужан болеснику рећи истину, нити му показати медицинску документацију. Исто тако биће уважена жеља болесника да не буде обавијештен о својој болести.

У анализираним законима, право пацијента *на увид у медицинску документацију* регулисано је сљедећим правилима: пацијент има право увида у своју цјелокупну медицинску документацију и право да добије препис медицинске документације. У случају да је пацијент малољетно лице или лице лишено пословне способности, ово право има законски заступник, односно старалац. Медицинском документацијом располаже здравствена установа. Надлежни здравствени радник дужан је да уредно води медицинску документацију и да евидентира предузете медицинске мјере (анамнезу, дијагнозу, дијагностичке мјере, терапију и резултат терапије те савјете дате пацијенту). Поред дужности да се води медицинска документација може бити предвиђена и дужност достављања индивидуалних, збирних и периодичних извјештаја.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске, *право на увид у медицинску документацију* је регулисано у оквиру "права и обавеза грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите", те „посебних и казнених одредби" (чл. 33, 122, 138): Пацијент има право увида у своју медицинску документацију и може постављати питања о садржају документације. Изузетно, чланови уже породице пацијента имају право увида у медицинску документацију свог члана породице ако су ти подаци од значаја за њихово здравље. [701]

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, *право на увид у медицинску документацију* је регулисано у оквиру „право на увид у медицинску документацију" (чл. 33, 34, 35. и 36): Пацијент има право увида у појединачне и укупне трошкове свог лијечења. Чланови уже породице пацијента који живе у заједничком домаћинству имају право увида у медицинску документацију свог члана породице, ако су ти подаци од значаја за њихово лијечење. Право укључује и право пацијента на одређене исправке или брисање текста који га погрешно или субјективно описују као личност или дио текста који материјално није тачан или није битан за његу и лијечење. Изузетно, погрешни подаци о пруженој здравственој заштити не смију се брисати него их се исправља тако да је увијек могуће реконструисати податке који су првобитно били унесени. Медицинска документација и подаци из ње се не смију користити у пацијенту

[701] Према 333, новчаном казном од 10.000 КМ до 100.000 КМ казниће се правно лице за прекршај ако: ускрати увид у медицинску документацију, те ако не води медицинску документацију или евиденцију или не доставља индивидуалне, збирне и периодичне извјештаје. За наведене прекршаје казниће се одговорно лице у правном лицу новчаном казном у износу од 1.000 КМ до 20.000 КМ, а казниће се и здравствени радник и здравствени сарадник новчаном казном у износу од 1.000 КМ до 10.000 КМ.

непознате сврхе и/или без његове сагласности, осим за провођење и извршење статистичких истраживања у области здравства сагласно посебним прописима о евиденцијама у области здравства. Изузетно, надлежни здравствени радник задужен за даље лијечење и његу пацијента обавезан је затражити и бити обавијештен о подацима из пацијентове медицинске документације, да непознавање тих података не би довело до погоршања здравственог стања пацијента. Подаци из медицинске документације пацијента, односно из здравствене евиденције, могу се достављати и без пацијентове сагласности, на увид, у облику записа, односно извода из медицинске документације, а на захтјев суда, другог органа када је то прописано законом, када то захтијева заштита живота других људи, те физичка безбједност и здравље других људи, као и у другим случајевима предвиђеним прописима о заштити личних података који регулишу изузетке обраде личних података односно посебне категорије личних података, без сагласности пацијента. Ови подаци достављају се као службена тајна. У случају смрти пацијента, пацијентово право на увид у медицинску документацију остварују пацијентови насљедници. Они имају право да се упознају с подацима из медицинске документације, који су или могу бити у вези с узроком смрти и са медицинским поступцима прије наступања смрти. Увид у медицинску документацију пацијентовог насљедника, укључује поред права на приступ медицинској документацији и право на добијање њене копије. Пацијентови насљедници остварују право на увид у медицинску документацију према редослиједу утврђеном овим законом.

У Закону о правима пацијената Републике Србије *право на увид у медицинску документацију* регулисано је у оквиру „права на увид у медицинску документацију“ (чл. 20). Дијете, које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, има право увида у своју медицинску документацију. Чланови уже породице пацијента имају, изузетно, право увида у медицинску документацију свог члана породице, ако су ти подаци од значаја за њихово лијечење.

У Закону о правима пацијената Црне Горе, *право на увид у медицинску документацију* је регулисано у оквиру „права на увид у медицинску документацију“ (чл. 21): Право на копирање медицинске документације лица остварују на основу писаног захтјева и о свом трошку. Право на увид у медицинску документацију има члан породице, у складу са посебним законом.

У Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, *право на увид у медицинску документацију* је регулисано у оквиру „права на приступ медицинској документацији“ (чл. 23. и 24): Медицинска документација која се уручује пацијенту по завршеном љекарском прегледу, односно по завршеном лијечењу прописује се посебним законом којим се уређују врсте и садржај те начин вођења, чувања, прикупљања и располагања медицинском документацијом. У случају смрти пацијента, ако то пацијент није за живота изјавом забранио, право на увид у медицинску документацију има брачни друг пацијента, ванбрачни друг, пунољетно дијете, родитељ, пунољетни брат или сестра те законски заступник, односно старатељ пацијента. Наведене особе имају право о свом трошку захтијевати копије медицинске документације. Противљење увиду у медицинску документацију пацијент даје писаном изјавом солемнизираном од јавног биљежника (нотара).

6.16. Право на приговор

Право на приговор је једно од битних пацијентових права, јер омогућава пацијенту да добије компензацију кад претрпи оштећење, што такође има симболичан карактер, али је веома јак превентивно, у оној мјери у којој интервенише судска власт[702]. Приговор пацијента се може односити на: ускраћивање здравствене заштите, незадовољство пацијента пруженом здравственом услугом, односно поступком здравственог или другог радника здравствене установе. У пракси, право на приговор пацијента није изричито наведено. Међутим, сматра се неспорним да се пацијент мора поучити о евентуалном праву на приговор, а мора се и обавијестити о томе коме може да уложи приговор.

У складу са међународним конвенцијама, свака држава је дужна законом осигурати правичну истрагу о жалбама грађана. Право на ефикасан правни лијек (без обзира на назив) укључује обавезу здравствене установе да поступа по законским одредбама које се тичу процедуре по правним лијековима, односно да обезбиједи одговарајуће тијело за примање, обраду и рјешавање правних лијекова.

Повеља о правима пацијената у БиХ (чл. 14) наводи да сваки појединац има право на жалбу кад год је она или он претрпио штету и право на одговор или неку другу повратну информацију. Здравствене установе морају гарантовати практиковање овог права, пружајући (уз помоћ трећих страна) пацијентима информације о њиховим правима и оспособљавајући их да препознају кршења права и да формализују своје жалбе. Жалба мора бити праћена исцрпним писменим одговором од стране руководства здравствених установа унутар дефинисаног фиксног временског периода. Жалбе морају бити поднесене кроз стандардне процедуре и процесуиране од стране независних тијела и/или организација грађана и не могу прејудицирати право пацијената да предузму законске кораке или тражити алтернативна рјешења спорова. У Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о „праву пацијената на жалбу или приговор“, у контексту *права на приговор*.

У анализираним законима право пацијента на приговор регулисано је сљедећим правилима: Пацијент коме је ускраћено право на здравствену заштиту или друго право, односно пацијент који није задовољан пруженом здравственом услугом, односно поступком здравственог или другог радника здравствене установе, може поднијети приговор по правилу, директору здравствене установе или носиоцу одобрења за приватну праксу. За малољетног пацијента, односно пацијента лишеног пословне способности, приговор подноси његов законски заступник, односно старалац. Приговор се подноси усмено или у писаном облику.

У Закону о здравственој заштити Републике Српске *право на приговор* је регулисано у оквиру “права и обавеза грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите”, (чл 31): Пацијент може поднијети приговор директору здравствене установе у року од осам дана од дана учињене повреде права пацијента. Директор здравствене установе, у року од 15 дана од дана подношења приговора утврђује све битне чињенице на основу којих

[702] Мујовић-Зорнић Хајрија, „Пацијентова права – универзалност и европски концепт“, *Зборник радова Актуалности грађанског и трговачког законодавства и правне праксе*, Неум, 3/2005, стр. 263.

доноси коначну одлуку по приговору. Пацијент који је незадовољан коначном одлуком директора или ако директор у прописаном року не одлучи о приговору, може покренути спор код надлежног суда. У ФЗО РС, у свакој организационој јединици тј. пословници, именован је заштитник права осигураних лица. У питању је радник Фонда овлашћен да штити права осигураних лица, пружа и организује помоћ осигураним лицима код остваривања права. Имајући у виду досадашња искуства о раду заштитника права осигураних лица и њихову улогу у смањењу броја спорова и судских поступака, сматра се оправданим приједлог да се у здравствени систем РС уведе и правно регулише институт „Савјетника за права пацијената“, на нивоу јединице локалне самоуправе.

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, *право на приговор* је регулисано у оквиру „права на приговор“ (чл. 41, 42. и 43) тако да о поднесеном приговору пацијента директор без одгађања прибавља изјашњење Комисије за приговоре пацијента здравствене установе, која утврђује битне околности и чињенице изнесене у приговору и то најкасније у року од три дана од дана поднесеног приговора. Изјашњење се доставља без одгађања директору здравствене установе, носиоцу одобрења за приватну праксу, који најкасније у року седам дана од дана подношења приговора, доноси одлуку. Пацијент који није задовољан одлуком директора здравствене установе, односно носиоца одобрења за приватну праксу, има право да заштиту својих права затражи код надлежног министра здравства, у року од 15 дана од дана пријема одлуке.[703] Против коначног рјешења надлежног министра здравства, пацијент може тражити заштиту својих права код надлежног суда. Прије отпочињања судског поступка, односно у току судског поступка, пацијент заштиту својих права може остварити и у поступку медијације, сагласно прописима о поступку медијације[704]. Позитивна искуства медијације у рјешавању спорова могу бити рјешења *de lege ferenda* код доношења, измјена или допуна закона. Пацијент који је незадовољан по приговору, може се обратити здравственој инспекцији, односно надлежном органу здравственог осигурања код којег је пацијент здравствено осигуран (заштитник права) и омбудсману за људска права.

У Закону о правима пацијената Републике Србије, *право на приговор* регулисано је у оквиру „права на приговор“ (чл. 30): Пацијент има право да поднесе приговор

[703] Уколико се приговор улаже на одлуку директора здравствене установе чији је оснивач односно суоснивач Федерација, рјешавање приговора је у надлежности федералног министра, а уколико се приговор улаже против одлуке директора здравствене установе чији је оснивач кантон односно општина, или директора здравствене установе у приватном односно мјешовитом власништву, као носиоца одобрења за приватну праксу, рјешавање приговора је у надлежности кантоналног министра здравства.

[704] Овакво рјешење има смисла, због велике оптерећености судова предметима и дугог трајања поступка. Примјеном медијације у остваривање заштите права пацијента побољшала би се ажурност и ефикасност у раду те јамчила и унаприједила квалитета правне заштите који судови пружају. Медијација (мирење, посредовање) као једна од алтернативних метода рјешавања спорова, јесте поступак у којем трећа непристрасна особа (измиритељ, посредник, медијатор) којој су странке споразумно повјериле ту задаћу, помаже странкама да покушају постићи споразумно рјешење њиховог спора, без овлашћења да га сами ријеше својом одлуком или да о њему странкама наметну какво другачије обавезујуће рјешење. Медијација је повољнија за странке јер: странке саме долазе до рјешења, што повећава опредијељеност за провођење договора; мишљења и вриједности странака се уважавају; медијација ствара позитивну атмосферу и помаже изградњи односа; медијација је брза и ефикасна; медијација је јефтинија у односу на судски поступак; информације изнесене у поступку медијација су повјерљиве, види: Трива С., Дика М., *op.cit.,* стр 921.

здравственом раднику који руководи процесом рада или директору здравствене установе, односно оснивачу приватне праксе или савјетнику за заштиту права пацијената.

Према Закону о правима пацијената Црне Горе, приговор се подноси директору здравствене установе или овлашћеном лицу - заштитнику права пацијената (чл. 31, 32. и 33). Здравствена установа је дужна да организује рад заштитника права пацијената, а двије или више здравствених установа које на одређеном подручју обављају здравствену дјелатност могу одредити заједничког заштитника права пацијената. По приговору пацијента директор или заштитник права пацијената одмах, а најкасније у року од три дана од дана подношења приговора, утврђује све околности и битне чињенице у вези са наводима изнесеним у приговору и о томе обавјештава подносиоца приговора. Пацијент који је незадовољан налазом по приговору може се обратити здравственој инспекцији. Здравствена установа је дужна да води евиденцију о поднесеним приговорима пацијената. Директор здравствене установе подноси Министарству квартални и годишњи извјештај о поднесеним приговорима пацијената.

Према Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, с циљем остваривања и унапређење права пацијената у свакој јединици подручне (регионалне) самоуправе оснива се Повјеренство за заштиту права пацијената (чл. 30, 31, 32, 33., 34, 36. и 37). Повјеренство дјелује при управном тијелу јединице подручне (регионалне) самоуправе надлежном за послове здравства. Повјеренство има пет чланова које на основу јавног позива именује скупштина јединице регионалне самоуправе из редова пацијената, невладиних удружења и стручњака на подручју заштите права пацијената. Повјеренство обавља сљедеће послове: прати примјену прописа који се односе на заштиту права и интереса пацијената, прати повреде појединачних права пацијената на подручју јединице регионалне самоуправе, предлаже предузимање мјера за заштиту и унапређење права пацијената на подручју јединице регионалне самоуправе, без одгађања обавјештава Повјеренство за заштиту и унапређење права пацијената министарства надлежног за здравство о случајевима тежих повреда права пацијената које могу угрозити живот или здравље пацијената, подноси скупштини јединице регионалне самоуправе и министарству надлежном за здравство годишњи извјештај о свом раду, обавјештава јавност о повредама права пацијената. Чланови Повјеренства у своме раду обвезни су поступати тако да не угрозе дужност чувања службене, односно професионалне тајне. У обављању послова из свога дјелокруга Повјеренство је овлаштено упозоравати, предлагати и давати препоруке надлежним тијелима државне управе, тијелима локалне и регионалне самоуправе, правним и физичким лицима предлагати подузимање мјера за спречавање штетних дјеловања која угрожавају права и интересе пацијената и захтијевати извјештај о предузетим мјерама. Повјеренство ће обавијестити подносиоца притужбе о предузетим активностима поводом његове притужбе без одгађања, а најкасније у року од 15 дана. Ако надлежно тијело на основу проведеног прописаног поступка основано посумња да је повредом права пацијената утврђених овим законом учињен прекршај или кривично дјело, обавезно је без одгађања, а најкасније у року од 30 дана од дана завршетка надзора с утврђеним чињеницама одлучним за предузимање мјера поднијети захтјев за покретање прекршајног поступка, односно пријаву због

покретања кривичног поступка. Тијело којем је поднесен захтјев, односно пријава, обавезно је о исходу поступка обавијестити Повјеренство. Повјеренство ће у даљем року од 8 дана о исходу поступка обавијестити пацијента.

6.17. Право на накнаду штете

Готово да нема те медицинске интервенције која није удружена са извјесним ризиком. Захтјев да се ради без икаквог ризика раван је захтјеву да се не ради ништа[705]. Љекари су свјесни опасности од својих интервенција, али их њихова професија тјера на опасне подухвате. У интересу пацијента љекар је принуђен да се упушта у неизвјесне, сумњиве и рискантне подухвате, јер болест пацијента пријети не само погоршањем, него и смрћу. Зато што не пристају на тај ризик, љекар и пацијент одлучују се на лијечење. Они тако ризик природног развоја и исхода болести замјењују ризиком лијечења, који је по пацијента, статистички, повољнији[706]. Уништење човјековог живота или оштећење здравља није допуштено ниједном људском занимању, па ни медицинском. Погоршање здравља или смрт пацијента за вријеме медицинског захвата нису сами по себи разлог да се тај захват сматра противправним, јер су карактеристике човјековог организма тако велике да исход лијечења није увијек могуће предвидјети. Медицинске радње карактерише условна противправност. Оне се могу сматрати противправним само кад су непрописне, кад нису у складу са важећим правилима медицинске науке и праксе или кад су обављене без потребне пажње и под условом да између њих и смрти или погоршања здравља пацијента постоји узрочна веза. У том случају, може доћи у обзир одговорност љекара.

Пружање здравствене заштите кроз обављање здравствене дјелатности може унапријед резултовати нежељеним посљедицама које се манифестују као одређена штета која погађа или директно самог пацијента или чланове његове породице. С обзиром на то да је то основна сврха одштетног права дефинисање начина и услова поправљања односно накнађивање штете од стране штетника или друге одговорне особе, тако и за штету која настане као посљедица обављања здравствене дјелатности неко мора одговарати и то примјеном правила одговорности за штету[707]. Одштетна одговорност здравственог радника детерминисана је величином ризика који носи та професија, јер је љекарска дјелатност, упркос основном хуманом и племенитом циљу да се пацијент очува или поправи здравствено стање, понекад неизбјежно повезана с ризиком губитка живота или погоршања здравља[708].

Одговорност због љекарске грешке претпоставља узрочну везу између ње и штете. Једно од централних и најтежих питања која се тичу одговорности медицинских радника је питање узрочне везе између љекарске грешке и штете. Узроци човјекове болести и смрти

---

[705] Ристић Ј., *op.cit.*, стр. 180.

[706] Бердичевский Ј.У., Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение професионаљних обязанностей, Москва, 1970., стр. 9-10, према Радишић Ј., *op.cit.* (2008), стр. 193.

[707] Роксандић С., Бабић Т., Будић Н., *Legal Classification of Relations tbw Doctors nad Patients in Republic of Croatia*, 2005, International Congress on Medical low, Seoul, Јужна Кореја, коловоз 2005, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 409.

[708] Klarić P., (2003) стр. 388; Bošković Z., (2005a) *op.cit.*, стр. 90.

нису ни приближно тако јасни као што су њихове посљедице. Другим ријечима, тешко је доказати да штете коју је поднио болесник не би било да није начињена љекарска грешка[709]. Узрочна веза између љекарске грешке и смрти пацијента сматра се утврђеном само ако је суд, на основу мишљења медицинских вјештака, дошао до закључка да би прописано понашање љекара спасло или продужило живот пацијента "са вјероватноћом која се граничи са сигурношћу, а вјероватноћа која се граничи са сигурношћу значи степен извјесности који искључује сваку разумну сумњу"[710]. Узрочна веза се не доказује, већ се претпоставља код штета које су настале у вези са опасном ствари или опасном дјелатношћу[711]. Терет доказа постојања узрочне везе између штетника и штетне радње лежи на пацијенту, који мора у поступку доказати да је његово здравствено стање посљедица љекарске грешке, а не природног тока лијечења. Суд би у утврђивању требало да се служи углавном мишљењем вјештака.

За љекаре који извршавају обавезе из своје професионалне дјелатности вриједи мјерило поступања с повећаном пажњом[712]. Одговорност за штету може бити субјективна (кулпозна) и објективна (каузална). О субјективној одговорности ради се увијек ако је за настанак одговорности за штету потребна, осим општих претпоставки одговорности за штету, још и кривица штетника (као посебна претпоставка)[713].

Приликом утврђивања постојања грешке, треба увијек имати на уму да свака интервенција која се предузима приликом обављања здравствене дјелатности садржи у себи одређени степен ризика. У већини медицинских интервенција потенцијално је садржан и ризик штетног дјеловања на здравствено стање пацијента. Због тога је индицирање сваке терапије повезано са одмјеравањем очекиване користи од неког терапијског поступка у односу на могућу штету коју тај исти поступак може донијети пацијенту. При томе се као основно етичко правило истиче постулат *primum non nocere*, који одређује идеалну норму понашања љекара од које се у пракси најчешће одступа[714]. Под стручном грешком подразумијева се несавесно лијечење, односно занемаривање професионалних дужности у пружању здравствене заштите, као и непридржавање или непознавање утврђених професионалних правила којима се угрожава здравље

[709] Увјерење о постојању узрочне везе између љекарске грешке и штете заснива се на мишљењу медицинских вјештака и на основу схватања правне науке и праксе, која су исказана преко познатих теорија о узрочној вези. Она није математички тачна и не искључују сваку супротну могућност. Судија се зато мора задовољити претежном вјероватноћом да ли узрочна веза постоји или не постоји.
Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 202-203.
[710] Савезни врховни суд Њемачке стоји на становишту да није важно да ли би љекар својим прописним поступањем спасао живот пацијенту, него да ли би му се живот продужио за неко битно вријеме. У једном другом случају, овај суд је сматрао да то битно вријеме мора износити најмање два часа. То заправо значи изједначење спасавања живота и продужења живота. Проузроковање смрти од стране окривљеног љекара, које није доказано, бива замијењено скраћењем живота, што је знатно лакше доказати. Тиме се повећава могућност кривичне одговорности љекара. Тако, извјесни њемачки правници имају критички однос према овој судској пракси, јер мисле да се на тај начин дерогира начело *in dubio pro reo*, Klaus Ulsenheimer, u: Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch des Artztrechts*, 3. Autlage, Munchen, 2002, seite 1277, према Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 202-206.
[711] Vedriš M., Klarić P., *op.cit.* (1998), стр. 574.
[712] Bošković Z. (2007) стр. 123.
[713] Vedriš M., Klarić P., *op.cit.* (1998), стр. 547-548.
[714] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 409-410.

пацијента[715]. Грешке здравствених радника могу се сматрати противправним само кад су настале као резултат поступања које није било у складу са правилима струке или ако је до њих дошло јер здравствени радник није поступао с дужном пажњом. Као штетник, тужени здравствени радник мора у поступку накнаде штете доказати да није крив, односно да је приликом пружања здравствене услуге поступао *lege artis*[716].

Грешке здравствених радника могу се разврстати према различитим критеријима. Могу се разврстати на оне које настају предузимањем неиндицираног или непредузимањем индицираног захвата, као и грешке које могу настати приликом дијагнозе и терапије. Такође, грешке се квалитативно могу подијелити на теже или на лакше, на грешке које настају у организацији рада, у информисању, у надзирању медицинских апарата и слично[717].

Љекар је дужан поступати *lege artis* (према правилима струке), примјењивати стручна знања и општепризната медицинска достигнућа. Поступајући *contra legem artis* (protivno pravilima struke), он чини љекарску грешку. Повреда правила здравствене струке (љекарске, стоматолошке, фармацеутске, итд.) најчешће су штетне радње на којима се заснива одговорност здравствених радника.

Опште претпоставке одговорности за штету које се морају кумулативно испунити да би се штета надокнадила су сљедеће: постојање субјекта обавезног односа одговорности за штету и то штетника (одговоран за штету) и оштећеника (захтјева одштету), штетна радња штетника, штета која настаје на страни оштећеног, узрочна веза (каузални нексус) између штетне радње и штете, противправност штетне радње[718].

На грађанско-правну одговорност љекара примјењују се опште одредбе одговорности прописане ЗОО, који у чл. 18. одређује да је учесник у обавезном односу у извршавању обавезе из своје професионалне дјелатности дужан поступати са повећаном пажњом, према правилима струке и обичајима (пажње доброг стручњака), што значи да је љекар дужан поступати са повећаном пажњом. Осим за накнаду уговорне штете[719], љекар може бити одговоран и за штету која је пацијенту нанесена грађанским деликтом (вануговорна или деликтна одговорност љекара[720]). Љекарска одговорност, се, дакле, у нашем праву просуђује према правилима субјективне пресумиране одговорности[721].

Свакако је занимљиво осврнути се на одговорност за штету коју је пацијент могао доживјети због одређених доживљених нелагодности током медицинског третмана. Наиме, физичку бол не изазивају само повреде тијела и оштећење здравља, него им узрок могу бити разне нелагодности које се могу јавити током лијечења а ако су те нелагодности у узрочној вези са штетним догађајем могу утицати на одмјеравање

---

[715] Јашаревић С., *op. cit., стр*. 219.
[716] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 176.
[717] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 410.
[718] Vedriš M., Klarić P., *op.cit* (1998), стр. 570.
[719] ЗОО, чл. 262-269.
[720] ЗОО, чл. 154-209.
[721] Беванда М., Чолаковић М., *Право пацијента на обавијештеност и пристанак и правне посљедице лијечења без пристанка пацијента*, Зборник радова са VII међународног савјетовања, „Актуалности грађанског и трговачког законодавства и правне праксе, Неум, 12 -14. јун 2009, стр. 207, према Боднарук Сњежана, et al., стр. 410;

новчане накнаде за претрпљене физичке болове. У том смислу, судска пракса је заузела правни став да нелагодности у току лијечења (краће несвјестице, хоспитализација, везаност за кревет, разне врсте имобилизације, фиксација, рендгенско снимање, операције, инфузије, трансфузије, инјекције, превијање рана, употреба инвалидских колица, боловање, посјећивање амбуланте, физиотерапија, итд.) које трпи оштећени, разматрају се у оквиру накнаде за физичке болове[722].

Поступци здравствених радника подлијежу како медицинској тако и судској контроли. Контрола нема за циљ да спутава слободу медицинских радника, која је у интересу пацијента, него их треба натјерати да се држе важећег стандарда у својој струци и да поступају пажљиво. Из богате судске праксе овдје су издвојене неке карактеристичне одлуке:

- Здравствена установа одговара за штетне посљедице оперативног лијечења ако пацијенту није предочила све могуће посљедице оперативног захвата на који је иначе пристао. Код тужитеља је, као посљедица операције, дошло до наружења. У конкретном случају, тужитељица се подвргла интервенцији у домену пластичне хирургије руковођена највјероватније естетским разлозима, што значи да се није радило о хитном захвату, већ о захвату који најчешће нема ни терапијску вриједност. Овакав закључак донекле потврђује и навод тужитељице да ју је тужени упозорио на ризик као и могућност неуспјеха операције којој се излаже, а да се она са тим упозорењем у потпуности сложила и свјесно прихватила ризик, али уобичајени, јер јој је тужени, према њеним наводима, ниједног тренутка није споменуо могућност овако катастрофалног исхода. Прихватање на уобичајени ризик оперативног захвата не значи и прихватање могућих посљедица које, у сваком случају, и не правдају предузимање захвата и свакако би имале битног утицаја на одлуку тужитељице као пацијента да му се подвргне или не[723].
- Кад се ради о стандардном медицинском захвату извршеном у складу са савременом медицинском струком, за евентуалне штетне посљедице таквог захвата болница одговара по начелу кривице за пропусте приликом његовог предузимања, у погледу избора захвата и средстава којима се захват обавља[724].
- Лице које се подвргне медицинској интервенцији сноси ризик од објективних посљедица те интервенције. Здравствене организације које врше такву интервенцију могу одговарати само за оне посљедице интервенције које настану усљед нестручног, непажљивог или непрописног рада њених радника, дакле за посљедице које се могу приписати у кривицу[725].
- Болница одговара за штету проузроковану смрћу пацијента који је у стању акутне психозе искочио кроз прозор након што је смјештен у шок собу без надзора медицинског

[722] Види: Закључак савјетовања бившег Савезног суда СФРЈ, бившег Врховног војног суда СФРЈ, те бивших врховних судова република и аутономних покрајина, одржаног 15. и 16. октобра 1986. у Љубљани, Преглед судске праксе, прилог наше законитости, број 33/104, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 411.
[723] Види: ВССр, Рев-2714/92 од 08.04.1993.; Салма Ј., Облигационо право, op.cit., стр. 514. биљ. 1730, ЗСО, 1995., књ. 20, св. 1, одл. 103, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 412.
[724] Види: ВСРХ Рев-6/2002-2 од 3.7.2003, ЗОО чл. 154. став 1, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 412.
[725] Види: ВССр – Одјељење у Новом Саду, Гж-356/69 од 15.5.1969; Милутиновић Љ., Накнада штете због љекарске грешке, Билтен ВССр, бр- 3/2002, стр. 44, према: Боднарук Сњежана, et al., стр. 414.

особља. На основу исказа, утврђено је да је у шок соби требало да дежура медицинска сестра и дежурни љекар, те да је била пракса да се болесници код којих се појављивао немир, као код тужитеља, вежу за кревет. Према томе, првостепени суд је правилно примијенио материјално право[726] када је оцијенио да је тужена одговорна због пропуштања љекара да, с обзиром на узнемирено стање болесника, обезбиједи присуство медицинског особља у шок соби и одговара за штету[727].

- Будући да се лијечење врши с циљем очувања и побољшања здравља болесника, то здравствене установе за штету која приликом лијечења буде причињена болесницима, могу одговарати само по принципу кривице. То значи, да захват предузет с циљем лијечења, који је био индициран и предузет по правилима струке, остаје правно беспрекоран и кад не буде успјешан[728].

Здравствена установа у којој се врши медицинска интервенција може одговарати само за оне посљедице интервенције које настану усљед нестручног, непажљивог и непрописног рада њених радника, дакле, за посљедице које се могу приписати у кривицу љекарима и другом особљу због поступања које није било у складу са правилима медицинске струке, а ослобађа се одговорности ако докаже да је радник у датим околностима поступао онако како је требало[729]. Болница не одговара за штету ако се не докаже узрочна веза између нестручног хируршког захвата и штетне посљедице[730]. Када одлучује о одговорности љекара, суд је дужан имати у виду да они у испуњавању обавеза из своје професионалне дјелатности морају поступати с пажњом доброг стручњака, због чега је за оцјену одговорности љекара одлучно утврдити да ли је он поступао супротно правилима и методима рада здравствене струке, односно научним спознајама, а којим се угрожава живот и здравље људи[731].

Хипотетичко је питање на које је тешко одговорити да ли би се здравље пацијента побољшало, односно, да ли би пацијент преживио у случају да је љекар поступио како ваља? Нико не може са сигурношћу рећи да би прописано лијечење довело до оздрављења пацијента или да би нежељене посљедице лијечења изостале. Јер, лијечење може да успије, али успјех може и да изостане чак и кад се оно обавља према актуелном медицинском стандарду. Ако суд, на основу медицинског вјештачења, стекне увјерење да би прописано и благовремено лијечење вјероватно успјело, он пацијенту признаје право на накнаду укупне штете. Укратко, суд се руководи принципом "све или ништа" – пацијент обештећује потпуно или не добије ништа. Такав став имају судови већине земаља па и судови Србије[732]. Иако судија често само помоћу вјештака може да

---

[726] ЗОО, чл. 170.

[727] Види: Врховни суд БиХ, број Гж-60/88 од 16.3.1989 – Билтен ВС-БиХ, број 2/1989, одл. 69, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 415.

[728] Види: Врховни суд БиХ, број Рев- 191/88 од 26.1.1989 – Билтен ВС БиХ, бр. 2/1989, одл. 70, према: Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 415.

[729]Види: ВССр, бр. Рев-2066/80 од 14.1.1981 – Мијачић М., Одговорност за штету изазвану медицинским апаратима, Правни живот, бр. 11-12/1992 стр. 1806, биљ. 15; Милутиновић Љ., Накнада штете због љекарске грешке, Билтен судске праксе ВССр, бр. 3/2002 стр. 43, према Боднарук Сњежана, et al., стр. 416.

[730]ЗОО, чл. 154 и 170.

[731]Види: Županijski суд у Вараждину, бр. Гж- 1027/08 – 2 од 10.06.2008 – Збирка судске праксе ЖС у Вараждину из области грађанског права бр. 10 стр. 96 – 97, према Боднарук Сњежана, et al., стр. 417;

[732] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 210.

процјењује он није дужан да преузме свијет појмова љекара, који може бити дијелом шири, али и ужи него што су правни појмови који се приликом примјене закона једино могу узети за основ. Овдје се управо наглашава нормативно-правни квалитет објективног појма пажње и зато је појам љекарске грешке у суштини правни појам. Осим тога, појам љекарска грешка јесте правни појам и у том смислу да судско медицинско вјештачење није потребно за све врсте спорних љекарских поступака за које се сумња да су погрешни. Такви су случајеви, на примјер, неприбављање пристанка болесника или необавјештавање, усљед чега је дошло до штете по здравље или живот. То показује да свака љекарска грешка не представља уједно и повреду правила здравствене струке у ужем смислу, већ то може бити и повреда болесникових права и кршење љекарског дужног поступања. Ова констатација чини у данашње вријеме широко прихваћен став у упоредно-правној теорији и пракси већине земаља[733].

Љекар који се огријеши о своју дужност стручног и пажљивог поступања или о болесниково право самоодређења, крши своје обавезе. То је основно начело одговорности за штету насталу као посљедица лијечења. Према владајућем гледишту, између здравствене установе и болесника постоји непосредна уговорна веза, због чега одговорност љекара нема јавноправни него приватноправни карактер.

Поступања у третману болесника која су противна законским прописима и правилима струке карактерише противправност. Они повлаче одговорност за насталу штету у правном смислу, која може бити вишезначна по врсти, по основу, као и по тежини запријећених санкција: грађанска, имовинска или одговорност за штету (одговорност под коју улази највећи број случајева љекарских грешака). Из тог разлога, у англосаксонском праву за ове случајеве непажње развио се посебан назив – *medical malpractice* (погрешна или лоша медицинска пракса), док се у европској терминологији говори најчешће о погрешном поступању односно грешкама љекара или другог медицинског особља.

За грађанску одговорност везује се правни институт осигурања од одговорности, што олакшава обештећење. Основна разлика између грађанске и кривичне одговорности јесте у стандарду дужне пажње које љекар треба да се придржава, јер би у супротном услиједила одговорност. Кривична одговорност слиједи само за грубу непажњу, док се код одштетне одговара за обичну непажњу.

Сталешка или дисциплинска одговорност покреће се код кршења правила струке без обзира на то да ли се професионална дјелатност обавља у оквиру јавне или приватне здравствене службе. Практично, кривичну одговорност и одговорност за штету утврђују и изричу редовни судови (кривица и парница), а сталешку одговорност судови части при љекарским коморама и струковним удружењима припадника медицинске професије. Одговорност здравствене установе сагледава се и везује за одговорно поступање њених запослених.

[733] Мујовић-Зорнић Хајрија, Петровић Здравко, „Одговорност здравствених установа за штете као последице лечења“, *Војно-санитетски преглед*, часопис лекара и фармацеута Војске Србије, Београд vol. 69, бр. 8/2012, стр. 692-699.

Издвајају се два облика кршења дужности здравствене установе: у облику грешке у лијечењу (вјештини и умијећу) и у облику грешке у обавјештавању (упозорење, информисање или савјетовање).

Компензација љекарских грешака се у финансијском смислу осигурава преко уговора о полиси осигурања који закључује здравствена установа са осигуравајућом агенцијом и/или љекари сами или преко Коморе доктора медицине уплаћују премије осигурања. Здравствена установа, односно љекар, је дужан да закључењем уговора о осигурању обезбиједи довољно новчано покриће за подмирење захтјева за накнаду евентуалне штете изазване његовом непрописном медицинском интервенцијом.

Повељом о правима пацијената у БиХ, *право на накнаду штете* се наводи у оквиру „права на компензацију“ (чл. 15): Сваки појединац има право на задовољавајућу компензацију унутар разумно кратког времена када су он или она били подвргнути физичкој или моралној и психолошкој повреди узрокованој третманом у здравственој установи. Здравствене установе морају гарантовати компензацију, без обзира на тежину штете и њен узрок (од дугог чекања до случаја лоше праксе), чак и када се крајња одговорност не може у потпуности одредити. У Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о „праву на накнаду штете“, у контексту *права на накнаду штете*.

У анализираним законима, право пацијента на накнаду штете заснива се на правилу да пацијент који због стручне грешке здравственог радника, односно здравственог сарадника претрпи штету на свом тијелу или се стручном грешком проузрокује погоршање његовог здравственог стања има право на накнаду штете.

Према Закону о здравственој заштити Републике Српске, с циљем остваривања *права на накнаду штете* надлежна здравствена комора ће, на захтјев директора здравствене установе, именовати комисију од пет чланова за утврђивање стручне грешке (чл. 138). Надлежна здравствена комора доставља налаз и мишљење комисије Министарству и подносиоцу захтјева ради остваривања права[734].

У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, предвиђено је да у случају смрти пацијента због доказане стручне грешке здравственог радника односно здравственог сарадника, право на накнаде штете остварују пацијентови насљедници (чл. 44). Право на накнаду штете не може се унапријед искључити или ограничити.

Према Закону о правима пацијената Републике Србије право на накнаду штете не може се унапријед искључити или ограничити (чл. 31).

Према Закону о правима пацијената Црне Горе, пацијент који због научног испитивања и истраживања претрпи штету на свом тијелу или здрављу има право на накнаду штете, без обзира на кривицу, у складу са законом (чл. 34).

[734] Право на накнаду штете не може се унапријед искључити или ограничити. Новчаном казном казниће се правно лице за прекршај ако не поднесе захтјев за утврђивање стручне грешке. За прекршај ће се казнити одговорно лице у правном лицу новчаном казном.

Према Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, пацијент има право на накнаду штете у складу са општим прописима облигационог права (чл. 29).

Традиционални начин поимања одговорности за штету у медицини заснива се на строгој етици, савјесности и стручности појединца који поступа у процедурама лијечења, гдје се истиче однос *intuitu personae* између љекара и болесника. Са развојем здравствене дјелатности као и јавних служби тај однос постаје све деперсонализованији и везује се за услугу коју здравствена установа даје болеснику као кориснику те услуге. То је био разлог да се здравствена установа редовно појављује као одговорна страна која је и фактички и правно, на основу правила облигационог права, дужна да стане иза поступка свог запосленог. Посматрано са стране болесника, у корист удружења здравствених установа говори и већа сигурност и извјесност правне заштите у спорним случајевима лијечења.

У правној пракси судова случајеви одговорности су присутнији, али се истовремено види и тежња да штету надокнади здравствена установа, јер то користи односу љекар – болесник, умањујући њихову конфронтацију. То донекле објашњава чињеницу да у судским предметима нема пресуда о регресним захтјевима здравствених установа уперених према осуђеном љекару, чак и у случајевима кад је ријеч о озбиљним посљедицама по здравље болесника или смртном исходу. Са правног гледишта, може се констатовати да у овом дијелу нема досљедне примјене закона који уређује та питања[735].

6.18. Право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља

Информисање о заштити здравља је повезано са правом пацијента на информације које су у вези са његовим здрављем. Здравствена заштита подразумијева не само заштиту акутно и хронично обољелих, већ и рехабилитацију, откривање болести, очување здравља, превенцију болести и неспособности и здравствено васпитање[736]. Под превенцијом се подразумијевају мјере које треба да спријече негативне ефекте на здравље. Превенција може бити[737]: примарна, секундарна и терцијарна. Примарна превенција представља спречавање настанка болести и других здравствених проблема дјеловањем на узроке и ризико-факторе, да би се спријечило излагање тим узроцима и ризико-факторима. Секундарна превенција представља рано откривање и лијечење болести или предзнака болести да би се смањило њихово трајање, тежина и секвеле. Терцијарна превенција представља мјере да се смањи патња, оштећења или неспособност проузрокована насталом болешћу.

Повељом о правима пацијената у БиХ, *право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља* предвиђено је на начин да сваки појединац има право на одговарајућу услугу с циљем спречавања болести. Здравствене институције имају обавезу да то имплементирају подижући свјесност људи, гарантујући бесплатне здравствене процедуре у регуларним интервалима за разне ризичне групе популације и

[735] Мујовић-Зорнић Х., Петровић З., *op.cit.,* стр. 699.
[736] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 393.
[737] Ibidem, стр. 258.

омогућавајући свима увид у резултате научних истраживања и технолошких иновација (чл. 2). У Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о „праву на превентивне мјере и информисање о заштити здравља“.

Право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља треба посматрати у контексту законских одредби које регулишу бригу друштва за јавно здравље на свим нивоима власти. Јавно-здравствени проблеми се рјешавају на свим нивоима власти и свим нивоима здравствене заштите. Јавно здравље подстиче одговорност цјелокупног друштва у осигуравању добробити за све грађане кроз унапређење здравља и очување животне околине[738]. Према анализираним законима, јавно здравство представља посебан облик заштите здравља становништва кроз организовану и свеобухватну активност друштва ради очувања физичког и менталног здравља, очувања животне средине и сузбијања фактора ризика за настанак болести и повреда. Јавно здравство као дјелатност се остварује примјеном здравствених технологија и мјера које су намијењене промоцији здравља, превенцији болести и побољшању квалитета живота[739]. Јавно здравље се заснива на промоцији здравља и примарној превенцији, а операционализира се кроз интердисциплинарни рад, мултисекторску сарадњу свих релевантних министарстава, као и све облике партнерства. Промотивне активности су усмјерене на побољшање квалитета средине у којој људи живе, услова рада, препоручивање здравог начина живота и напуштање лоших навика, укључивање здравствених циљева у планове развоја других сектора који имају утицај на здравље народа, унапређење здравствене службе и опште доступности њених услуга, праћење и евалуација мјера здравствене политике, као и мониторинг промјена здравственог стања појединих група становништва[740]. Поставља се питање ко је дужан дати пацијенту информације о превентивним мјерама и заштити здравља. Прије свега, то су здравствени радници, здравствене установе, надлежни органи власти свих нивоа одговорни за здравство и поступање у случају природних и других несрећа, када се прогласи стање природне и друге несреће од стране надлежног органа. Промоција здравља и превенција болести су саставни дио јавно-здравствених проблема и право је пацијента да превентивне мјере и информисање о заштити здравља тражи на свим нивоима здравствене заштите и на свим нивоима власти, у складу са прописаним надлежностима. У том смислу незаобилазна улога је здравственог васпитања. Здравствено васпитање је процес у коме појединци или група људи уче да се понашају на начин који омогућава унапређење, одржавање или враћање у здравствено стање (оздрављење). Увођење здравственог васпитања, између осталог, у школски систем, знатно би допринијело промоцији здравља и превенцији болести као и унапређењу здравља становништва кроз дужи период.

Право пацијента на превентивне мјера и информисање о заштити здравља није јединствено правно регулисано. У неким земљама ово право је регулисано као посебно право пацијента, а у другим земљама и код нас оно је регулисано уопштено кроз Закон о

[738] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 403.
[739] Јавно здравство обухвата научно поље превентивне медицинске науке (хигијену, епидемиологију, микробиологију, социјалну медицину, здравствену екологију, здравствену статистику, промоцију здравља и превенцију болести).
[740] Шолак З., *op.cit.* (2010), стр. 255.

здравственој заштити и друге законе у области здравства. У анализираним законима, право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља заснива се на томе да пацијент има право на одговарајуће здравствене услуге (превентивне мјере) ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља и информације о ризичним понашањима и штетним факторима животне и радне околине, који могу имати негативне посљедице по здравље. Према Закону о правима пацијената Републике Србије, здравствена установа има обавезу спровођења превентивних мјера, подизањем свијести људи и обезбјеђивањем здравствених услуга у одговарајућим интервалима, за групације становништва које су изложене повећаном ризику обољевања (чл. 8). Према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, превентивне мјере и информације остварују се на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Пацијент има право да буде обавијештен о заштити свог здравља за случај избијања епидемија и природних и других несрећа, када се прогласи стање природне и друге несреће од стране надлежног органа. Ове информације дужни су пружити пацијенту здравствени радници, здравствене установе, надлежни органи власти свих нивоа власти одговорни за здравство и поступање у случају природних и других несрећа, када се прогласи стање природне и друге несреће од стране надлежног органа. Давање ових информација није условљено претходним захтјевом пацијента за овим информацијама (чл. 40). Пацијент који је жртва насиља у породици или је пацијент дијете које је жртва насиља, сагласно прописима о заштити од насиља у породици, остварује право на превентивне мјере и информације с циљем очувања физичког и психичког здравља, сагласно посебним прописима из ове области. У Закону о здравственој заштити Републике Српске, Закону о правима пацијената Црне Горе, Закону о заштити права пацијената Хрватске, *право на превентивне мјере и информисање о заштити здравља* није регулисано као посебно право пацијента.

VII ОДГОВОРНОСТ ПАЦИЈЕНТА И ОДГОВОРНОСТ ЗА ПОВРЕДУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

7.1. Одговорност пацијената

Одговорност пацијента за лично здравље је дијелом садржана у правима пацијената код остваривања здравствене заштите, јер свако право пацијента подразумијева и одређене обавезе и одговорности. Облици одговорности пацијента су испреплетени са његовим правима, а без претходног испуњавања обавеза и одговорности, пацијенту је отежано коришћење права. Обавезе и одговорности пацијента се односе на:

- одговорност пацијента за лично здравље,
- одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите,
- одговорност пацијента према здравственим радницима и сарадницима,
- одговорност пацијента према друштвеној заједници.

7.1.1. Одговорност пацијента за лично здравље

Обавеза грађанина да чува и унапређује сопствено здравље, здравље других људи, животну и радну средину, има декларативан значај и може се тумачити као позив свим грађанима да се одговорно односе према свом здрављу и активно учествују у заштити, очувању и унапређењу свог здравља. Она садржи одговорност и обавезу пацијента да се придржава упутстава и прописане терапије од стране овлаштеног здравственог радника. Обавеза сарадње пацијента и надлежног здравственог радника је саставни дио лијечења. У случају несарадње, у парници за накнаду штете, може се сматрати и довести до тога да се ради о подијељеној одговорности[741]. Пацијент који је затражио медицинску помоћ, дужан је да учини све што је потребно да би омогућио успјешно лијечење – дужан је сарађивати са љекаром од давања обавјештења о анамнези болести, симптомима, па до придржавања упутстава и налога датих од стране надлежног здравственог радника.

Предмет прописивања је и обавеза грађанина да у границама својих знања и могућности, у хитном случају, пружи прву помоћ повријеђеном или болесном лицу.

Обавеза и одговорност пацијента је да се подвргне посебним мјерама за спречавање и сузбијање заразних болести, а што се првенствено односи на имунизацију, здравствене прегледе којима подлијежу даваоци крви, сјемене течности, органа и ткива у сврху лијечења, здравствени прегледи трудница, здравствени прегледи особа на лијечењу хемодијализом, запослени у производњи и промету хране и предмета опште употребе, запослени у школским и предшколским установама, запослени у здравственим установама и други.

Одговорност пацијента за лично здравље је у непосредној корелацији са јавним здрављем, а садржано је великим дијелом и у праву пацијента на превентивне мјере и информисање о очувању здравља. Право на превентивне мјере и информације о очувању здравља пацијента се остварује на сва три нивоа здравствене заштите, јер превенцију

[741] Без сарадње пацијента и здравственог радника нема изљечења. Сарадња пацијента и здравственог радника у властитом лијечењу подразумијева и обавезу да неке мјере лијечења обавља сам (самостално обављање дијализе изван центра за дијализу, узимање инсулина од стране болесника са хроничним дијабетесом и друго).

треба посматрати и као примарну, али и као секундарну и терцијарну мјеру здравствене заштите. У смислу превентивних активности и одговорности за лично здравље, сваки пацијент је дужан да предузима активности у сврху очувања и унапређења свог здравља, избјегавањем ризичних фактора који угрожавају живот и здравље (коришћење алкохола, дуванских производа, опојне дроге, ризично сексуално понашање и друго), те да сарађује и активно учествује са свима који доносе и утичу на здравствене одлуке и предузимају здравствене акције.

Јавно здравље подстиче одговорност цјелокупног друштва у осигурању добробити за све грађане кроз унапређење здравља и очување животне околине. Јавно здравље се заснива на промоцији здравља и примарној превенцији, а конкретизује се кроз интердисциплинарни рад, мултисекторску сарадњу свих релевантних министарстава, као и кроз све облике партнерства. Јавно-здравствени проблеми се рјешавају на свим нивоима власти и на свим нивоима здравствене заштите[742]. Унапређење здравља је процес којим се људима омогућава да повећају контролу над властитим здрављем и да га унаприједе. Унапређење здравља је одређени напор обликован да би се редуковало нездраво понашање, унаприједила превентивна заштита и створило боље друштвено и природно (физичко) окружење. Да би се постигло стање потпуног физичког, менталног и друштвеног благостања, појединац или група морају бити способни да идентификују и остваре своје тежње, да задовоље потребе и да се промијене или да се прилагоде окружењу[743]. И поред тога, у Кодексу медицинске етике и деонтологије[744] не говори се о „одговорност пацијента за лично здравље“.

У појединим анализираним законима одговорност пацијента за лично здравље је декларативно регулисана као дужност (обавеза) да активно учествује у заштити, очувању и унапређењу свог здравља, да чува и унапређује животну и радну средину. Осим тога, према Закону о здравственој заштити Републике Српске, *одговорност пацијента за лично здравље* грађанин је обавезан да у границама својих знања и могућности, у хитном случају, повријеђеном или болесном пружи прву помоћ (чл. 21); према Закону о правима пацијената Србије, пацијент је обавезан да у потпуности и истинито информише надлежног здравственог радника и здравственог сарадника о свом здравственом стању; придржава се упутстава и предузима мјере прописане од стране надлежног здравственог радника и здравственог сарадника (чл. 33), а исто тако према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, дужан је да се придржава упутстава и мјера терапије прописане од стране надлежног здравственог радника. У истом закону је предвиђена и дужност пацијента да се подвргне посебним мјерама за спречавање и сузбијање заразних болести, као и да треба бити свјестан свих посљедица своје одлуке да захтијева прекид лијечења и поред упозорења надлежног здравственог радника на могуће посљедице овакве одлуке, о чему даје писмену изјаву. Ако одбије давање изјаве о томе ће надлежни здравствени радник сачинити службену забиљешку која се чува у медицинској документацији пацијента (чл. 49. и 50). У Закону о правима

[742] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 403.
[743] Летица С., *op.cit.* (1989), стр. 158.
[744] Види: http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html, (29.5.2016).

пацијената Црне Горе, као и у Закону о заштити права пацијената Хрватске, одговорност пацијента за лично здравље није посебно регулисана.

Постоје мишљења да обавеза пацијента да активно учествује у заштити, очувању и унапређењу свог здравља, те у придржавању упутстава и предузетих мјера од стране здравствених радника је у супротности са правом пацијента на самоодређење. Дословна примјена ових одредби значи клонити се нездравог стила живота, опасних спортских и других активности, итд. Зато се сматра да се у овом случају ради о разборитој мјери ограничавања човјекове слободе, односно оној мјери која је довољна за нормално одвијање живота у заједници. У прилог томе говори и чињеница да законодавац по правилу не прописује санкције за кршење одредби о одговорности пацијента за лично здравље и који не сарађује са здравственим радником у току поступка лијечења или предузимања превентивних мјера.

7.1.2. Одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите

Код остваривања здравствене заштите пацијент је обавезан поштовати друге и њихова људска права и права која имају као пацијенти, а што се посебно односи на то да другим пацијентима не онемогућава коришћење истих права. Пацијент је дужан да се понаша сагласно савјетима и препорукама надлежног здравственог радника. Уколико пацијент болује од болести која може утицати на здравље и живот других људи, тада не смије ни једним својим поступком изазвати опасност по здравље и живот других у широј друштвеној заједници. У супротном, може му се отказати здравствена заштита, изузев хитне медицинске помоћи, лијечења заразних болести и психичких болести од којих болује пацијент, а чије би нелијечење могло угрозити живот и здравље других људи.

Повељом о правима пацијената у БиХ није посебно регулисана одговорности пацијента према другим корисницима здравствене заштите. У Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о одговорност пацијената према другим корисницима здравствених услуга.

У појединим анализираним законима, одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите је декларативно регулисана. Обично је то дужност пацијената да поштује права других пацијената који остварују здравствену заштиту, односно, сваки пацијент је обавезан поштовати људска права, те права пацијената одређена законом, на начин да другим пацијентима намјерно не онемогућава кориштења истих права. Осим тога, у Закону о правима пацијената Републике Србије, одређено је да се одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите реализује у здравственој установи, приватној пракси, организационој јединици високошколске установе здравствене струке која обавља здравствену дјелатност и другим правним лицима која обављају одређене послове из здравствене делатности (чл 34). У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, је поред декларативно наведене дужности, забрањено ометање здравствених радника односно здравствених сарадника приликом пружања здравствене заштите другом пацијенту. У том случају, особље здравствене установе упозориће пацијента који омета здравственог радника и здравственог сарадника да подлијеже одговорности (чл. 51. и 52). Здравствена установа односно приватна пракса нема право да ускрати даље лијечење пацијента који угрожава

права других пацијената односно омета здравственог радника или здравственог сарадника, али имају право да покрену поступак код надлежног суда ради утврђивања прекршајне одговорности пацијента, у случају оправдане сумње да постоји кршење наведених одредби. У Закону о здравственој заштити Републике Српске, Закону о правима пацијената Црне Горе, Закону о заштити права пацијената Хрватске, одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите није посебно регулисана

7.1.3. Одговорност пацијента према здравственим радницима и сарадницима

Утврђивање обавеза и одговорности пацијента према здравственим радницима и здравствених сарадницима је значајна са аспекта остваривања права пацијената, као и за заштиту права здравствених професионалаца. Права и обавезе пацијената не могу се посматрати одвојено без сагледавања права и обавеза здравствених професионалаца. И поред тога, Повељом о правима пацијената у БиХ, одговорност пацијената према здравственим радницима и здравственим сарадницима није посебно регулисана, а у Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о одговорности пацијената према здравственим радницима и здравственим сарадницима.

Пацијент је дужан сарађивати са надлежним доктором у току цијелог поступка дијагностике, лијечења и рехабилитације и извјештавати га потпуно, благовремено и истинито о анамнези и свим симптомима болести, те укупном здравственом стању. Пацијент доноси одлуку, сагласност о прихватању приједлога надлежног доктора у погледу дијагностике, терапије и рехабилитације, као и код предузимања превентивних мјера. Несарадња надлежног доктора и пацијента може бити основ подијељене одговорности у одштетној парници.

Пацијент је обавезан информисати надлежну здравствену установу и здравственог радника о отказивању термина за наручене прегледе и друге медицинске поступке, како би се пацијенту помогло у проналажењу другог термина и како би се на вријеме обавијестили други пацијенти који се налазе на тзв. листи чекања.

За вријеме боравка у здравственој установи пацијент је обавезан да поштује кућни ред те установе регулисан општим актима о условима боравка и понашања у њој[745]. Такође, за здравствене установе обавезно је истицање књиге примједби, похвала и жалби на видно и приступачно мјесто за све пацијенте и посјетиоце[746].

За вријеме боравка у здравственој установи, пацијент не смије ометати здравственог радника и здравственог сарадника у раду, посебно у вријеме пружања услуга другим пацијентима, да би умањили могућност чињења професионалне грешке и одговорности за њу. Пацијент је обавезан да послије прихватања предложеног медицинског третмана

[745] Поштовање правила кућног реда је обавеза пацијента, здравственог радника и сарадника. У циљу доступности правила, здравствена установа је обавезна да их постави на видно мјесто, а могу бити објављена на web страници здравствене установе или дата пацијенту у облику брошуре приликом пријема у здравствену установу.

[746] Одлуке здравствених установа о кућном реду обично садрже забрану ометања здравствених радника и здравствених сарадника и да је то услов за боравак и лијечење у тој здравственој установи.

и пружања здравствених услуга прихвати и поступање здравствених радника и здравствених сарадника које обезбјеђује њихову заштиту здравља. Уколико здравствени радник не учини оно што је његова дужност, он шкоди пацијенту, док пацијент кршењем властите обавезе шкоди само себи, тј. свом здрављу. Љекар има обавезе у интересу пацијента, а пацијент – у сопственом интересу. Ако љекар не учини оно што је његова професионална обавеза, ради заштите здравља пацијента, сносиће одговорност. Међутим, пацијент не сноси одговорност због својих пропуста, не полаже о томе рачуне другим осим самом себи. Осим тога, ваља имати на уму чињеницу да је однос између љекара и пацијента асиметричан, јер у њему доминира улога љекара[747].

Обавеза пацијента према здравственим радницима и здравственим сарадницима јесте и да плати награду за добијену услугу, осим ако се она не подмирује из средстава здравственог осигурања. Пацијентова дужност да сарађује са надлежним доктором (придржавање упутстава и налога, поштовања тачно утврђених термина и слично), нема карактер правне обавезе и њено испуњење није могуће захтијевати путем тужбе суду. Ради се искључиво о дужностима у властитом интересу, а кршење тих дужности може бити третирано као кривица оштећеног.

Посебан случај представља несарадња пацијента у оквиру медикације. Ако пацијент не употријеби медикаменте (лијекове) које му је љекар прописао или их узима нередовно, тиме крши своју уговорну обавезу сарадње, а одговорност због изостанка успјеха лијечења пада, у том случају, на пацијента, јер љекар није у стању да га принуди на узимање лијекова[748]. Али, љекар је дужан да бодри пацијента и да утиче на њега као на медицинског лаика да се „разумно понаша“[749]. Још је Хипократ савјетовао љекаре да пазе на грешке својих пацијената, кад не узимају лијекове или се не придржавају упутстава.

У појединим анализираним законима одговорност пацијента према здравственим радницима и здравствених сарадницима је одређена тако што је пацијент дужан да се, у поступку остваривања здравствене заштите према њима односи са поштовањем и уважавањем, јер је забрањено ометање здравствених радника и здравствених сарадника приликом пружања здравствене заштите и јер је обавезан поштовати кућни ред здравствене установе о условима боравка и понашања. У Закону о правима пацијената Републике Србије, осим тога је одређено да у случају када се пацијент не придржава наведених дужности, надлежни здравствени радник, односно здравствени сарадник, после претходног упозорења, може отказати пружање даље здравствене заштите пацијенту, изузев хитне медицинске помоћи. О томе је дужан да писмено обавијести директора здравствене установе, као и да у медицинску документацију пацијента унесе разлоге за одбијање пружања здравствене услуге. Пацијент је дужан да благовремено информише надлежну здравствену установу о отказивању термина за заказане прегледе и медицинске поступке, као и о промјени адресе и телефонског броја (чл. 35, 36. и 37). Према Закону о здравственој заштити Републике Српске, одговорност пацијената према здравственим радницима и здравственим сарадницима се, поред наведеног, састоји у

[747] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 71.
[748] Недостатак пацијентове сарадње не ослобађа љекара његове уговорене обавезе да утврди разлоге због којих пацијент не обавља медикацију (лијечење).
[749] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 89.

томе да је пацијент обавезан да у потпуности информише надлежног здравственог радника о истинитим подацима о свом здравственом стању, као и да поштује упутства и предузима мјере прописане терапије од стране надлежног здравственог радника (чл. 34). Према Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, пацијент је обавезан у потпуности информисати надлежног здравственог радника и дати истините податке о свом здравственом стању, промјени адресе и телефонског броја, те информисати надлежну здравствену установу односно приватну праксу о отказивању термина за наручене прегледе и медицинске поступке. Пацијент је дужан уважавати обавезе здравственог особља према другим пацијентима, избјегавајући на тај начин да их доводи у ситуације да почине професионалну грешку. Пацијент је обавезан при остваривању здравствене заштите у здравственој установи, односно приватној пракси, прихватити предложени облик медицинског третмана који обезбјеђује заштиту здравља особља које му тај третман пружа (чл. 54, 55, 56, 57. и 58). У Закону о правима пацијената Црне Горе и у Закону о заштити права пацијената Хрватске, *одговорност пацијената према здравственим радницима и здравственим сарадницима* није посебно регулисана.

7.1.4. Одговорност пацијента према друштвеној заједници

Одговорност пацијената према друштвеној заједници је двостран однос у којем постоје дефинисана права, обавезе и одговорности. Нарушавање утврђених права производи посљедице како за пацијента тако и за друштвену заједницу. Глобални циљеви у документу *Здравље за све,* на првом мјесту истичу солидарност за здравље, а на другом једнакост у здрављу, те да треба тежити њиховом остваривању у којем подједнаку одговорност има друштвена заједница и пацијент. Посебно је значајна улога друштвене заједнице у доношењу закона у области здравства, контроли и надзору над спровођењем закона, као и успостављању механизама за санкционисање оних који крше одредбе закона. И поред великог значаја одговорности пацијената према друштвеној заједници, она није посебно регулисана Повељом о правима пацијената у БиХ, а у Кодексу медицинске етике и деонтологије не говори се о одговорности пацијента према широј друштвеној заједници.

Пацијент не смије својим поступком изазвати опасност по здравље и живот других људи у друштвеној заједници, уколико болује од болести која може утицати на њих, а то су прије свега заразне болести, психичке болести, болести које се преносе генетским путем, болести овисности (алкохолизам, наркоманија и слично). У том смислу, родитељ, старатељ, односно законски заступник, одговоран је за малољетног или пословно неспособног пацијента чије понашање није усклађено са савјетима и препорукама надлежног доктора.

Остваривање права на здравље у једној друштвеној заједници зависно је од ресурса које она намјењује здравственој заштити, од начина алокације на поједине специјалности и од механизама расподјеле на кориснике. Предуслов за здравље укључује обезбјеђивање сигурне воде, хране, изградња сигурних станова и безбједне животне околине, као и образовање дјеце за доношење корисних одлука о свом здрављу и животу. У том смислу, партнерство за здравље ослања се на активно учешће великог броја заинтересованих и изван здравственог сектора.

Одговорност пацијента према широј друштвеној заједници највећим дијелом није експлицитно регулисана у законима из области здравства, али се не може занемарити, исто као ни одговорност друштвене заједнице према пацијентима. Она почива на томе да је здравствени радник и/или здравствени сарадник обавезан да води рачуна о томе да заштита живота и здравља пацијента увијек има предност у односу на интерес друштва и науке. У појединим анализираним законима, одговорност пацијената према друштвеној заједници је регулисана само декларативно и начелно. У Закону о здравственој заштити Републике Српске, одговорност пацијената према широј друштвеној заједници је регулисана тако што пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица (чл. 23. и 28). У Закону о правима, обавезама и одговорностима пацијената Федерације БиХ, одговорност пацијената према широј друштвеној заједници је регулисана тако да пацијент који болује од болести која може утицати на здравље и живот других људи не смије нити једним својим поступком изазвати опасност по здравље и живот других људи у широј друштвеној заједници (чл. 59. и 60). У случају да се ради о малољетном пацијенту или пословно неспособном пацијенту, за понашање пацијента у складу са савјетима и препорукама надлежног здравственог радника одговоран је родитељ, старатељ, односно законски заступник. Ако се пацијент не придржава наведених обавеза, надлежни здравствени радник може отказати пружање даље здравствене заштите пацијенту, изузев хитне медицинске помоћи. Здравствени радник је дужан у медицинску документацију пацијента унијети разлоге за одбијање пружања здравствене заштите, те о томе обавијестити директора здравствене установе, односно носиоца одобрења приватне праксе[750]. Надлежни здравствени радник не може отказати здравствену заштиту пацијенту у случају појаве заразне или психичке болести код пацијента, чије би нелијечење могло угрозити здравље и живот других људи, као и ширу друштвену заједницу. У Закону о правима пацијената Републике Србије, Закону о правима пацијената Црне Горе, Закону о заштити права пацијената Републике Хрватске, одговорност пацијента према друштвеној заједници није посебно регулисана.

7.2. Одговорност за повреду права пацијената

У свакој правно уређеној држави конституише се и дјелује читав један систем различитих облика одговорности, који је у највећој мјери прилагођен систему власти. С обзиром на то да се ради о систему, он увијек подразумијева сложеност различитих облика одговорности. Тамо гдје не постоји одговорност, нема ни правне државе. Наиме, свако неспровођење закона показатељ је неизграђеног система одговорности, односно он је у одређеним друштвеним условима запао у кризу. Због тога правни систем једне државе функционише у сразмјери са остваривањем начела одговорности[751]. Здравствени

[750] Ако се пацијент не придржава наведених обавеза, директор здравствене установе, односно носилац одобрења приватне праксе дужан је о томе обавијестити министарство унутрашњих послова, надлежно према мјесту становања пацијента, сагласно посебном закону.

[751] Кеновић М., *Радна дисциплина у самоуправном систему одговорности*, Свјетлост, Сарајево, стр. 18-19, према: Лале Радислав, „Дисциплинска одговорност запослених у свјетлу новог Закона о раду Републике Српске“, *Радно и социјално право*, Часопис за теорију и праксу радног и социјалног права, Београд, 2/2016, година XX, стр. 19.

систем је дио правног система у свакој држави и битно је како је правно уређена та одговорност. Одговорност за повреду права пацијента је анализирана кроз различите облике: дисциплинску, прекршајну, грађанску и кривичну одговорност. Допуштен је тзв. паралелизам поступака, што значи да упоредо постоје кривична, прекршајна, грађанска и дисциплинска одговорност здравствених радника и здравствених сарадника.

7.2.1. Дисциплинска одговорност здравствених радника и здравствених сарадника

Ступањем на рад запослени који је уговором о раду засновао радни однос почиње да остварује права, обавезе и одговорности из радног односа и од тога дана одговара дисциплински и материјално. Дисциплинска одговорност запослених је одговорност за скривљену повреду радне обавезе и обавезе понашања предвиђене законом, колективним уговором или другим општим правним актом – правилником о раду, као и уговором о раду за који се може изрећи законом или другим општим актом предвиђена дисциплинска санкција с циљем осигурања успјешног функционисања послодавца, односно унутрашње кохезије радне групе, њиховог колективног интереса, као и очувања одређених стандарда који имају ефекте на послодавца[752]. Неиспуњавање радних дужности и обавеза не тиче се само обављања послова на радном мјесту, него и укупног понашања здравствених радника и здравствених сарадника на раду или у вези са радом. Дужности на раду и у вези са радом обухватају цјеловит однос запосленог према радној дисциплини, а не само према извршењу радних обавеза на радном мјесту. Радна дисциплина је шири појам од дисциплине у извршавању радних задатака. Ту је заступљен принцип легалитета, изражен правилом – *nullum crimen sine lege*. Радник може бити позван на дисциплинску одговорност само за повреду радне обавезе која је била прописана прије него што је учињена[753]. Пошто систем дисциплинске одговорности није довољан да сам обезбиједи пуну одговорност на раду, потребно је посматрати одговорност за повреду права пацијента као дио одговорности уопште. Бити одговоран значи бити подложан санкцији једне норме. Ова дефиниција одговорности није нетачна, али није ни потпуна. Односи се на правну одговорност која настаје поводом одређене правне норме (кривичне, прекршајне и друге), односно нарушавања одређених друштвених односа. Ту је ријеч о одговорности за несавјесно, неусклађено понашање. Дакле, о одговорности неодговорних. Међутим, поред ове, постоји и друштвена одговорност за савјесно, усклађено вршење радних и других обавеза и функција. Она је антипод правној одговорности, јер се остварује у хигијени, а не у патологији друштвених односа. Ту је ријеч о одговорности одговорних[754]. Дисциплинска одговорност је правна одговорност, као што су и кривична и прекршајна одговорност. Због друштвене важности, дјелатности које обављају здравствени радници и здравствени сарадници могу бити кривично и прекршајно одговорни за кривична дјела и прекршаје које почине управо за вријеме обављања здравствене дјелатности. Имајући у виду спорост редовних судова те мањег броја кривичних и прекршајних пријава, управо је дисциплинска

[752] Лубарда Б., (2013) *op.cit.* стр. 241.
[753] Види: Пресуда Врховног суда Србије, Рев. 4129/93 од 22.12.1993. године, према Ивошевић Зоран, Ивошевић Милан, *Коментар Закона о радним односима*, Савремена администрација, Београд 1997. стр. 274.
[754] Ивошевић З., Ивошевић М., *op.cit.*, стр. 272.

одговорност та која највише погађа здравствене раднике и здравствене сараднике и има значајан утицај на рад и поштовање радне дисциплине. Није спорно поменути приступ одговорности важан за посматрање одговорности здравствених радника и здравствених сарадника, посебно оних који обављају руководеће послове у здравственим установама и који су стога надлежни да изричу законом одређене дисциплинске мјере које могу бити различите: писмено упозорење, новчана казна, престанак радног односа итд. Дисциплина и дисциплинска власт су, наиме, тијесно повезане са односом надређености и подређености, тако да се дисциплинске мјере које се изричу за повреде одређених правила могу разумјети као својеврсне гаранције извршавања налога надређених лица. Појам *субординације* најтјешње је повезан са појмом *власти* која подразумијева право и моћ потчињавања некога или нечега својој вољи, право управљања, господарења неким, нечим[755]. Поред овога, субординација укључује и подређивање запосленог управљачким, нормативним и дисциплинским овлашћењима послодавца. Истовремено, десетине различитих споредних обиљежја субординације могу се сврстати у једну од двије основне групе споредних обиљежја: обиљежја која се односе на (функционалну и техничку) интеграцију запосленог у организовани радни процес и обиљежја која се тичу искључиве одговорности послодавца за ризик посла. Учешће запосленог у ризику дјелатности је неспојиво са његовим подређеним положајем и чињеницом да он радећи за послодавца остварује основна средства за издржавање. Овај споредни критеријум субординације има значајну улогу у квалификацији рада запослених којима је због припадности одређеним професијама, односно због природе повјерених послова, приуштен висок степен (техничке) аутономије у раду[756]. У здравственом систему, послодавац је здравствена установа, а одговорна лица за обављање здравствене дјелатности су здравствени радници и други запослени у здравственим установама. Специфичност радног односа у здравству подразумијева преузимање личне одговорности здравствених радника и других запосленика за квалитетно пружање здравствених услуга, а у складу са систематизацијом радних мјеста.

Дисциплинске мјере су санкције за запослене који су својом кривицом учинили повреду радне обавезе или дисциплине, а правни основ за утврђивање дисциплинске одговорности налази се у ЗОР, општем колективном уговору, посебном колективном уговору за запослене у области здравства и општим актима који се на основу њих доносе, законима из области здравства, као и закону о здравственим коморама и општим актима коморе. Ближе одредбе о дисциплинској одговорности радника дате су у општем колективном уговору, посебном колективном уговору за запослене у области здравства и општим актима који из њих произлазе, с напоменом да оне не могу бити у супротности са законом, укључујући и законе из здравственог осигурања и здравствене заштите. Општим, односно посебним колективним уговором за запослене у области здравства уређује се покретање, вођење, те застарјелост дисциплинског поступка за утврђивање дисциплинске одговорности због повреде радних обавеза и друга питања од значаја за

[755] Николић Мирослав, *Обратни речник српског језика*, Матица српска, Нови Сад 2000, стр. 157.

[756]Ковачевић Љ., *op.cit.,* стр. 549.

заштиту радне дисциплине, као и питања материјалне одговорности радника[757]. Општи акти здравствених установа о дисциплинској одговорност само дјелимично садрже повреде права пацијената као теже повреде радне обавезе. Полазећи од наведених извора радног права, здравствени радник и здравствени сарадник је дужан да се на раду придржава обавеза прописаних законом, колективним уговором, правилником о раду и уговором о раду, као и да своје радне обавезе извршава на начин којим неће онемогућавати или ометати друге раднике у извршавању њихових радних обавеза. Ако је повредом радних обавеза причињена материјална штета послодавцу или пацијентима или је учињено кривично дјело или прекршај, здравствени радник и здравствени сарадник је одговоран материјално, односно кривично и прекршајно.

Дисциплинска одговорност чланова коморе – Суд части Коморе (струковна удружења доктора медицине, доктора стоматологије и магистара фармације) одлучује о повредама етичког и деонтолошког Кодекса права којима се нарушава углед и достојанство професије, неизвршавање обавезе чланова Коморе, повреде статута и других аката Коморе за чију повреду се могу изрећи дисциплинске мјере сагласно општим актима Коморе[758]. Највећи проблем у раду Суда части приликом провођења дисциплинског поступка је питање компетенција оних који су овлашћени проводити те поступке и изрицати дисциплинске мјере. Најчешћи приговори „оптужених“ су да чланови струке који им суде нису довољно компетентни нити стручни за провођење таквих поступака и разматрање предмета сваког конкретног дисциплинског поступка. Имајући то у виду, струковне Коморе морају водити рачуна да у избору особа које проводе дисциплински поступак буду доказани стручњаци који поред професионалног знања и искуства имају и неспорне етичке квалитете[759]. Здравственом раднику и здравственом сараднику се изрицањем дисциплинске мјере приговара због неодговарајућег поступања, приговара му се да није професионално урадио свој посао. За разлику од судског поступка који се проводи на основу општих прописа који једнако вриједе за све грађане, дисциплински поступци Суда части су посебна врста поступака који повлаче и посебну одговорност. То је, прије свега, одговорност струке – професије, која показује да ли је спремна реаговати на сваку врсту непрофесионалног поступања и гаранција пацијенту да ће здравствени радници и здравствени сарадници код пружања здравствених услуга поступати по свом најбољем знању и у складу са правилима струке и етиком властите професије[760]. Важно је напоменути да је допуштен тзв. *паралелизам поступака*, што значи да кривична, прекршајна и грађанско правна одговорност здравствених радника и здравствених сарадника или дисциплинска одговорност у здравственој установи не искључује дисциплинску одговорност пред Судом части коморе. Постоје разлике између дисциплинске одговорности која је предмет регулисања ЗОР и дисциплинске одговорности која је предмет регулисања правилником о дисциплинској одговорности

[757] *Посебан колективни уговор за запослене у области здравства*, чл. 27, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 95/09.
[758] ЗЗК РС, чл. 15.
[759] Види званичну web презентацију Коморе доктора медицине Републике Српске: http://www.komoradoktorars.org/v3/sr/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/pravilnik-disc-odgovornosti.html, (29.5.2016).
[760] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 223.

коморе доктора медицине, а које се огледају у квалификацији одговорности и изреченим мјерама. Питање дисциплинске одговорности струковних удружења је обично ријешено на сличан начин као и код коморе доктора стоматологије и код фармацеутске коморе.

7.2.2. Прекршајна одговорност здравствених радника и здравствених сарадника

Прекршајно право представља систем правних прописа којима се остварује заштита правног поретка одређивањем прекршаја и казнених санкција против учинилаца прекршаја. За све прекршаје заједничка су три обиљежја: а) постојање повреде јавног поретка, б) прописаност у закону или другим прописима и в) предвиђеност прекршајне казне и заштитне мјере. Према овим обиљежјима прекршаји имају много заједничких црта са кривичним дјелом. Све су то противправна кажњива дјела чињења или нечињења за која њихови учиниоци одговарају и према којима се изричу казнене санкције у законом утврђеном поступку. Од кривичних дјела прекршаји се разликују по друштвеној опасности која представљају једно од обиљежја кривичног дјела, а сем тога то је и правни основ за кажњавање, док је она код прекршаја само законодавни мотив за инкриминацију[761]. Одговорност починилаца за прекршај почива на принципу личне, субјективне одговорности, одговорности на основу виности. Без виности, нема ни одговорности за прекршај[762].

Посебна обиљежја прекршаја одређена су посебним прописима којима се регулишу поједине области друштвених односа, према законодавцу који их прописује. У области здравства, то су закони из предметне области који садрже посебна поглавља у којима су прописане прекршајне санкције. Тако на примјер, ЗЗЗ РС у казненим одредбама прописује новчану казну која се може изрећи починитељима прекршаја и то: правно лице, одговорно лице у правном лицу, здравствени радник и здравствени сарадник, пацијент или лице у пратњи пацијента. За одређени прекршај (нпр. Чл. 45. овог закона – Обављање здравствене дјелатности супротно прописаним условима), правном лицу се може изрећи уз новчану казну и заштитна мјера забране обављања здравствене дјелатности[763]. У ЗЗЗ РС постоје казнене одредбе (чл. 138), које имају значајну улогу у одвраћању да се прекршајна и кривична дјела чине, односно да се укаже на штетност њиховог предузимања. Прекршајна одговорност здравствених радника и здравствених сарадника регулисана је углавном у казненим одредбама ЗЗЗ РС, као и другим законима о области здравства гдје се прописује који поступци и понашања се сматрају прекршајима. Прекршаји као облици кажњивих понашања свакако су дио казненог права у најширем смислу, јер се њима такође повређују одређена заштићена добра. Разлика, која ипак подлијеже критици и није сасвим прецизна, огледа се у тежини казне која се

[761]Види: Благојевић Борислав (ур.), *Правна енциклопедија – књига 2*, Савремена администрација, Београд 1985, стр. 1275.

[762] За одговорност правног лица за прекршај потребно је да је до извршења прекршаја дошло радњом или пропуштањем дужног надзора од стране органа управљања или одговорног лица или радњом другог лица које је било овлашћено да поступа у име правног лица. Одговорност одговорног лица у правном лицу постоји ако је до извршења прекршаја дошло његовом радњом или његовим пропуштањем,
Ibidem, стр. 1269.

[763] Према ЗЗЗ РС (чл. 138), за правно лице новчана казна се креће у распону од 10.000 до 100.000 КМ, а за одговорно лице у правном лицу од 1.000 до 20.000 КМ, за здравственог радника и здравственог сарадника у износу од 1.000 до 10.000 КМ, а за пацијента или лице у пратњи пацијента од 100 до 1.000 КМ;

изриче починитељима[764]. Наиме, казне које се понекад могу изрећи за прекршаје, могу бити далеко веће од оних које се могу изрећи за кривична дјела[765].

Иако се кривична одговорност може сматрати најтежом одговорношћу, јер она за собом повлачи најтеже санкције, не треба занемарити значај и улогу прекршајне одговорности која се као кажњива понашања прецизније одређују с обзиром на њихов садржај и зависи од материје која их регулише. Такође, може се констатовати да се у здравственом систему до кривичне одговорности долази, најчешће, тек кад се исцрпе све друге могућности (дисциплински, прекршајни и грађанскоправни поступак). Значајно је напоменути да прекршајну пријаву може поднијети свака особа која сматра да је у конкретном случају учињен прекршај, те располаже одговарајућим доказима којима може поткријепити своје тврдње. У сваком друштву, за поштовање права пацијената и осигурање квалитета здравствених услуга, дисциплинска, прекршајна, грађанскоправна и кривична одговорност су легитимни механизми.

7.2.3. Грађанска одговорност

Важна је пажња правне и медицинске струке на проблематику одговорности у пружању здравствене услуге, јер је, с једне стране, та одговорност од опште важности за добробит цијеле друштвене заједнице, а с друге стране, супстрат сваке поједине штетне радње може бити добра подлога за даље стручне расправе којима би се настојало спријечити понављање наступања штетних посљедица. Ако пацијент због стручне грешке здравственог радника односно здравственог сарадника, претрпи штету, има право на накнаду штете. Пружање здравствених услуга може понекад имати нежељене посљедице које се манифестују као одређена штета која погађа непосредно пацијента или посредно чланове његове породице. Будући да је основна сврха одштетног права дефинисање начина и услова поправљања, односно накнађивања штете од стране штетника или друге одговорне особе, тако и за штете које настану као посљедица обављања здравствене дјелатности неко мора одговарати и то примјеном правила одговорности за штету[766].

Са развојем медицинске науке долази до општег напретка и откривају се нови методи за заштиту и очување људског здравља и живота. Међутим, све ове новине повлаче за собом и ризик љекарске грешке. Медицинско знање је све сложеније и љекарима је све теже да поступају у складу са стално промјенљивим правилима своје струке. Као резултат тога, те као посљедица веће свијести становништва о значају добара као што су живот и здравље, све су чешће парнице за накнаду штете због љекарске грешке[767]. За такву штету примјењују се општа правила о одговорности за штету. Повреде правила здравствене струке најчешће су штетне радње, грешке на којима се заснива одговорност здравствених радника и здравствених сарадника. Међутим, само грешке здравствених радника и здравствених сарадника нису довољне за настајање односа одговорности за штету. Наиме, опште претпоставке одговорности за штету које се морају кумулативно испунити су сљедеће: постојање субјеката обавезног односа одговорности за штету и то штетника

[764] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 207.
[765] Ivo Josipović I., *Zakon o prekršajima – komentarske bilješke*, Narodne novine, Zagreb 2002, str. 13.
[766] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 169.
[767] Марчетић Драгана, „Лекарска грешка – терет доказивања у парничном поступку“, *Српска правна мисао*, број 44/2011, стр. 221.

(одговара за штету) и оштећеника (захтјева одштету); штетна радња штетника; штета која настаје на страни оштећеника; узрочна веза између штетне радње и штете; противправност штетне радње[768].

Лица која пружају здравствене услуге не желе да се нађу у центру медијске пажње кад дође до нежељених посљедица у обављању здравствене дјелатности. Медијска пажња није увијек најбољи начин рјешавања проблема и избјегавања понављања истих грешака. Зато се траже алтернативни начини рјешавања питања одговорности давалаца услуга и осигуравања накнаде штете пацијенту, а да се при томе сваки пут не утврђује кривица даваоца услуга као предуслов накнаде штете. У том смислу, у примјени је осигурање од одговорности за штету коју обезбјеђују здравствене установе путем осигуравајућих друштава. Илустрације ради, може послужити примјер тзв. *no fault compensation*, као једног од алтернативних начина осигурања примјерене накнаде пацијенту, а да се не утврђује кривица штетника, чиме се уједно осигурава и врло прецизно биљеже сви непожељни догађаји да би се исте грешке избјегавале у будућности[769]. *No fault compensation* модел је врста осигурања пацијента од медицинског ризика, односно врста уговора о осигурању у корист трећих особа, јер такво осигурање склапају осигураватељи и здравствени радници. Примјер за то су Финска и Шведска, гдје наведени систем већ дуже вријеме функционише у пракси. На принципу иницијативе Финског љекарског удружења из 1970. године, Финска је 1986. године донијела закон којим је регулисала *no fault compensation модел*. Ово је модел осигурања новчане компензације корисницима здравствене заштите за грешке и нежељене ефекте настале током дијагностичког или терапијског поступка, без потребе судског доказивања индивидуалне кривице пружаоца здравствених услуга. У Шведској је такође, као обавезан, *no fault compensation модел*, законски регулисан 1997. године. Од 1975. је у пракси постојао сличан модел, тј. добровољни начин обештећења и то на начин да се надокнађује штета настала због неуспјешне медицинске интервенције. Она се не заснива на кривици љекара, односно здравственог радника, а исплаћује се под условом да оштећеник нема право надокнаде од трећег лица, односно да таква надокнада не одговара стварној штети. Анализирајући учинак наведеног модела и поредећи га са начинима регулисања надокнаде штете корисницима здравствене заштите, Стално вијеће европских љекара[770], као кровно удружење европских љекарских удружења, предложило је да се на нивоу Европе крене према широј примјени наведеног модела, познатог и као *скандинавски модел*. Важна карактеристика скандинавског модела јесте прецизно биљежење непожељних догађаја у болницама. Евидентирањем свих непожељних догађаја постиже се уочавање слабих тачака у дијагностичком и терапијском поступку, те се тиме спречава настанак нових

[768] Одговорност за штету може бити субјективна (кулпозна) и објективна (каузална). О субјективној одговорности ради се увијек ако је за настанак одговорности за штету потребна, осим општих претпоставки одговорности за штету, још и кривња штетника. За постојање објективне одговорности оштећеник мора доказати: штетну радњу, штету, узрочну везу између штетне радње и штете и протуправност штетне радње (у објективном смислу). Види: Vedriš M., Klarić P., *op.cit.* (1998), стр. 570-574.

[769] Paterson R., Bismark M., Naming M., *Blaming and shaming*, XV свјетски Конгрес медицинског права, Свјетско удружење за медицинско право, Sydney, 2004, стр. 100, према: Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 184.

[770] Види званичну web презентацију: http://www.cpme.eu/ (19.7.2016).

инцидената[771]. Шира стручна расправа о наведеном моделу или алтернативама може дати одговор о потреби и оправданости увођења овог модела у наш правни систем. Промишљања о томе могу дати одговор да ли ће постојећи систем субјективне грађанске одговорности у будућности моћи обухватити све аспекте развоја здравственог система у цјелини, као и штете која произађе као резултат активног функционисања тог система.

7.2.4. Кривична одговорност

Кривично правна одговорност доктора је посљедња инстанца за рјешавање оних случајева који превазилазе одговорност предвиђену прописима медицинског законодавства[772]. У питању је одговорност за повреде права пацијената квалификована као кривично дјело[773]. Тако је, на примјер, КЗ РС у оквиру посебне главе прописао кривична дјела против здравља људи: преношење заразне болести; непоступање по здравственим прописима за вријеме епидемије; непримјењивање мјера за заштиту од заразне болести; несавјесно пружање љекарске помоћи; неуказивање љекарске помоћи; неовлашћено пружање медицинских услуга; недозвољено пресађивање дијелова човјечијег тијела; несавјесно поступање при справљању и издавању лијекова; производња и стављање у промет производа штетних за лијечење; неовлашћена производња и стављање у промет отрова; те кривична дјела која се не односе искључиво на здравствене раднике и здравствене сараднике: производња и стављање у промет шкодљивих производа; несавјесно вршење прегледа животних намирница; загађивање воде за пиће и животних намирница; неовлашћена производња и промет опојне дроге и омогућавање уживања опојне дроге[774]. Има више разлога за издвајање кривичних дјела против здравља људи у КЗ, а прије свега, то је уставно право човјека на здрав живот. Осим кажњивих понашања која су систематизована унутар групе кривичних дјела против здравља људи, прописана су и она кривична дјела која се посредно односе на пружање здравствених услуга односно повреду права пацијената: неовлашћено откривање професионалне тајне (чл. 173. КЗ РС) односи се на адвоката, љекара или друго лице које неовлашћено открије тајну коју је сазнало у вршењу свог позива; неовлашћено коришћење личних података (чл. 176. КЗ РС) – ко супротно условима одређеним у закону, без сагласности грађана прибавља, обрађује, саопшти другом или користи њихове личне податке; издавање и употреба неистинитог љекарског или ветеринарског увјерења (чл. 382. КЗ РС) – одредба која се односи на љекара или ветеринара који изда неистинито љекарско или ветеринарско увјерење, иако је знао да је неистинито. Не треба занемарити чињеницу да је напретком медицинске науке и технологије повећан ризик у дијагностици, лијечењу и рехабилитацији пацијената, што повећава одговорност здравствених радника и здравствених сарадника који учествују у пружању здравствених услуга. Њихова одговорност се шири и постаје сложенија и због односа са другим

[771] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 185-186.
[772] Николић Крсто, „Право на прогнозу болести“, *Правни живот*, број 9/2002, стр. 273.
[773]У раду се неће обрађивати општа кривична одговорност здравствених радника и здравствених сарадника за кривична дјела која може починити свака особа, већ ће се пажња усмјерити на кривична дјела која могу починити искључиво особе које се професионално баве здравственом дјелатношћу.
[774] Треба имати у виду да је КЗ РС (2003) усвојен прије ЗЗЗ РС (2009) у којем су у посебном поглављу прописана Права и обавезе пацијената и грађана у остваривању здравствене заштите, тако да се у КЗ РС не налазе експлиците кажњива понашања у вези са повредом права пацијената.

колегама у струци приликом доношења одлука, као и због односа са другим запосленицима у здравственим и другим установама.

Кривична дјела против здравља људи усмјерена су прије свега против људског здравља, а у оквиру пружања здравствених услуга. На тај начин, законодавац је желио заштитити тјелесни интегритет пацијента. Ова кривична дјела су слична кривичним дјелима против живота и тијела уз наведену специфичност. Наиме, кривична дјела против живота и тијела, у принципу, може извршити свака особа, а поједина кривична дјела из групе кривичних дјела против здравља људи може извршити само извршилац са посебним својствима, што је истакнуто у законском опису дјела (нпр. љекар, односно други здравствени радник)[775]. Стога се оваква кривична дјела називају посебна кривична дјела (*delicta propria),* за разлику од општих кривичних дјела (*delicta communia*) која може починити свака особа[776]. Издвајањем кривичних дјела против здравља људи законодавац је водио рачуна о чињеници да је обављање здравствене дјелатности врло одговоран, али и ризичан посао. Такође чињеница је да здравствени радници и здравствени сарадници морају тај посао (најчешће) обављати са врло високим степеном опреза и одговорности и морају бити свјесни високог ризика који се појављује или се може појавити приликом пружања здравствених услуга. Људско здравље није егзактна категорија и понекад није једноставно предвидјети све потенцијалне ситуације до којих може доћи унутар поступка пружања услуга здравствене заштите, без обзира на напредак науке и рјешења струке која из тог напретка произлазе. Систематизацијом кривичних дјела против здравља људи у посебну главу кривичног закона наглашава се посебна улога и одговорност свих оних који непосредно или посредно учествују у свим поступцима лијечења људи.

Здравствени радници и здравствени сарадници обављају јавну дјелатност, јер се професионално баве пружањем услуга здравствене заштите неодређеном и неограниченом броју особа, што их ставља у положај повећане одговорности. Наиме, за посебна кривична дјела против здравља људи здравствени радник неће одговарати само зато што је проузроковао одређену опасност за здравље појединих особа, већ и због тога што је тиме посредно повриједио цјелокупну здравствену сигурност која чини један од основних фактора друштвене оправданости здравствене дјелатности[777]. Имајући у виду значај и брзи развој медицинске науке (у области *in vitro* фертилизације, генетски блиско донорство, генетички инжењеринг и друго), медицинске и друге технологије, које не проузрокују непредвидљиве ситуације, поставља се захтјев за кривично-правним проширењем кривичних дјела из ове области, а с циљем очувања и заштите људског здравља.

[775] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 190.
[776] О типовима кривичних дјела види детаљније: Horvatić Željko, Novoselec Petar, *Kazneno pravo – opći dio*, Informator, Zagreb 2001, str. 175-182.
[777] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 191.

VIII ЗАШТИТА ПРАВА ПАЦИЈЕНТА

Заштита права пацијената означава заштиту људских права оних који су у тренутку кад им се та права крше уједно и најнемоћнији да се сами томе одупру или за њих изборе. Притиснути су често озбиљним поремећајима здравља, који су заједно неразлучиво повезани с појмом, а каткада и непосредним узроком лошег имовинског стања. Свијест о потреби заштите других заправо је свијест о правовременој заштити себе самих, а тиме у препознавању и заштити права пацијената можемо разабрати битне елементе којима се може валоризовати степен демократије једне заједнице[778]. Отпочињање спровођења заштите права пацијената било је неопходно због нагомиланих проблема у здравственом систему, због све чешћих љекарских грешака, због непрофесионалног односа према пацијентима, због самовоље појединаца и непоштовања закона. Идеје о помоћи пацијентима у остваривању њихових права родила се и учврстила у седамдесетим годинама прошлог вијека, стога што је у земљама западне Европе (а нарочито у Њемачкој) јавност била суочена са честим судским споровима због љекарских грешака.

Најважнији облици правне заштите права пацијената су право на приговор, заштита помоћу заштитника (савјетника) за права пацијената и судска заштита права пацијената.

Постоје и други механизми заштите права пацијената. Надзор над провођењем закона обухвата активност којом се утврђује да ли здравствена установа, здравствени радници и здравствени сарадници који обављају здравствену дјелатност, раде у складу са прописима, достигнућима савремене медицине и других наука и да ли за такав рад постоје одговарајући услови. Надзор над радом здравствених установа обухвата: унутрашњи надзор, стручни надзор, надзор над законитошћу рада и аката и инспекцијски надзор. Право пацијента и заштита права пацијента остварују се непосредном примјеном прописа којима је регулисана ова материја. Међутим, у здравственом систему постоје елементи система који на посредан начин доприносе остваривању и заштити права пацијента. Ови елементи здравственог система, имају своју законом одређену улогу и указују на сложеност система, велику повезаност његових дијелова и њихову неопходност за добро функционисање овог система. У цјелини, други механизми заштите права пацијената, односе се на сљедеће: 1) инспекцијски надзор, 2) унутрашњи надзор, 3) стручни надзор, 4) надзор над законитошћу рада и аката, 5) стандарди и нормативи у здравству, 6) увођење система квалитета, 7) кодекси медицинске етике, 8) удружења пацијената, 9) професионална удружења здравствених радника, 10) здравствене коморе, 11) одбор за здравље локалне самоуправе и 12) „Узбуњивачи“ и заштита права пацијената.

[778] Rušinović-Sunara Đula, „Prava pacijenata i partnerski odnosi u sustavu zdravstva“, *Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata*, Zdravstveno veleučilište, Opatija 2006, стр. 30.

8.1. Европски приступ заштити права пацијената

Европска повеља права пацијената садржи дио који се односи на заштиту права пацијента путем права пацијента на жалбу и права на компензацију, гдје сваки појединац има ова права кад год претрпи штету и има право на одговор или неку другу информацију. Здравствене установе морају гарантовати остваривање овог права у пракси, пружајући пацијентима информације о њиховом правима и оспособљавајући их да препознају кршење права и да формализују своје жалбе. Жалбу прати детаљни писмени одговор од стране руководства здравствене установе и то унутар дефинисаног рока. Жалба се подноси кроз стандардне процедуре и процесуирана је од стране независних тијела и/или организација грађана, а не може се прејудицирати право пацијента да предузима законске кораке или да тражи алтернативна рјешења спорова. Право на компензацију прописује да сваки појединац има право на задовољавајућу компензацију, када је подвргнут физичкој, моралној или психолошкој повреди узрокованој третманом у здравственој установи. Здравствена установа мора гарантовати компензацију без обзира на тежину штете и њен узрок, чак и када се крајња одговорност не може у потпуности одредити. И Повеља о правима пацијената у БиХ садрже дио који се односи на заштиту права пацијента путем права пацијента на жалбу и права на компензацију.

Здравствени системи у земљама ЕУ показује сасвим различит однос према заштити права пацијента. Неки системи имају повељу права пацијента, неки посебне законе, неки у оквиру постојећих закона (најчешће закона о здравственој заштити), а неки административне прописе, повеље услуга, тијела попут омбудсмана, процедуре као што су алтернативно рјешавања спорова (медијација). Општи циљ је да се ојача степен заштите пацијента и његових права, усклађивањем националних здравствених система. Ово је од изузетног значаја, посебно због слободе кретања унутар ЕУ и процеса проширења. Европска повеља права пацијената садржи 14 права која су важећа у свим системима земља ЕУ. То су основна права која морају бити призната и поштована независно од финансијских, економских или политичких ограничења, узимајући у обзир квалитет здравствене услуге. Међу њима, заштита права пацијента се односи посебно на право на жалбу и право на компензацију. Европска повеља права пацијената може се користити за покретање активности за заштиту права пацијената у којима удружења грађана, институције и тијела попут омбудсмана, етичких одбора или алтернативних рјешења спорова путем комисија, судија мира као и судова, имају утврђену улогу. Заштита права пацијената се односи и на информисање и образовање грађана и здравствених радника, те промовисање права пацијената у медијима и здравственим установама, школама и универзитетима, као и свим другим заинтересованим странама. На тај начин, успоставља се дијалог међу заинтересованим странама, који постаје дио јавне политике, програма и планова за заштиту права пацијената. Очекивања су оправдана, да ће повељу о правима пацијената и њихову заштиту, прихватити сви учесници у здравственом систему и организације грађана, те да ће дефинисати своје обавезе у поштовању права пацијената. Посебну улогу у праћењу стања права пацијената имају организације цивилног друштва (Хелсиншки комитет и друге), кроз периодичне извјештаје и препоруке из ове области.

У заштити права пацијента све више превладава став правног приступа овој проблематици[779], а посебан значај припада уговорном концепту регулисања ових односа (тзв. „холандском“ приступу). Холандија је прва земља која је доношењем Закона о медицинском уговору (третману) кодификовала најесенцијалнија права медицинских радника и пацијената. Права и обавезе обје стране у медицинском уговору уређена су у једном акту. Лијечење пацијента од стране љекара сагледава се у оквиру једног правног односа[780].

Доказивање љекарске стручне грешке и њене узрочне повезаности са штетом по пацијентово здравље, представљало је несавладиву тешкоћу за пацијента и његову родбину. Такво стање условило је оснивање покрета за заштиту пацијента (удружење пацијената), а у неким земљама су уведене нове институције за заштиту права пацијената (омбудсман за пацијенте, пацијентов адвокат, пацијентов правобранилац, комитет за приговоре и слично)[781].

Послије доношења Амстердамске декларације о промовисању права пацијента у Европи (1994) и Европске повеље о правима пацијената (Рим, 2002), у већини европских земаља доносе се нови прописи који регулишу права пацијената у Европи. Важно је нагласити да је имплементација права пацијента у прописима примарно проблем сваке државе.

8.2. Заштита права пацијената и осигураника

Пацијент је обично медицински, али и правни лаик који не познаје начин како да заштити своја права или чак и не познаје своја права. Стога је важно регулисање заштите права пацијената.

Најважнији облик правне заштите права пацијената јесте право на приговор, стога што омогућава пацијенту да добије компензацију кад претрпи оштећење здравља односно повреду права. Пацијент подноси приговор када је незадовољан пруженом здравственом услугом или поступком здравственог радника или другог радника здравствене установе. Према ЗЗЗ РС приговор се подноси директору здравствене установе, а пацијент незадовољан коначном одлуком директора може покренути спор код надлежног суда. Право покретања управног спора има појединац ако сматра да му је управним актом повређено неко право или непосредан лични интерес заснован на закону. Управне спорове у РС рјешавају окружни судови. Наведеним законским рјешењем у погледу приговора, није обезбијеђена двостепеност поступка у заштити права пацијента у оквиру здравствене установе. Такође, у оквиру рјешавања спорова из ове области, није предвиђена могућност медијације, која би у многоме допринијела ефикасности рјешавања спорова.

---

[779] Мујовић-Зорнић Хајрија, „Уговор о медицинском третману“, *Страни правни живот*, 1-3/2001, стр. 260-261.

[780] Никић – Совиљ Љиљана, „Заштита права пацијената у здравственом систему Србије и земљама Европе“, *Правни живот*, број 9/2005, стр. 547.

[781] Никић-Совиљ Љиљана, „Заштитник пацијентових права у здравству Србије“, *Правни живот*, бр. 9/2003, стр. 351-355.

Заштита права пацијента може се тражити код суда, без обзира на то да ли се ради о кривичној одговорности или грађанској парници.

За остваривање заштите права пацијената је важно да су надлежни законодавни органи донијели законе о бесплатној правној помоћи и што су успостављене институције и мреже давалаца бесплатне правне помоћи, а што омогућава грађанима да штите своја права у случају повреде.

У већини анализираних закона је предвиђена институција заштитника/савјетника за права пацијената у здравственој установи, што одговара чињеници да није довољно само регулисати права пацијента, већ је неопходно помоћи пацијентима да их остваре, а посебно у случају кршења тих права. Тако је у Закон о правима пацијената у Србији прописано да заштиту права пацијената обезбјеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове савјетника за заштиту права пацијената и образовање Савјета за здравље. Пацијент који је незадовољан извјештајем савјетника пацијената, може се обратити Савјету за здравље, здравственој инспекцији односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент осигуран. У Црној Гори, Закон о правима пацијената прописује да директор здравствене установе одређује заштитника права пацијената у здравственој установи, која је дужна да организује његов рад. Пацијент коме је ускраћено право на здравствену заштиту или неко друго право може поднијети приговор директору здравствене установе или заштитнику права пацијената. Пацијент који је незадовољан налазом по приговору, може се обратити здравственој инспекцији. У Хрватској, у јединици подручне (регионалне) самоуправе, предвиђено је оснивање Повјереништва за заштиту права пацијената које дјелује при управном тијелу јединице надлежном за послове здравља, тако што прати примјену прописа, предлаже предузимање мјера за заштиту и промовисање права пацијената на свом подручју[782].

ЗЗЗ РС није прописао обавезу да свака здравствена установа мора имати заштитника/савјетника за права пацијената с циљем обезбјеђења заштите права пацијента. У Републици Српској не постоји институција као што је заштитник/савјетник за права пацијената, али је у ФЗО успостављен систем заштите права осигураника путем заштитника права осигураника.[783] ЗЗЗ не прописује шта конкретно здравствена установа треба да уради да би заштитила права пацијената, нити одређује шта се сматра довољним.

Промоцију и заштиту наведених права осигураних лица обезбјеђује Фонд, који је с тим циљем донио Правилник о заштити права осигураних лица[784], а којим се уређују начела заштите права осигураних лица, садржај заштите права и начин заштите и промоције тих права. Отпочињање спровођења заштите права пацијената било је неопходно због нагомиланих проблема у здравственом систему, због све чешћих љекарских грешака,

[782] Надлежни министар именује Повјереништво „за заштиту и промицање права пацијената“ које прати провођење остваривања права пацијената, расправља о извјештајима „повјеренства јединице подручне (регионалне) самоуправе“, даје мишљења, препоруке и приједлоге надлежним тијелима и предлаже предузимање мјера за изградњу цјеловитог система заштите и промоције права пацијената.

[783] Види званичну web презентацију Фонда здравственог осигурања Републике Српске: https://www.zdravstvo-srpske.org/ (29.5.2016).

[784] *Правилник о заштити права осигураних лица*, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 26/11, 21/14.

због непрофесионалног односа према пацијентима, због самовоље појединаца и непоштовања закона[785]. Према чл. 18. овог Правилника, промоција права обезбјеђује се: обавјештавањем јавности о правима из здравственог осигурања; подршком и подстицањем развоја удружења грађана за заштиту права осигураних лица, односно пацијената; едукацијом осигураних лица, односно пацијената; едукацијом особља које пружа услуге осигураним лицима; унапређењем партнерског односа са здравственим установама и невладиним сектором. Заштита права осигураних лица спроводи се у складу са начелима хуманости, доступности и једнакости. Начело хуманости се остварује обезбјеђењем поштовања осигураних лица као људских бића, поштовања физичког и менталног интегритета осигураних лица, те поштовања приватности, моралних и вјерских увјерења. Начело доступности и начело једнакости заштите права осигураних лица остварују се тако што свако осигурано лице има једнаке могућности заштите својих права[786].

Заштита права осигураних лица обезбјеђује се у поступку контроле, у управном поступку и казненим мјерама које се изричу прекршиоцима права осигураних лица. У чл. 20. наведеног правилника, прописано је да се ефикасна заштита права осигураних лица у Фонду обезбјеђује оснивањем посебне организационе јединице за заштиту права осигураних лица, која организационо обухвата све општине у РС на начин да за сваку општину буде именован заштитник права осигураних лица. Заштитник права осигураних лица надлежан је за: давање савјета у вези са заштитом утврђених права; обезбјеђење пружања стручне и техничке помоћи осигураном лицу код остваривања права из здравственог осигурања; отклањање неспоразума између осигураних лица и особља у здравственој установи или Фонду; анкетирање осигураних лица и вођење евиденције о повредама права осигураних лица и узроцима који доводе до неспоразума, незадовољства и повреде права. Осигурано лице има право да од заштитника права осигураних лица, усмено или писмено, тражи мишљење у вези с његовим правима, да саопшти или упути пријаву повреде права, а исти је обавезан да писмено одговори најкасније у року од пет дана[787]. У свакој здравственој установи с којом Фонд има закључен уговор, као и у свакој пословној јединици Фонда, на видном мјесту мора да

[785] Никић – Совиљ Љ., (2005) *op.cit.*, стр. 547.

[786] Према поменутом Правилнику права осигураних лица, у ширем смислу су право на: доступност здравствене заштите у садржају и обиму и на начин прописан општим актима Фонда, на рефундацију средстава, на информисање о правима из здравственог осигурања и остваривању тих права, на стручну помоћ радника Фонда при остваривању права из здравственог осигурања, на приједлоге и иницијативе у вези са садржајем и обимом права из здравственог осигурања и начином њиховог остваривања, на слободан избор доктора на примарном нивоу здравствене заштите и здравствене установе на секундарном нивоу, на правовремену, квалитетну и ефикасну здравствену услугу, на обавијештеност о референцама здравствене установе и медицинског особља које пружа здравствене услуге, да тражи и добије мишљење и других љекара у здравственој установи у којој се лијечи, на поштовање времена, на приговор и обавијештеност о томе коме може да уложи приговор у вези остваривање права, на љубазан и професионалан однос здравствених радника и радника Фонда, на тајност података о здравственом стању.

[787] Овим Правилником је као надлежности организационе јединице за заштиту права пацијената одређено: праћење примјене правилника; усмјеравање, координација и праћење рада заштитника права осигураних лица; анализа повреда права и узрока који доводе до повреде права; давање приједлога за побољшање заштите права и отклањање узрока повреде права; иницирање измјена и допуна општих аката; предлагање санкција против прекршилаца права осигураних лица, те извјештавање органа Фонда о примјени Правилника и заштити права осигураних лица.

буде истакнуто име и презиме заштитника права осигураних лица, адреса, број канцеларије и вријеме у којем је заштитник права доступан, те број телефона путем којег осигурано лице може да контактира заштитника права осигураника.

Осигурано лице може пријавити кршење права из обавезног здравственог осигурања писмено, путем инфо-телефона, електронском поштом и лично службенику контроле или заштитнику права. Пријава треба да садржи име и презиме подносиоца пријаве, адресу и број телефона, назив здравствене или друге установе на коју се односи пријава, те опис повреде права, мјесто и вријеме када је повријеђено право са фотокопијом медицинске или друге документације која указује или потврђује наводе из пријаве[788].

Анализа приговора осигураних лица Фонда здравственог осигурања заштитнику права осигураних лица на основу евиденције показује да постоји тенденција пада укупног броја приговора у посматраном периоду од 2012. до 2014. године[789]. У 2012. години у Служби за заштиту права осигураника[790] евидентирано је 847 приговора и пријава[791]. У 2013. години је у овој служби евидентирано 885 приговора и пријава[792]. У 2014. години у служби је евидентирано је 790 приговора и пријава[793]. На сљедећој табели је приказан преглед података о обраћањима и приговорима осигураних лица Фонда за период 2012-2014 (табела 8):

[788]У поступку одлучивања о пријави кршења права, службеници контроле ће провјерити све наводе из пријаве и о томе обавијестити подносиоца пријаве у року не дужем од 15 дана. Уколико буде установљена повреда права, подносилац пријаве ће бити обавијештен о томе како би требало да поступи. Такође, у потврђеним случајевима кршења права осигураних лица, Фонд изриче казну према здравственој или другој установи у којој је право прекршено. У складу са чл. 25. истог правилника, прописано је да ће уговор који Фонд закључује са здравственим и другим установама које пружају услуге здравствене заштите садржавати поглавље које носи назив „Заштита права осигураних лица“. Овим уговором ће се дефинисати и санкције за кршење права из наведеног правилника, види: Пакет права ФЗО.

[789] Приговори осигураних лица Фонда уносе се у обрасце који се на крају сваког мјесеца достављају Служби за заштиту права осигураних лица, гдје се обрађују и анализирају. Они садрже информације о здравственој установи на коју се приговор односи, предмет пријаве или приговора, коме је конкретно упућен и које су активности заштитници права осигураника на терену предузели након обраћања осигураног лица.

[790] Евиденције пријава и приговора осигураних лица води се континуирано од почетка рада Службе за заштиту права осигураних лица Фонда, тачније од 1. јуна 2011. године.

[791] Осигураници чије су жалбе биле упућене на здравствене установе и друге установе и организације (било их је 790), најчешће су се односиле на: ортопедска помагала, лијекове, нељубазан и непрофесионалан однос медицинског особља, здравствену услугу, упутнице за лијечење, регистрацију код породичног доктора, педијатра и гинеколога, партиципацију и друго. Приговори осигураних лица који су били упућени на рад Фонда (било их је 57) у највећој мјери су се односили на рјешења првостепеног и другостепеног поступка (негативна рјешење Фонда у вези са лијечењем изван РС, нељубазност и непрофесионалност запослених у Фонду и друго).

[792] Осигураници чије су жалбе биле упућене на здравствене установе и друге установе и организације (било их је 566), те приговори осигураних лица који су били упућени на рад Фонда (било их је 319). У тој години приговори су се најчешће односили на: дужину чекања на преглед, издавања упутница за лијечење, пружену здравствену услугу, нељубазност и непрофесионалност здравствених радника, немогућност избора доктора специјалисте за консултативно-специјалистички преглед, партиципацију и друго.

[793] Осигураници чије су жалбе биле упућене на здравствене установе и друге установе и организације (било их је 475), а приговори осигураних лица који су били упућени на рад Фонда (било их је 315). У тој години приговори су се најчешће односили на: издавање упутница за лијечење, нељубазност и непрофесионалност здравственог особља, лијекове, хитна медицинска стања, чекање на обављање здравствених услуга, погрешно наплаћене здравствене услуге, партиципацију, регистрацију код породичног доктора, гинеколога и педијатра, бањско лијечење, стоматологију, лијечења изван РС, медицинска средства и друго.

Табела 8 – *Преглед података о обраћањима и приговорима осигураних лица Фонда*

година	укупно обраћања	укупно приговора	приговори на здравствене установе	приговори на Фонд
2012.	8.599	847	790	57
2013.	9.042	885	566	319
2014.	8.551	790	475	315

Узимајући у обзир приговоре осигураних лица Фонда у посматраном периоду, може се констатовати да су заштитници права осигураних лица испунили свој задатак, у смислу своје улоге у обавјештавању здравствених установа, надлежних сектора и органа Фонда о узроцима приговора и приједлозима за њихово отклањање, уз напомену да су одређене приговоре рјешавали на мјесту настајања, тј. у здравственој установи без подношења пријава о повреди права из здравственог осигурања[794].

8.3. Омбудсман за људска права

Институција Омбудсмана за људска права БиХ (у даљем тексту: Омбудсман), успостављена је 1996. године као независна институција за промовисање и заштиту људских права, а са циљем промовисања добре управе и владавине права и слобода физичких и правних лица, како је гарантовано Уставом БиХ и међународним споразумима који се налазе у додатку тог Устава[795]. Према Закону о омбудсману за људска права БиХ[796], Омбудсман надгледа активности институција БиХ, њених ентитета[797] и Брчко дистрикта БиХ, а поступа у оквиру Устава, закона, других прописа и општих аката, као и ратификованих међународних уговора и општеприхваћених правила и стандарда међународног права. Институција Омбудсмана у заштити основних људских права и слобода узима у обзир Европску конвенцију о заштити људских права и слобода, њене протоколе, као и друге међународне изворе који се баве заштитом људских права и слобода. Дјелујући као потпуно независна и самостална институција, она је од великог значаја, како за појединачна права појединаца, тако и за све облике органа власти. Њеним

[794] Приговори упућени на рад Фонда најчешће се односе на: нову листу лијекова који се издају на рецепт, овјеру здравствене књижице (пољопривредници изнад 65 година живота), бањско лијечење, чекање на рјешење Фонда преко 60 дана, чекање на дијагностичке процедуре, рефундација трошкова за лијекове, цјеновник појединих лијекова, цијене медицинских средстава, дужина чекања за одобрено бањско лијечење, немогућност избора доктора специјалисте за консултативно-специјалистичке прегледе, жалбе на рјешење Фонда и друго. У погледу здравствених установа на које су се односили приговори, исти су најчешћи по редослиједу: домови здравља, болнице, универзитетски клинички центар, бање, произвођачи ортопедских помагала, приватне здравствене установе и апотеке.

[795] У контексту језичке прилагођености било би потребно да се размотри измјена термина "омбудсман" у нови термин "заштитник права грађана". Наиме, иако ова институција носи назив према шведском искуству, ипак је потребно прилагођавање нашем језичком стандарду.

[796] Закон о омбудсману за људска права БиХ („Службени гласник БиХ, бр. 32/00, 19/02, 35/04, 32/06, 38/06).

[797] Закон о омбудсману Републике Српске је престао да важи доношењем Закона о престанку важења Закона о омбудсману Републике Српске — заштитнику људских права („Службени гласник Републике Српске", број 118/09), али тим чином није укинута ова институција, него је ступила на снагу нова организација, према којој је сједиште Омбудсмана БиХ у Бања Луци, са својим канцеларијама у Сарајеву, Мостару и Брчко дистрикту БиХ, Закон о измјенама и допунама закона и омбудсману БиХ („Службени гласник БиХ, бр. 32/06).

дјеловањем, односно извршавањем препорука које ова институција доноси, у знатној мјери се смањује и број покретања спорова пред међународним Судом правде за људска права у Стразбуру[798]. Заштитник људских права је независна институција која помаже грађанима и правним лицима да остваре или заштите своја права, слободе и законите интересе, у случајевима кад их крше органи власти или организације које врше јавне послове. Поменути Закон прописује да је омбудсман надлежан за разматрање предмета који се односе на слабо функционисање или повреде људских права и слобода почињених од било којег органа. Он може поступати по пријему жалбе или по службеној дужности, а након спроведене истраге, може препоручити одговарајуће појединачне и опште мјере. Такође, може прослиједити предмете о наводним повредама људских права највишим судским органима који су надлежни за питања људских права, у складу са правилима којима се регулише улагање жалбе тим органима, када установи да је то неопходно за ефикасно обављање његових дужности.[799]

Примљене жалбе у институцији омбудсмана региструју се по областима људских права[800]. По пријему жалбе, омбудсман обавјештава жалиоца о пријему жалбе и органе на које се жалба односи. Од органа се тражи одговор на жалбу, уз доставу одређених информација, података из списа и одговарајућих докумената. У току овог дијела поступка, органи имају могућност да, по добијању обавјештења о жалби и захтјеву омбудсмана за одговоре и информације, сами предузму мјере на отклањању кршења права жалиоца. Органи такође имају могућност да обавијесте о томе омбудсмана и жалиоца. Омбудсман, по добијању обавјештења да су отклоњена кршења указана жалбом, завршава поступак Одлуком о затварању предмета, те обавјештавањем жалиоца о извршеном отклањању повреде права.

Омбудсман сваке године сачињава извјештај о резултатима својих активности који доставља Предсједништву БиХ, Парламентарној скупштини БиХ, Народној скупштини Републике Српске и Парламенту Федерације БиХ. Из података које ова институција доставља сваке године путем извјештаја о свом раду, може се закључити да је у БиХ, у континуитету, евидентирана појава повреда људских права, а забиљежени су и случајеви повреде права из области здравствене заштите. У овим извјештајима нису посебно идентификована права пацијената у односу на права која произлазе из прописа у области здравства, него се користи јединствени термин – здравствена заштита. Овдје је потребно напоменути да ови извјештаји не садрже конкретне статистичке податке о броју поднесених жалби у области здравствене заштите (осим навођења појединачних

[798] Поповић Витомир, „Институције омбудсмана у заштити људских права“, *Правни живот,* број 12/2005, стр. 1003.

[799] Омбудсман одлучује и о покретању поступка по жалбама, предлаже медијацију, прикупља и анализира статистичке податке, подноси годишњи извјештај о појавама дискриминације, даје мишљење и препоруке с циљем сузбијања и спречавања дискриминације, прати законодавство, унапређује праксу која има за циљ да обезбиједи једнако поступање. С циљем заштите права грађана, омбудсман поступа по појединачним и групним жалбама, предузима мјере на заштити права, обавјештава физичка и правна лица о предузетим мјерама, о њиховим правима и обавезама, упознаје их са могућностима судске и друге заштите, предлаже поступак медијације и слично.

[800] Жалбе могу достављати физичка и правна лица, без обзира на националност, држављанство, мјесто боравка, пол, пуноћетство, етничко поријекло, религију, правну способност, те боравак у затвору било које врсте. Другим ријечима, не постоји ограничење права на подношење жалбе омбудсману.

случајева), него је приказана генерализација посматраних појава, без могућности конкретног закључивања у односу на ентитете БиХ и/или Брчко дистрикт. Тако, на примјер, према годишњем извјештају о резултатима активности институције Омбудсмана за људска права БиХ за 2012. годину[801], када се говори о здравственој заштити, речено је да је евидентиран све већи број грађана који траже заштиту права због онемогућавања остваривања права на здравствену заштиту. Разлози због којих су се грађани обраћали омбудсману, из области здравствене заштите су различити, а најчешће због чињенице да послодавци нису извршили уплате доприноса за пензијско и инвалидско осигурање, а што запосленима онемогућава приступ здравственој заштити. Затим, постоје обраћања грађана чијим захтјевима за осигурање преко члана породице није удовољено због неизмирених доприноса. Према годишњем извјештају за 2013. годину, може се констатовати слична ситуација као и у претходној години (нередовне уплате доприноса за пензијско и инвалидско осигурање). Омбудсман посебно указује да се смањује ниво здравствене заштите за грађане, кроз редуковање листе есенцијалних лијекова, повећање броја медицинских интервенција за које грађани морају платити партиципацију, неједнак ниво здравствене заштите с обзиром на територију гдје грађанин живи, дуге листе чекања за велики број медицинских услуга, итд. Према годишњем извјештају за 2014. годину, поред претходно наведених констатација грађани су се жалили првенствено на рад здравствених установа, квалитет здравствене заштите, те пружање услуга од стране здравствених радника. Према годишњем извјештају за 2015. годину, поред претходно наведених констатација, потврђен је континуитет жалби грађана које се односе на проблем уплате доприноса за пензионере, зато што је споран надлежни носилац за осигурање здравствене заштите пензионера ФБиХ, који су радни стаж и пребивалиште имали на подручју РС и који су се преселили на подручје Хрватске, односно Србије. Такође, запримљене жалбе односе се на остваривање права на здравствено осигурање, плаћање партиципације, квалитет остваривања здравствене заштите и непрофесионално опхођење љекара према пацијентима. Сљедећи проблем представљају лијекови који нису регистровани, нити доступни, а одобрила их је СЗО. То су углавном лијекови друге, треће и четврте генерације за лијечење мултипле склерозе, а према наводима грађана, ријеч је о терапији која би битно успорила ток болести. Годишња потрошња наведених лијекова је релативно мала, што доводи до незаинтересованости добављача за њихову набавку. Из годишњих извјештаја о резултатима активности институције омбудсмана за људска права БиХ, може се констатовати да је број предмета повреде људских права и права пацијената у области здравствене заштите релативно мали, а по годинама он износи: 2012 – нема података, 2013 – 43, 2014 – 58, те 2015 – 34 предмета. Институција Омбудсмана утиче на позитивно рјешавање предмета у случајевима повреде људских права и права пацијената у области здравствене заштите.

[801] Види: http://www.ombudsmen.gov.ba/Dokumenti.aspx?id=27&tip=1&lang=BS, (29.5.2016).

8.4. Судска заштита права пацијената

Права пацијената су утужива, а што значи да ће на тражење свог носиоца, у случају повреде или угрожавања, бити судски заштићена. Право треба осигурати квалитетну медицинску услугу те подвргавање понашања здравствених радника према пацијенту друштвеној контроли од стране суда, јер пацијент има право на заштиту здравља[802]. Постоје јавноправна заштита (међународноправна, уставноправна, управноправна и кривичноправна) и приватноправна заштита (грађанскоправна). Права личности се међусобно не искључују, већ обје, свака на свој начин, штите лична добра и права личности у погледу тих добара (позитиван сукоб надлежности) тако да се овдје, у ствари ради о специфичном споју јавног и приватног права[803].

Предност грађанскоправне заштите права личности у односу на друга средства правне заштите је та, што је она у рукама оштећеног, тако да од њега зависи хоће ли или неће тражити заштиту повријеђеног личног добра, јер је управо оштећени (као и његови блиски сродници) тај кога ова повреда највише погађа. Због тога, грађанскоправна заштита права личности треба да иде "најдубље" и покрије све могуће ситуације повреде личних добара[804]. Уколико је посебним законом (*lex specialis*) регулисан посебан пут правне заштите за повријеђено/угрожено право личности, онда ће се правна заштита остварити према правилима тог закона. Тако, на примјер, ЗЗЗ РС регулише да пацијент, коме је у остваривању здравствене заштите повријеђено неко његово право, има право да се приговором обрати директору здравствене установе, а тек уколико је пацијент незадовољан одлуком директора, може покренути спор код надлежног суда.

Тужба за надокнаду материјалне штете се може поднијети због проузроковања смрти лица, тјелесне повреде и/или оштећења здравља. Разликују се неколико облика надокнаде материјалне штете због проузроковања смрти лица и то: надокнада трошкова сахране, неуспјелог лијечења умрлог, других потребних трошкова учињених у вези с тим лијечењем, изгубљене зараде због неспособности за рад коју би умрли остварио у периоду од наношења тешке тјелесне повреде па до наступања смрти, изгубљеног издржавања које је умрли давао или је био дужан да даје другим лицима и изгубљено помагање које је умрли редовно давао другим лицима. Поред тога, постоји и неколико облика надокнаде материјалне штете због тјелесне повреде и/или оштећења здравља и то: надокнада трошкова лијечења, других потребних трошкова насталих у вези с тим лијечењем, изгубљене зараде због неспособности за рад за вријеме трајања лијечења, изгубљене зараде због потпуне или дјелимичне неспособности за рад које су се показале као посљедице задобијене тјелесне повреде или оштећења здравља у виду трајне или привремене неспособности за рад оштећеног лица, повећаних издатака које оштећено лице има због трајно повећаних потреба које су настале због наношења тјелесне повреде или оштећења здравља и новчаног губитка које оштећено лице има због уништене или смањене могућности његовог даљег развоја и напредовања. Као примјер може се навести

---

[802] Bošković Z., (2005a), *op.cit.*, стр. 94.

[803] Gavella N., *op.cit.*, стр. 44; Медић Душко, „Прилог расправи о концепту нематеријалне штете у Републици Српској de lege ferenda", *Годишњак Правног факултета Универзитета у Бањој Луци*, 35/2013, стр. 72.

[804] Радоловић А., op.cit., (1998), str. 90.

ЗОО РС у којем су таксативно набројани облици нематеријалне штете за које се могу досудити новчане накнаде. Од тих правно признатих облика нематеријалне штете, а које се односе на предмет овог рада, регулисани су: физички болови, душевни болови због умањења животних активности, душевни болови због наружености, душевни болови због повреде слободе, душевни болови због повреде права личности, душевни болови због смрти блиског лица, душевни болови због нарочито тешког инвалидитета блиског лица, душевни болови због кривичних дјела против полног интегритета и страх. Општи правни основ за подношење тужби за накнаду (не)материјалне штете је ЗОО (чл. 154/1): Ко другоме проузрокује штету, дужан је надокнадити је уколико не докаже да је штета настала без његове кривице[805].

ЗЗЗ између осталог прописује прекршаје за повреде права пацијента за које може одговарати здравствена установа као правно лице, одговорно лице у правном лицу, те здравствени радник и здравствени сарадник. У судском поступку остварује се заштита права пацијента и одговорност за прекршај.

Ако пацијент у остваривању здравствене заштите, због стручне грешке претрпи штету на свом тијелу или се проузрокује погоршање његовог здравственог стања, има право на надокнаду штете у складу са законом, како је то прописано у ЗЗЗ РС. У казненим одредбама овог закона прописано је да ће се за повреду људских права и вриједности у остваривању здравствене заштите, као и за друге повреде права пацијента, казнити правно лице за прекршај новчаном казном. Такође, за прекршај закона могу се казнити новчаном казном и одговорно лице у правном лицу као и здравствени радник и здравствени сарадник.

Право на здравље, односно његову правну заштиту, један је од сегмената у међународном и националном законодавству коме се даје приоритет. На међународном плану то је видљиво из бројних иницијатива СЗО, као што су *Здравље за све* и *21 циљ за XXI вијек*. У ЗЗЗ РС прихваћени су основни принципи које промовише СЗО, а посебно принцип да се у закону пацијент третира као равноправан партнер приликом одлучивања о свему што се тиче његовог живота и здравља.

Судску заштиту у РС пацијенти су тражили само изузетно, у ријетким случајевима код произашле штете усљед неодговорног или погрешног лијечења, а посебно ријетко у заштити права на приватност, повреде достојанства, повреде права на самоопредјељење, повреда права на информацију, те права на одлуку у вези са лијечењем, итд.

[805] Поред тога, постоје посебни правни основи за накнаду материјалне штете (чл. 193-197 ЗОО) и накнада нематеријалне штете (чл. 199 – 205. ЗОО). Сама штета се одређује као умањење нечије имовине (обична штета) и спречавање њеног повећања (измакла корист), као и наношење другоме физичког или психичног бола или страха (нематеријална штета, чл. 155. ЗОО).

8.5. Инспекцијски надзор

Сврха институције инспекције је надзор над примјеном и извршавањем закона, других прописа и општих аката у здравственој дјелатности, као и надзор квалитета стручног рада здравствених установа и здравствених радника. Инспекцијски надзор је врста управног надзора над активностима државних и недржавних органа и организација, као и над пословањем и поступањем правних лица и грађана у погледу поштовања закона, других прописа и општих аката. Инспекцијски послови су радње инспектора у оквиру надзора и то: превентивне (под којима се подразумијевају мјере и радње ради спречавања повреде закона и других прописа); корективне (које означавају издавање привремених наређења и забрана) и репресивне (које се састоје у подношењу пријава надлежном органу за покретање одговарајућег поступка, ако повреда прописа представља прекршај или кривично дјело у изрицању мандатне казне). Основни метод рада инспектора је инспекцијски преглед, који се огледа у непосредном увиду у рад и пословање правних и физичких лица. Здравствени инспектор дужан је да води рачуна прије него што се одлучи за забрану обављања здравствене дјелатности јер би посљедице у конкретном случају могле погодити здравствену установу и пацијенте. На здравственој инспекцији је велика одговорност да не би примијенила ту мјеру и онда када би она била у несразмјери са тежином конкретног прекршаја. Приликом тога, инспектор мора узети у обзир и у рјешењу навести све околности конкретног случаја због којег уводи ту мјеру[806].

Примјеном прописа о инспекцијском надзору здравствена заједница и законодавац утичу на оптимализацију рада здравствених радника и здравствених сарадника. Истовремено, обезбјеђује се заштита одређених права пацијената у складу са надлежностима здравствене инспекције, те пружање рационалније и квалитетније здравствене услуге.

У Републици Српској инспекцијски надзор у обављању здравствене дјелатности врши се у складу са Законом о инспекцијама (у даљем тексту: ЗОИ РС)[807]. Законодавац се опредијелио да се инспекцијски надзор уреди у једном закону и на функционалном принципу, односно, у оквиру једног органа управе, јер се тиме постиже ефикасан, рационалан и ажуран рад инспекцијских органа. Предност овог начина организовања инспекцијских органа је што су овлашћења, одговорности и предузимање управних и других мјера утврђени у оквиру једног закона, уз истовремену примјену и других прописа који, као посебни закони, уређују права и обавезе инспектора у појединим областима инспекцијског надзора. Предности овог организовања односе се и на техничке аспекте спровођења инспекцијског надзора, бољу међусобну сарадњу, стручно оспособљавање и усавршавање инспектора као лица са посебним овлашћењима[808]. Према овом закону (чл. 27), здравствени инспектор обавља инспекцијски надзор у погледу придржавања прописа који се односе на обављање здравствене дјелатности, лијекове и медицинска средства, љековите воде, воде за санитарно-рекреативне потребе, предмете опште употребе, надзор над санитарно-хигијенским условима објеката, нејонизујуће

[806] Bošković Z. (2007) стр. 60-62.

[807] Закон о инспекцијама у Републици Српској („Службени гласник Републике Српске“, бр. 74/10, 109/12, 117/12).

[808] Мухић Недим, *Приручник о практичном провођењу инспекцијског надзора у Федерацији БиХ*, Федерална управа за инспекцијске послове, Сарајево 2005, стр. 9.

зрачење, хемикалије и биоциде, социјалну, породичну и дјечју заштиту и у другим управним подручјима када је то одређено посебним прописом. Поред права и дужности прописаних законом који уређује област инспекције у РС, здравствени инспектор је овлашћен да предузима мјере у складу са ЗЗЗ РС[809]: забрани обављање здравствене дјелатности без рјешења о упису у судски регистар; забрани рад здравствене установе која не испуњава услове; забрани обављање здравствене дјелатности која није одобрена законом, односно рјешењем; забрани ангажовање здравственог радника, односно сарадника из друге здравствене установе без сагласности директора те установе; забрани приватној здравственој установи извођење експеримената супротно закону и закону који уређује област услуга; забрани пружање услуга алтернативне медицине ако није прибављена сагласност; забрани рад здравственом раднику, односно сараднику који нема положен стручни испит, важећу лиценцу и друге доказе о стручној оспособљености за послове које обавља; забрани рекламирање обављања здравствене дјелатности; забрани извођење одређених третмана и експеримената без писаног пристанка пацијента, односно његовог родитеља, стараоца или законског заступника; наложи директору здравствене установе да поднесе захтјев надлежној комори за утврђивање стручне грешке; наложи организовање етичког одбора у установи; наложи здравственој установи да обезбиједи здравствену заштиту 24 часа дневно; наложи обављање обдукције; наложи доношење акта о унутрашњем надзору и спровођење унутрашњег надзора; забрани рад здравствене установе или пружање одређених здравствених услуга ако се у остављеном року не изврши рјешење инспектора којим је наређено отклањање недостатака и неправилности. Здравствени инспектор је овлашћен да забрани спровођење и других радњи супротно закону и прописима; као и да наложи спровођење других мјера. За мјере и радње које треба предузети инспектор доноси рјешење против којег се може изјавити жалба другостепеном органу у прописаном року. Против рјешења донесеног по жалби може се покренути управни спор. Здравствена инспекција на општинском, односно градском нивоу, има надлежност надзора над производњом и прометом предмета опште употребе, санитарно-хигијенским стањем објеката, предузимањем противепидемијских мјера ван здравствених установа и прометом хемикалија/биоцида на мало. У ЗЗЗ ФБиХ[810], између осталог прописано је да у случају стручног пропуста здравственог радника или повреде принципа етике и медицинске деонтологије, надлежни здравствени инспектор ће предмет уступити на поступање надлежној комори. Такође, у ЗЗЗ Хрватске[811], прописано је да ће у случају стручног пропуста здравственог радника или повреде принципа етике и медицинске деонтологије, здравствени инспектор предмет уступити на поступање надлежној комори. Значајна је и одредба према којој се здравствени инспекцијски надзор над здравственим установама обавезно проводи најмање једном годишње.

[809]Закон о измјенама и допунама Закона о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 44/15), чл. 66.
[810] ЗЗЗ ФБиХ, чл. 194.
[811] ZZZ Hrvatske, чл. 171.

Из извјештаја о раду здравствене инспекције Републике Српске за 2012, 2013, 2014. и 2015. годину[812] може се сазнати да су најчешће области надзора биле: производња и промет лијекова и медицинских средстава; здравствена и противепидемијска заштита у здравственим установама; заштита од нејонизујућег зрачења; производња и промет хемикалија, биоцида; противепидемијска заштита у другим објектима[813]. Такође, у многим областима у здравству је потребно организовати надзор над стручним радом, јер инспекција нема надлежност да контролише начин поступања здравствених радника у смислу обухватности прегледа, постављања дијагнозе, одређивања терапије, давања боловања и слично. На основу наведених извјештаја важна је констатација да не постоји непосредна надлежност инспекције у области остваривања права пацијената и заштите права пацијената, осим одређених мјера које је здравствени инспектор овлашћен да предузима, као на примјер да: забрани извођење одређених третмана и експеримената без писаног пристанка пацијента, односно његовог родитеља, стараоца или законског заступника, наложи директору здравствене установе да поднесе захтјев надлежној комори за утврђивање стручне грешке, наложи организовање етичког одбора у установи у складу са овим законом, наложи одређеним здравственим установама да обезбиједе здравствену заштиту 24 часа дневно, забрани спровођење других радњи супротно овом закону и прописима донесеним на основу њега. У пракси, здравствена инспекција добија мало представки које се односе на кршење или угрожавање права пацијената у здравственим установама. У тим и другим случајевима инспекција реагује на тај начин да саслуша обје стране настојећи да дође до неке врсте поравнања или упозорава здравствену установу да проведе поступак по притужбама грађана, упућује странке на могућност приговора директору здравствене установе или могућност обраћања надлежном суду. Мањи број представки грађана које се упућују здравственој инспекцији, једним дијелом, резултат су рјешавања спорова у складу са правилом да пацијент може поднијети проговор директору здравствене установе, а у другим случајевима да се могу обратити заштитнику права осигураника. Ако здравствени инспектор основано посумња да је повредом прописа учињен прекршај или кривично дјело, тада је обавезан поднијети захтјев за покретање прекршајног поступка, односно пријаву за покретање поступка због основане сумње за учињено кривично дјело.

8.6. Унутрашњи надзор

Унутрашњи надзор представља непосредан облик контроле квалитета обављања рада унутар сваке здравствене установе, те је као такав нужан за осигурање пружања квалитетних здравствених услуга[814]. Одређене здравствене установе обавезно спроводе унутрашњи надзор. Посебан облик унутрашњег надзора остварује се обично путем организационе јединице или лица одређеног за континуирано унапређење квалитета и

[812] Види званичну web презентацију Инспектората Републике Српске: http://www.inspektorat.vladars.net/, (29.05.2016).
[813] У закључцима за 2015. годину се наводи да би у сузбијање нелегалног обављања здравствене дјелатности требало да се укључе директори здравствених установа чији радници наручују пацијенте у своје приватне амбуланте, коморе доктора медицине и стоматологије, полиција, тужилаштво и судови.
[814] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 257.

сигурности здравствених услуга у здравственим установама (дом здравља, болница, специјална болница, клинички центар, завод за медицину рада и спорта, завод за судску медицину, завод за форензичку психијатрију, завод за физикалну медицину и рехабилитацију, завод за стоматологију, завод за трансфузијску медицину, институт за јавно здравство). У здравственој установи унутрашњи надзор се спроводи у складу са општим актом (најчешће статутом), а на основу (годишњег) програма и плана који садржи број надзора одређених организационих јединица (цјелина), обим и оквир обављања надзора, као и активности које треба испитати у појединим организационим јединицама. Надзор се обавља прикупљањем података о стручном раду, броју извршених услуга, структури, увидом у документацију организационе јединице, као и испитивањем околности које су значајне, а утичу на стручни рад односно квалитет рада здравствених радника и здравствених сарадника. Послије извршеног надзора подноси се извјештај на основу којег се могу предузети одговарајуће мјере. Орган који управља здравственом установом треба да разматра (годишњи) извјештај о провођењу програма и плана унутрашњег надзора, са налазима и препорукама за наредне активности. О проведеном унутрашњем надзору над стручним радом здравствених радника и здравствених сарадника обавјештавају се стручна тијела здравствене установе, колегијум и етички одбор. Колегијум је стручно тијело које разматра суштинска питања у вези са примјеном доктринарних ставова из дјелатности здравствене установе, а то подразумијева и унапређење квалитета рада у здравственој установи. У провођењу унутрашњег надзора не смије се занемарити улога етичког одбора.

Унутрашњи стручни надзор у здравственој установи непосредно и континуирано обављају руководећи радници организационих цјелина здравствене установе. Овај надзор подразумијева свакодневне контроле рада које се обављају путем визита, стручних састанака и сличних састанака на одјељењу и отклањање уочених пропуста према налазима руководилаца организационих цјелина и других надлежних радника. Здравствени радници и здравствени сарадници за квалитет стручног рада одговарају стручном руководиоцу организационе јединице или службе, а руководилац одговара директору здравствене установе или оснивачу приватне праксе[815]. Међутим, специфичан надзор над радом здравственог особља врши се и путем сложеног система надзора у који спадају етички комитети (односно судови части), морфолошка (патохистолошка) дијагностика и обдукција[816].

Сврха надзора над радом здравствених радника и здравствених сарадника није само санкционисање радника за непоштовање прописа и правила струке, него и корекције поступања и понашања запослених, те утицај на будуће поштовања прописа. Објективни налази унутрашњег стручног надзора у многоме могу допринијети директору и руководном особљу здравствене установе за правовремено предузимање корективних активности, како би се задаци од јавног интереса ефикасно извршавали. При томе је неопходно израдити начин и динамику обављања надзора, стварајући истодобно и потребне материјалне и кадровске претпоставке за развој стручног рада у здравственим

[815] Јашаревић С., *op. cit., стр*. 226.
[816] Марић Јован, *Медицинска етика*, XIV допуњено и прерађено издање, Меграф, Београд 2005, стр. 356.

установама[817]. У пракси, унутрашњи надзор најчешће се сусреће са лошом професионалном праксом под којом се подразумијева неправилно и неетично понашање или неочекивани недостатак знања или вјештина код особе која је носилац одређеног професионалног или службеног положаја[818].

Најбољи примјер ефикасног квалитета унутрашњег надзора огледа се у раду и пружању здравствених услуга у сертификованим и акредитованим установама, који као крајњи резултат имају задовољног корисника здравствених услуга. Елементи унутрашњег надзора великим дијелом садржани су у примјени стандарда за сертификацију и акредитацију здравствених установа. Законски и институционални модел унутрашњег надзора мора се континуирано проводити и непрекидно развијати. То је значајна гаранција квалитета здравствених услуга у којој су права пацијената само један незаобилазан елемент. Имајући у виду улогу унутрашњег надзора у обезбјеђењу и заштити права пацијената, те пружању квалитетне услуге, треба га детаљно и прецизно регулисати како би се избјегле неправилности и појачала одговорност директора, управе, те руководног особља, у раду и пословању здравствене установе.

8.7. Стручни надзор

Здравствена дјелатност је дјелатност од општег интереса којом се, између осталог, обезбјеђује остваривање права и дужности правних и физичких лица и остваривање других законом утврђених интереса у области здравствене заштите. Функција управе у свакој држави је, поред других надлежности, непрекидан надзор над физичким и правним лицима у погледу поштовања правних прописа и предузимања мјера да се повреде прописа отклоне и спријечи њихово понављање у будућности. Овај друштвени интерес има за посљедицу да се пред здравствене установе, здравствене раднике и здравствене сараднике, постављају повећани захтјеви у вези са професионалним и одговорнијим обављањем здравствене дјелатности. Стручни надзор над квалитетом рада у здравству може се обављати као надзор над радом здравственог особља (појединачни надзор) и стручни надзор над радом здравствене установе (односно организационе јединице). Стручни надзор може бити редован и ванредан. У Републици Српској захтјев за ванредни стручни надзор могу поставити: ФЗО, надлежна здравствена комора, здравствени инспектор, запослени у здравственој установи и грађанин који није задовољан добијеном здравственом услугом и његова породица, а надлежни министар цијени оправданост захтјева и одлучује о ванредном стручном надзору који обавља путем комисије или појединаца са листе експерата. Појединац или комисија подноси извјештај о нађеном стању и предлаже мјере које треба предузети ако такво стање није задовољавајуће. С циљем санкционисања таквог стања може се привремено забранити рад здравствене установе, односно дијела здравствене установе, уколико у предвиђеном року не спроведе наложене мјере[819]. У РС, у пракси се примјењује углавном одредбе

[817] Bošković Z. (2007) стр. 63.
[818] Види: *Водич кроз сертификацију за болнице*, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске – Агенција сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите, мај 2012, стр. 15, види званичну web презентацију Агенције: https://www.askva.org/sr/dokumenti.html (29.5.2016).
[819] ЗЗЗ РС, чл. 130-132.

закона које се односе на ванредни надзор у случају ванредних околности или инцидентних ситуација по захтјеву за ванредни надзор. Најчешће не постоји план редовног стручног надзора или је његово провођење у здравственом систему спорадично. У обављању стручног надзора значајна су искуства из Хрватске, гдје здравствени закони прописују обављање стручног надзора од стране комора над радом здравствених установа, трговачких друштава који обављају здравствену дјелатност и приватних здравствених радника у пружању непосредне здравствене заштите грађанима, а стручни надзор се финансира из државног буџета.[820]

Обавеза је здравствених радника и здравствених сарадника да здравствену дјелатност обављају под условима и на начин како је то прописано, као и да у пружању здравствених услуга поступају по правилима струке, етике и на начин да својим поступцима не угрозе живот и здравље људи. Сврха провођења стручног надзора није кажњавање здравствених радника и здравствених сарадника, већ превентивно дјеловање, обезбјеђење примјене прописа, правила струке и етике, стандардизација и унификација рада у здравству, која ће у крајњем резултату имати добијање квалитетне здравствене услуге и задовољног пацијента. Провођењем стручног надзора обезбјеђују се квалитетна услуга и заштита права пацијената.

8.8. Надзор над законитошћу рада и аката

Остваривање општег интереса којим се обезбјеђује остариване права и дужности правних и физичких лица и остваривање другог законом утврђеног интереса, између осталог, у области здравствене заштите, у вези је са управним надзором над законитошћу рада.[821] Здравствене установе су јавне службе, чија организација и рад морају бити засновани на принципима ефикасног и законитог остваривања јавног интереса и обезбјеђења остваривања права и дужности физичких и правних лица, стручног и рационалног обављања послова и остваривања одговорности запослених, ефикасног руковођења и сталног надзора над обављањем послова, ефикасне сарадње са оснивачем и органима који врше надзор над њеним радом, примјеном савремених технологија у раду, јавности рада и економичности у раду[822]. Јавном службом сматрају се установе, предузећа и други облици организовања утврђени законом, који обављају дјелатности од општег интереса којима се обезбјеђују остваривања права и дужности физичких и правних лица и другог законом утврђеног интереса[823]. Сагласност на статут јавне здравствене установе даје оснивач уз претходно прибављено мишљење надлежног министарства[824]. Надлежни орган управе врши управни надзор и надзор над

[820] Види: Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 206, 256.

[821] Тако ЗЗЗ РС прописује да надзор над законитошћу рада и аката здравствене установе обавља МЗСЗ путем комисија које именује министар из реда државних службеника. ЗЗЗ РС чл. 133.

[822]Закон о систему јавних служби („Службени гласник Републике Српске“, бр. 68/07, 109/12), чл. 6.

[823] У надлежности оснивача установе је да именује органе установе (директор и управни одбор), даје сагласност на годишњи програм рада и финансијски план установе; даје сагласност на статут установе; разматра и усваја годишњи извјештај о пословању и годишњи обрачун; даје сагласност на акт о организацији и систематизацији радних мјеста, исти Закон, чл. 19.

[824] Прије уписа у регистар код надлежног суда, надлежни орган управе рјешењем утврђује да ли су испуњени прописани услови за почетак рада и обављање дјелатности ради којих се она оснива.

законитошћу рада јавне установе. Надзор над спровођењем закона обухвата активност којом се утврђује да ли здравствена установа, здравствени радник и здравствени сарадник, који обављају здравствену дјелатност, раде у складу са прописима, достигнућима савремене медицине и других наука и да ли за такав рад постоје одговарајући услови[825]. Рад органа управе подлијеже контроли која се остварује вршењем управног и другог надзора, судском контролом и другим облицима контроле[826]. Судска контрола законитости појединачних управних аката органа управе обезбјеђују се у управном спору.

Органи управе старају се да се рад јавних служби одвија према закону и другим прописима и предузимају мјере за које су овлашћени законом. У том смислу, органи управе прикупљају и проучавају податке у областима здравствене заштите, сачињавају анализе, извјештаје, информације и друге материјале и обављају друге стручне послове којима доприносе развоју области.

Орган управе овлашћен је да у вршењу надзора над радом: захтијева извјештаје и податке о раду; утврди стање извршавања послова; упозори на уочене неправилности и одреди мјере и рокове за њихово отклањање; изда инструкције; наложи предузимање послова које сматра потребним; покрене поступак за утврђивање одговорности; непосредно изврши неки посао ако оцијени да се другачије не може извршити закон и други пропис, те предложи мјере за које је овлашћен.

Надзор над законитошћу рада и аката се обезбјеђује давањем сагласности на одређена акта, те праћењем и контролом правилне примјене прописа и законитости у раду здравствених установа, а тиме се посредно остварују права пацијената.

8.9. Стандарди и нормативи у здравству

Научно сазнање, љекарска искуства и њихово прихватање у оквиру љекарске професије чине битне елементе појма медицинског стандарда: „оно што је у медицинској професији уобичајено, пожељно или потребно“, „добра љекарска пракса“, „квалитетно лијечење“ или савремена достигнућа медицинске науке и технике. Медицински стандард је опште правило исправног поступања у превенцији, дијагностици, лијечењу и рехабилитацији, које важи у одређеном тренутку. То је, у ствари, оно што просјечно квалификован, савјестан и обазрив љекар може и мора да зна и што чини. Ријеч је, дакле, о квалитетном лијечењу. Негативно одступање од медицинског стандарда представља, у принципу, љекарску грешку која повлачи одговорност[827]. У дефинисању термина *стандард*, подразумијева се жељено могуће достигнуће или вриједност у вези са датим параметром[828]. Стандард може бити такође посматран као једна ауторитативна мјера. Један квалитет или квантитет као ниво који треба да буде достигнут или услов који треба

[825] ЗЗЗ РС, чл. 126.
[826] Вршење управног надзора обухвата надзор над законитошћу управних аката, надзор над законитошћу и цјелисходношћу рада органа управе и органа јединице локалне самоуправе, установа и других правних лица у вршењу пренесених, односно повјерених послова републичке управе и инспекцијски надзор.
[827] Радишић Јаков, „Медицински стандард и одговорност лекара“, *Правни живот* бр. 9/2008, стр. 288-296.
[828] Мићовић П., (1997) *op.cit.,* стр. 203.

да буде испуњен, за нешто што се сматра задовољавајућим (нпр. број кревета за медицинску његу на 1.000 становника у датим условима). Исто тако, норме се дефинишу као индекси захтјева куративне и превентивне заштите и нормално се постижу истраживањем или студијама. Оне исказују научно одређене захтјеве у датом сектору здравља, односно просјечно запажен број феномена који може да послужи као критеријум (нпр. просјечна дужина задржавања болесника у болницама). Стандарди се уопштено могу исказати као норме које се базирају на претходним искуствима спровођења задатака и пружања услуга. Та претходна искуства се добијају и постижу истраживањем или студијама. Норме у здравственој заштити исказују „научно одређене захтјеве у датом сектору здравља“[829]. Стандарди у здравству обезбјеђују жељене карактеристике услуга, као што су квалитет, безбједност, поузданост, ефикасност и замјенљивост, као и позитивно дјеловање на животну средину.

Здравствена заштита осигураним лицима се обезбјеђује у складу са стандардима медицинских услуга. Стандарди и нормативи се под једнаким условима обезбјеђују свим осигураним лицима. Стандард здравствене заштите чини обим и структуру здравствених услуга и мјера које се обезбјеђују осигураним лицима у задовољавању потреба на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у систему обавезног здравственог осигурања[830]. Стандард примарног нивоа здравствене заштите утврђује се бројем осигураних лица по једном радном тиму, као и бројем здравствених услуга по потенцијалном кориснику одређене популације. Стандард секундарног нивоа здравствене заштите утврђује се: за специјалистичко-консултативну здравствену заштиту бројем осигураних лица одређене популационе групе по једном радном тиму и бројем здравствених услуга по осигураном лицу, по специјалности и дјелатности; за болничку здравствену заштиту стопом лијечених и бројем БОД-а на 1.000 осигураних лица, стопом заузетости болесничких постеља и просјечном дужином лијечења израженом у данима, по специјалности и дјелатности. Стандард терцијарног нивоа здравствене заштите утврђује се: за специјалистичко-консултативну здравствену заштиту бројем осигураних лица одређене популационе групе по једном радном тиму, по специјалности; за болничку здравствену заштиту стопом лијечених болесника и бројем БОД-а дана на 1.000 осигураних лица, стопом заузетости болесничких постеља и просјечном дужином лијечења, израженом у данима по специјалности[831]. Норматив здравствене заштите представља објективно потребну количину улагања рада, односно нормално вријеме које је потребно осигурати да би се извршила здравствена услуга, реализовао програм здравствене заштите или обавила одређена здравствена дјелатност. Норматив здравствене заштите изражава се: нормативом кадра који чини састав радног тима који пружа здравствену услугу за одређени број осигураних лица или за одређени број болесничких постеља, изражено по нивоима здравствене заштите, здравственој

[829] Мићовић Предраг, *Менаџмент здравственог система*, Европски центар за мир и razvoj (ECPD), Београд 2000, стр. 107.

[830] *Правилник о основама стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања*, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 22/06.

[831] Стандард дијагностичке дјелатности примарног нивоа здравствене заштите утврђује се бројем осигураних лица на један радни тим. Стандард дијагностичке дјелатности секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите утврђује се бројем осигураних лица на један радни тим у ванболничкој заштити, односно бројем болесничких постеља (кревета) на један радни тим, за болничко лијечење.

дјелатности и специјалности, временским нормативом који изражава нормално вријеме чланова радног тима за извршење појединачне услуге из номенклатуре здравствених услуга[832]. Повећање стандарда и норматива у здравству утиче на потрошњу која је у вези са обезбјеђењем финансијских средстава за здравствену заштиту становништва, квалитет здравствене услуге, а тиме, посредно и на остваривање и заштиту права пацијената.

8.10. Увођење система квалитета

Постоје различите дефиниције квалитета здравствене заштите, од којих су издвојене оне које су у вези са истраживањем заштите права пацијената. Квалитет здравствене заштите је: „*Таква комбинација дијагностичких и терапеутских здравствених услуга која може да достигне оптимално могућ ниво здравственог исхода код пацијента у складу са савременим нивоом медицинског знања, биолошком факторима, као што су старост пацијента, основна болест, пратеће болести, прихватање третмана и други релевантни фактори, уз минималне трошкове за коришћење ресурса потребних за остварење тог циља и најмање прихватљив ризик за додатно оштећење као посљедице третмана, уз максималну пацијентову сатисфакцију процесом заштите, његовом интеракцијом са службом и постигнутим резултатима*.“[833] Према другој дефиницији, квалитет здравствене заштите је потпуно задовољавање потреба корисника којима су здравствене услуге најпотребније, уз најниже трошкове за установе, а у оквиру ограничења и смјерница постављених од стране надлежних органа власти и организација које купују здравствене услуге[834]. Према Стратегији за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента Републике Србије, квалитетна здравствена заштита је она која омогућава организацију ресурса на најефикаснији начин, да би биле задовољене здравствене потребе корисника за превенцијом и лијечењем на безбједан начин, без непотребних губитака и на високом нивоу њихових захтјева. Указује се да је квалитет резултат начина на који се користе ресурси, а не тога колико их је на располагању. Дио квалитета је и потреба за безбједном здравственом заштитом и поштовањем људских права[835]. Наведене дефиниције показују да се могу разликовати три димензије квалитета медицинске заштите: квалитет како га опажају корисници (шта корисници траже од услуге); квалитет како га виде здравствени професионалци (доктори, медицински техничари и други стручњаци процјењују да ли су задовољене потребе пацијената, да ли су услуге технички исправно пружене, да ли су примијењене одговарајуће процедуре с циљем да се задовоље потребе пацијената и са акцентом на напуштање концепта патерналистичког односа и успостављања партнерског односа

---

[832] Финансијским планом вриједност стандарда здравствене заштите се може повећати смањењем стандарда. На примјер, дјелатност породичне медицине обезбјеђује један радни тим на 2.000 становника – повећање стандарда је да један радни тим породичне медицине обезбјеђује 1.400 становника; лабораторијску дјелатност обезбјеђује један радни тим на 40.000 осигураних лица – повећање стандарда је да лабораторијску дјелатности обезбјеђује један радни тим на 30.000 осигураних лица; радни тим обезбјеђује хитну медицинску помоћ континуирано 24 часа на 15.000 становника – повећање стандарда је да један радни тим обезбјеђује хитну медицинску помоћ за 12.000 становника, итд.

[833] Мићовић П., (1997) *op.cit.*, стр. 147.

[834] Ракић С., Антонић Д., *op.cit.*, стр. 178.

[835] Јашаревић С., *op. cit., стр.* 226.

између пацијента и здравствених професионалаца); квалитет како га опажа менаџмент (медицинска заштита се оцјењује у односу на ефикасност, ефективност, унутар заданих ограничења и смјерница које су прописали доносиоци политичких и финансијских одлука у здравственом систему. Да би се говорило о квалитетној здравственој заштити, ова три погледа треба да су интегрисана[836].

Бројне студије у свијету потврђују да здравствене установе не представљају најсигурније мјесто за пацијенте и да је сваки десети пацијент жртва неке грешке унутар здравственог система. То ставља безбједност пацијента у процесу здравствене заштите на високо мјесто листе приоритетних циљева у свим здравственим системима. Истраживања у Великој Британији су показала да на једну жалбу која буде исказана према установи постоји 26 незадовољних корисника који према установи не искажу своје незадовољство. Истраживања су, такође, показала да 65–90% незадовољних пацијената покушава да избјегне поновно коришћење услуга исте установе. Сваки незадовољни пацијент ће информацију о свом лошем искуству пренијети према 12–25 других особа, тежећи да у причу убаци додатне негативне детаље са сваким наредним понављањем. Сваки емпатични слушалац ће такође тежити да избјегне услугу у тој здравственој установи и да утиче на ставове здравствених радника који могу упутити пацијента у установу. Све наведено води ка губитку угледа и прихода установе[837]. Особље здравствене установе треба да води рачуна о томе шта корисници здравствене заштите мисле о њиховим услугама. Са сваким незадовољним корисником везани су одређени трошкови који се односе, прије свега, на права пацијената и рјешавање жалби незадовољних корисника, трошкове правног заступања и потенцијалне трошкове одштете. Међутим, најзначајнији су трошкови који нису видљиви, а односе се на избјегавање коришћења и добијања услуга у тој здравственој установи.

Право пацијента на квалитетну и сигурну здравствену услугу је основно право. Ово право наглашено је у здравственим политикама свих земаља у региону. Реализација овог права намеће специфичне задатке руководиоцима у здравственом систему, који треба у свом раду да примјењују методе и технике за планирање, обезбјеђење и унапређење безбједности и квалитета здравствене заштите. Пацијент формира став о квалитету примљене здравствене услуге у непосредном контакту са особљем те установе, од тренутка кад се обраћа здравственом раднику или здравственом сараднику. Основне принципе управљања квалитетом здравствене заштите, због тога, треба да познају сви здравствени радници чији рад директно утиче на задовољство корисника услуга.

Квалитет и сигурност услуга здравствене заштите имају значајно мјесто у свим политикама и стратегијама у области здравствене заштите. Организације које пружају здравствене услуге предвиђају успостављање система акредитације на начин да ће квалитет услуга тих организација оцјењивати агенција за акредитацију и унапређење квалитета, као и да ће финансирање здравствених установа зависити од резултата које

[836] Види званичну web страницу Агенције за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите РС: https://www.askva.org/sr/askva.html (8.2.2017).
[837] Ракић С., Антонић Д., *op.cit.,* стр. 177.

постижу[838]. Једно од основних права пацијената је право на квалитетну и сигурну здравствену заштиту, на лијечење у којем се користе савремена достигнућа медицинске науке и принципи медицине засновани на доказима[839].

Да би се обезбиједило да услуге и активности здравствене заштите буду квалитетне, предвиђене су сертификација и акредитација здравствених установа[840]. Сертификација здравствених установа је обавезна, а представља поступак којим се оцјењује и потврђује да ли здравствена установа или дио здравствене установе задовољава дефинисане и објављене стандарде сигурности у процесу пружања услуга здравствене заштите[841]. Регистар сертификованих установа се објављује у „Службеном гласнику“ сваке године. Акредитација здравствених установа је поступак којим се оцјењује и потврђује да здравствена установа или дио здравствене установе задовољава унапријед дефинисане и објављене акредитационе стандарде. Акредитација је добровољна и врши се на захтјев здравствене установе[842]. Агенција спроводи поступак акредитације здравствене установе и уколико утврди да она испуњава утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, стиче статус акредитоване здравствене установе. Агенција води Регистар акредитованих здравствених установа и објављује га на званичној интернет страници Агенције[843]. Здравствена установа је обавезна да успостави, развија и одржава унутрашњи систем сталног побољшања квалитета и сигурности здравствених услуга, а за реализацију ових обавеза, обавезна је да успостави организациону јединицу или одреди лице за континуирано унапређење квалитета и безбједности здравствених услуга. Агенција прати и вреднује индикаторе квалитета здравствене заштите и пружа стручну подршку здравственим установама у праћењу и унапређењу квалитета здравствене заштите. Полазећи од наведених докумената, реализовани су одређени циљеви увођења система квалитета[844]. Стандарди за акредитацију и процес акредитације је у складу са

---

[838]Тако је у Стратешком плану за реформу и реконструкцију здравственог система Републике Српске 1997-2000 наведено да ће се “осигурати непрестано побољшање квалитета здравствене заштите заједно са развојем и увођењем у примјену погодне технологије пружања здравствених услуга”.

[839] Ово право, као и увођење и примјена стандарда квалитета с циљем унапређења, осигурања и контроле квалитета, садржано је у Политици унапређења квалитета и сигурности здравствене заштите у Републици Српској до 2010 године, Стратегији за примарну здравствену заштиту из 2006. године, Стратегији за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у Републици Српској из 2007 и ЗЗЗ.

[840] У ЗЗЗ РС прописује се да су услуге и активности здравствене заштите квалитетне. У посебном поглављу ЗЗЗ РС, обрађена су два важна питања квалитета здравствене заштите и то: сертификација и акредитација здравствених установа.

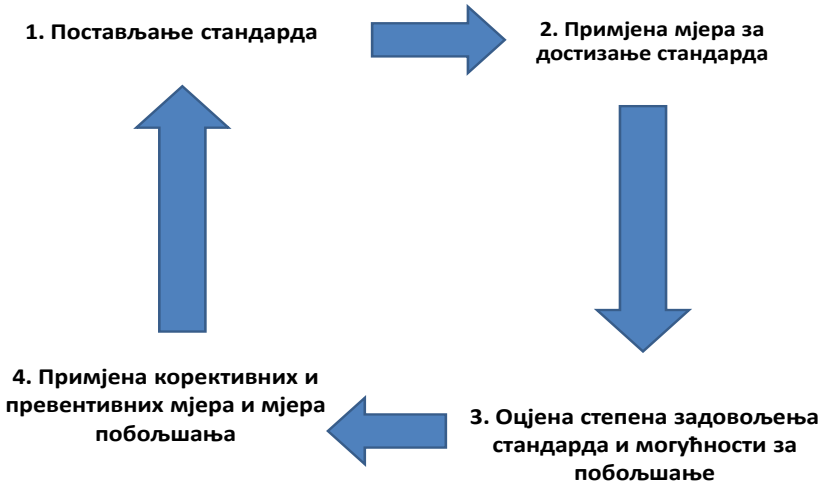
[841]Сертификација здравствених установе врши се по програму. Сертификоване стандарде развија и ревидира Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите. Агенција спроводи поступак сертификације здравствених установа и уколико утврди да она испуњава унапријед утврђене стандарде за сертификацију, стиче статус сертификоване установе, који се потврђује рјешењем Министра. По истеку рока сертификације од седам година, она се понавља према усвојеном програму. ЗЗЗ РС, чл. 97 – 99.

[842] Акредитационе стандарде развијају и ревидирају струковна удружења здравствених радника и здравствених сарадника, те представници здравствених установа у сарадњи са Агенцијом. Министар, на приједлог Агенције доноси акредитационе стандарде.

[843]Агенција издаје потврду о акредитацији здравствене установе на одређени рок, а она се може односити на цијелу здравствену установу или један њен дио. По истеку рока акредитације, поступак акредитације може се поновити на захтјев здравствене установе. ЗЗЗ РС чл. 100– 102.

[844] Основана је Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске; усвојени су стандарди за акредитацију тимова породичне медицине, центара за ментално здравље, центара за базичну рехабилитацију у заједници и апотека; извршена је обука здравствених радника и здравствених сарадника усмјерена на побољшање квалитета и сигурности

праксом у свијету, сагласно којима се побољшање здравствених услуга постиже путем цикличног процеса приказаног на сљедећи начин (слика 2[845]):



Графикон 4 – *Циклус побољшања квалитета*

Основна намјера постављања стандарда је да послуже као основ за екстерно оцјењивање у склопу добровољне акредитације болница које желе да примјеном стандарда унаприједе квалитет здравствених услуга и ефикасност управљања установом.

Стандарди за сертификацију и акредитацију здравствених установа користе руководиоцима здравствених установа, здравственим радницима и здравственим сарадницима, да унаприједе квалитет пружања здравствених услуга, а од значаја су и свим запосленим, професионалним удружењима у здравству, институцијама здравственог система и установама које образују кадрове за рад у здравству и оцјењују њихов рад. Посебан значај и практична вриједност стандарда за сертификацију и акредитацију огледа се у непосредним механизмима заштите права пацијента. Дефинисањем наведених стандарда утврђене су обавезе здравствених установа, здравствених радника и здравствених сарадника у пружању здравствених услуга. Пацијенти, чланови њихових породица или њихови законски заступници, имају непосредну корист у томе, јер им се дају прецизне информације какве здравствене услуге морају добити у здравственој установи. Прецизним дефинисањем наведених стандарда потврђују се и стварају предуслови за остваривања права пацијената, а пацијенти и њихове породице се укључују не само у процес лијечења, већ и у процес унапређења

здравствене заштите. У погледу побољшања квалитета здравствених услуга које се пружају на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, акцент је на континуираном унапређењу квалитета, стимулисању и награђивању квалитетног рада, увођењу система менаџмента и јачање управљачких капацитета.

[845]*Водич кроз сертификацију и акредитацију за болнице*, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске, Бања Лука, 2012, стр. 8.

здравствене заштите и процес управљања здравственим установама. Одговорност друштва је да обезбиједи финансијска средства, да би се успостављени стандарди остварили, а тиме и права пацијената. Такође, обезбјеђење потребних финансијска средства ће омогућити и развој и подизање стандарда, као улагања у здравство као инвестицију, а не само да се то сматра потрошњом. На остваривање и заштиту права пацијента може се гледати са више аспеката (социјалног, правног или техничког), али се она могу посматрати и као скуп захтјева за квалитет медицинске услуга, у односу на који се може донијети врло јасна оцјена о нивоу квалитета који остварује здравствена установа или чак цијели систем здравствене заштите[846]. Квалитетна здравствена услуга гарантује остваривање и заштиту права пацијента, те задовољство пацијента. Политика и стратегија у области квалитета и сигурности здравствене заштите треба да прати савремене свјетске трендове у овој области, али и да уважава и националне приоритете и услове у којима се примјењује. Евидентно је да је веза између квалитета здравствених услуга и права пацијената најјача, па јој се зато у систему здравствене заштите мора посветити дужна пажња, а све с циљем унапређења квалитета и здравствене заштите становништва у цјелини. Значајне активности у том смислу су мониторинг и евалуација рада здравствених установа, као дио циклуса побољшања квалитета (види слику 2). У процесу подизања задовољства пацијента треба доћи до сазнања због чега су пацијенти незадовољни и шта треба учинити да би они били задовољнији.

8.11. Кодекси медицинске етике

Медицинска професија као вјештина почива на високој стручности и овладавању медицинском науком, те на принципу хуманости и високе етичности која краси здравствену струку, а што је уочено још у античкој Грчкој. Хипократ, као што је познато, јесте отац научне медицине и медицинске етике, а први писани документ у форми заклетве познат је као Хипократова заклетва. Послије њега, нижу се разни записи и заклетве, који су временом попримили облик етичких кодекса. Под појмом *кодекса медицинске етике* подразумијева се писани документ којим се јасно прецизирају етички принципи и обавезе здравствених радника[847]. Основни етички принципи здравствених радника заснивају се на историјским подацима о развоју етике, филозофије и медицине, као научних дисциплина; етици здравствених радника у ратним околностима; кодексу интернационалног удружења љекара; кодексу етике здравствених радника, кодексу медицинске етике и деонтологије доктора медицине.

Уобичајено је да се појам *етике* поистовјећује са појмом *деонтологије*, мада ту ипак постоји извјесна разлика. *Медицинска деонтологија* је наука о професионалним дужностима, моралним поступцима љекара и њиховим моралним схватањима при

[846] Ракић С., Антонић Д., *op.cit.*, стр. 191.

[847] *Етика* је појам чије је основно значење садржано у грчким ријечима: *ethos* – што значи обичај и *etihikos* – што значи моралан. У том смислу, етика и морал значе исто. Међутим, у научном смислу, етика је филозофска дисциплина о поријеклу морала, о циљевима и о смислу моралног дјеловања. То је наука о моралном феномену, који представља прије свега, скуп обичаја, навика, норми, којима се људи једне друштвене заједнице руководе у својим поступцима и у свом цјелокупном понашању, види: Марић Ј., *op.cit.*, стр. 156.

стручној медицинској дјелатности[848]. Према схватању неких аутора, под *етиком здравствених радника* подразумијевају се њихова схватања првенствено у односу према професионалним дужностима, у односу према широј друштвеној заједници и у односима између самих здравствених радника као друштвене групе. У том смислу, прва одговорност љекара мора бити да поштује повјерење које му је дато том улогом и да се руководи интересима пацијента, а не сопственим интересима и интересима других људи. Још је Хипократ поставио принцип: *primum nil nocere* – као првенствени задатак да се не нашкоди болеснику. У склопу питања односа према пацијенту су савјесно и пожртвовно обављање позива уз дубоки осјећај одговорности. Љекар мора увијек поштовати живот, здравље и достојанство личности и човјека. Не смије правити разлику у односу на вјеру, націју, расу, имовно стање и политичку припадност пацијента. Испољавање антипатије према пацијенту неспојиво је са етиком. Љекар мора познавати психолошке особине болесника и томе прилагодити начин опхођења, те узимати у обзир појачану осјетљивост болесника и психолошке тешкоће које изазива болест. Љекар мора пружити прву помоћ особи у животној опасности, без обзира на неприкладно вријеме или породичне и друге обавезе. Етички принципи налажу да се помогне болеснику без обзира на то што се тиме може угрозити сопствено здравље и живот[849]. Љекарска заклетва је обавезујући документ за све љекаре свијета, коју потписују у надлежним удружењима љекара (љекарским коморама). Доктори медицине, доктори стоматологије, магистри фармације, приликом добијања дипломе о завршетку студија, полажу заклетву да ће се у обављању свог позива придржавати принципа садржаних у Хипократовој заклетви и Кодексу етике здравствених радника[850].

Услуге и активности здравствене заштите су засноване на научним доказима и у складу са принципима професионалне етике, а здравствени радници и здравствени сарадници имају и друге обавезе које нису прецизиране законским прописима, али представљају саставни дио њиховог рада у пружању услуга здравствене заштите. То су њихове моралне обавезе[851]. Кршење тих обавеза није ствар закона, него њихове савјести и оне су у ингеренцији суда части струковних удружења здравствених радника.

---

[848] Појам деонтологије је ужи од појма етике. Деонтологија (од грчке ријечи *deon* – дужност), јесте учење о дужностима човјека. То је одјељак етике, чији је предмет изучавања питање морала у вршењу професионалне дјелатности, види: Миловановић Димитрије, *Медицинска етика*, IV измијењено и допуњено издање, Научна књига, Београд 1992, стр. 1.

[849] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 214.

[850] Заклетва је усвојена је од стране Генералне скупштине СЗО у Женеви (Швајцарска), септембра 1948, а допуњена на 22. скупштини СЗО у Сиднеју (Аустралија), августа 1968. године, а гласи:
„У моменту пријема као припадник медицинске струке:
Свечано обећавам да ћу свој живот посветити служби човечанства;
Одајем поштовање и захвалност мојим учитељима;
Своју струку обављаћу савесно и достојанствено, здравље мог пацијента ће бити моја прва брига;
Трудићу се да знањем и свим могућим средствима који су у мојој моћи очувам част и племените традиције медицинске професије, моје колеге ће бити моја браћа;
Нећу дозволити да религија, националност, раса, партија или политичке и друштвене прилике, утичу на мој рад и моје обавезе према мојим пацијентима;
Имаћу максимално поштовање према људском животу од времена зачећа, чак и под претњом, нећу користити свој медицинско знања супротно законима хуманости;
Свечано и својевољно се обавезујем позивајући се на моју част.“

[851] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 211.

Медицинска етика је неодвојива компонента у процесу остваривања здравствене заштите која медицинском раду даје посебан хумани карактер. Извори медицинске етике су хуманост, односно љубав према човјеку и правда, односно признавање једнаког права на здравље сваком човјеку. Етички принципи представљају морална правила или захтјеве. Како основни етички принципи у медицини имају историјску, културну и логичку основу, око њих се релативно лако постиже консензус од стране медицинских радника и оних који то нису. Принципи које љекари увијек треба да имају на уму у процесу доношења одлука су: принцип хуманости, принцип праведности, принцип поштовања личности пацијента и принцип поштовања живота[852]. Појам хуманости не значи данас само однос према пацијенту, он има исто значење и у односу на заједницу о чијем се здрављу брине љекар. Без обзира на одређене разлике које постоје у националним кодексима етике, на исти или сличан начин је дефинисан однос према најбитнијим питањима љекарског позива[853].

Кодекси медицинске етике које доносе професионална удружења здравствених радника допуњују правну заштиту права пацијента и много су шира у примјени од прописа, јер садрже у основи хуманистички приступ, принцип – не нашкодити болеснику. Углед здравствене професије садржан је у етичким принципима, а он се чува и развија организационим активностима и мјерама професионалних удружења у здравству и њихових судова части.

Етичка категорија права пацијената добила је на значају демократизацијом друштва, освјешћивањем пацијената и њиховим одбијањем да прихвате старо схватање по којем је једино право пацијента – да буде пацијент. Важност етичких принципа права пацијената је велика, имајући у виду да у односу здравствени радник – пацијент постоји велика несразмјера моћи, тј. пацијент је зависан од знања, вјештина и става здравственог радника који га лијечи. Права пацијената и кодекс медицинске етике у здравственој заштити међусобно се допуњују и треба их посматрати заједно, јер представљају двије ријеке са једног извора, а то је хуманост.

8.12. Удружења пацијената

Концепт социјалног укључивања постаје доминантна социјално-политичка матрица ЕУ на основу које се креирају стратешки правци друштвеног дјеловања. Основни концепт социјалног укључивања заснива се на ставу да у друштву постоје појединци и групе грађана који су због различитих разлога социјално искључени, налазе се на маргинама друштвеног интересовања, социјалних и економских процеса, могућности остваривања права, те је, ради постизања добробити цијелог друштва заснованог на поштивању људских права неопходно обезбиједити прилику и ресурсе за њихово потпуно укључивање у социјалне, економске, културне и политичке процесе. Неко је социјално искључен или није, у зависности од стања остваривања прокламованих права у једном друштву. Циљ социјалног укључивања је да буде обезбијеђена социјална интеграција и

[852] Сјеничић Марта, „Основни принципи медицинске етике“, *Правни живот*, 9/2005, стр. 464.
[853] Стаматовић М. *et al., op.cit.*, стр. 214.

партиципација свих грађана, а посебно оних који су остали на маргинама друштвеног интересовања[854]. Друштво, институције система, морају препознати која су то подручја гдје је потребно системски дјеловати да би грађанима била омогућена потпуна партиципација[855]. Основни узроци стања социјалне искључености су: сиромаштво, незапосленост, недоступност образовања и неостваривост права, а тиме су највише погођени незапослени, породице са дјецом, необразовани, стари и лица са инвалидитетом. У погледу социјалне укључености приоритетни циљеви су области запошљавања, пензијског система, образовања, здравствене заштите, циљне групе породица са дјецом и лица са инвалидитетом.

За заштиту права пацијената значајна су удружења пацијената, њихов правни статус и статус удружења од јавног интереса, улога у остваривању и заштити права пацијената[856]. Удружење може стећи статус удружења од јавног интереса у области здравства ако његово дјеловање превазилази интересе његових чланова и ако је намијењено интересу јавности, односно неким њеним сегментима. По својој природи настанка и постојања, удружења пацијената, као организације цивилног друштва, имају највише могућности да артикулишу ставове и захтјеве корисничких популација, јер су оне те које својим капацитетима могу промовисати принцип социјалне укључености угрожених група и појединаца.

Удружења пацијената могу јасно артикулисати интерес корисника у доношењу одговарајућих одлука, креирању локалних буџета и постављању приоритета у плановима развоја јединица локалне самоуправе. У односу на вријеме када је држава бринула искључиво о грађанима и када је држава одређивала њихове приоритете, у садашњим условима је тешко у кратком времену обезбиједити механизме директне сарадње и утицаја корисничке популације на кључне елементе социјалне и здравствене политике на нивоу уже и шире заједнице. Непостојање системског односа јавног сектора према организацијама цивилног друштва свакако доприноси инертности и непрепознатљивости невладиног сектора као битног фактора у процесима демократизације укупног друштва. Суштина постојања цивилног друштва лежи у чињеници да насупрот власти постоји јавност која артикулише своје ставове и потребе, те да се та чињеница уважава у свим процесима планирања, креирања и одлучивања[857].

---

[854] Ограничене шансе у реализацији формалне социјалне партиципације угрожавају социјалну стабилност, што намеће питање о остваривању прокламованих и загарантованих права у једном друштву. Појам социјалне искључености и социјалног укључивања постаје тема дискусије о стању и степену остваривања људских права, види: Лепир Љубо, „Процјена потреба за даљу професионализацију НВО-а и стандардизацију њихових услуга“, *Јачање професионалних капацитета невладиних организација, Независни биро за хуманитарна питања – IBHI,* Сарајево 2009, стр. 11.

[855] Ibidem, стр. 12.

[856] Према Закону о удружењима и фондацијама („Службени гласник Републике Српске“, бр. 52/01, 42/05) удружење је облик добровољног повезивања више физичких или правних лица ради унапређења или остваривања неког заједничког или општег интереса или циља чија основна сврха није стицање добити. Удружења самостално одређују своје циљеве и дјелатност, а надзор над законитошћу рада удружења врши надлежни орган у чије подручје спада праћење стања у области на коју се односи дјелатност удружења.

[857] У пракси, унутар удружења пацијената постоји недостатак стручног кадра, знања и вјештина, а што се испољава као проблем слабе професионализације. Професионализација подразумијева увођење стандарда квалитета, процедура и метода рада заснованих на савременим достигнућима струке и коришћењу управљачких функција савременог менаџмента, види: Лепир Љ., *op.cit.*, стр. 17-18.

Невладин сектор представља начин заступања интереса и потреба социјално угрожених, маргинализованих и социјално искључених група становништва и стога је у сваком друштву и јавном систему од велике важности да се изгради и очува квалитет организација цивилног друштва. Невладине организације као дио цивилног друштва омогућавају усмјеравање захтјева и интереса грађана који су често у вези са стањем социјалне искључености и могућношћу социјалног укључивања. Процес социјалног укључивања логично поставља питање како и којим методма обезбиједити да социјално маргинализоване и социјално искључене групе становништва постану активни субјекти изградње свог положаја у друштву[858].

Циљ оснивања удружења пацијената јесте да се унаприједи лијечење и квалитет живота пацијената који болују од одређене болести, као и њихова улога у подизању свијести о значају ране дијагностике и размјена информација о терапијским могућностима које су доступне пацијентима. Удружења пацијената као невладине организације су један од партнера у здравству. Она су виталне компоненте модерног цивилног друштва, подижу ниво свијести људи о разним питањима, заступају промјене у креирању дијалога у политици и самим тим њихова улога у здравству би требало да буде много већа. За унапређење укупног здравственог система неопходно је укључивање невладиних организација, јер се тиме артикулише поштовање основних принципа демократског друштва (поштовање људских права, партиципација, смањење социјалне искључености и др.). У том смислу, треба подржати улогу удружења пацијената у подстицању самопомоћи, нпр. помоћ људима који имају специфичне здравствене проблеме (као лица која болују од хемофилије, дијабетеса, зависници од алкохола, опојне дроге, итд.), да би се боље бринули сами о себи[859]. Да би се остварила друштвена улога НВО – удружења пацијената, неопходно је да здравствени сектор са њима има стварно, а не декларативно партнерство у здрављу, развијајући непрекидно механизме за одржавање дијалога и заједничких активности. Укључивање удружења пацијената у локалне здравствене програме представља примјер демократских активности и велики потенцијал за ослобађање локалних здравствених ресурса, мобилизирањем јаке подршке локалне заједнице.

[858] Ibidem, стр. 32.

[859] Удружења пацијената су оријентисана првенствено на: информисање чланства и јавности у области за које су основана; остваривање и заштита права осигураника и права пацијената; упознавање са протоколима лијечења и предлагање новина у складу са кретањима у државама у окружењу; промотивне активности на превенцији болести и промоцији здравља; обезбјеђење донаторских средстава за лијечење болести; учешће у расправама и предлагању рјешења код доношења законских и подзаконских аката. У МЗСЗ РС нема прецизних евиденција о удружењима пацијената нити има радника задужених за праћење њиховог рада и континуирану сарадњу.

8.13. Професионална удружења здравствених радника

Здравствени радници и здравствени сарадници имају своја сталешка удружења са обавезним и добровољним чланством. У већини европских држава доктори медицине, доктори стоматологије и магистри фармације, те други здравствени радници, обавезно се учлањују у своје сталешке организације под називом *коморе* (комора доктора медицине, комора доктора стоматологије, фармацеутска комора). Професионална удружења здравствених радника и здравствених сарадника имају професионалну и програмску обавезу да својим добровољним радом унапређују области за које су основана, усаглашавају и уједначавају стручне ставове у областима дјеловања, те сарађују са стручним асоцијацијама у земљи и иностранству, као и са органима власти. Рад и активност ових удружења је веома значајна за органе власти на различитим нивоима, како са аспекта креирања политике, стратегије и прописа из ове области, тако и са аспекта развоја струке и унапређења здравља становништва у цјелини. Професионална удружења здравствених радника оснивају се према звању у одређеним областима медицине и здравствене његе. Најзначајнија и најбројнија удружења здравствених радника код нас су друштва доктора медицине, друштва специјалиста доктора стоматологије, фармацеутско друштво, удружење медицинских сестара, техничара и бабица. Удружења здравствених радника су стручне, непрофитне и интересне организације добровољно удружених чланова који прихватају програмске циљеве и друге одредбе статута. Заједнички елементи програмских циљева односе се на сљедеће: континуирано стручно усавршавање чланова друштва; подстицање организованог научног и стручног рада; промоција научних истраживања и сарадња са научно-истраживачким и образовним институцијама; размјена стручних и научних информација; унапређење квалитета рада и развијање стандарда; сарадња са другим струковним удружењима у земљи и иностранству и органима власти; заштита професионалних интереса својих чланова; унапређење деонтолошких и етичких кодекса и др.

„Здравље за све“ подразумијева мобилизирање великог броја партнера, од удружења пацијената, удружења здравствених радника и здравствених сарадника и других, у различитим областима свакодневног живота и на различитим нивоима управљања. Партнерство у здрављу имплицира да сви партнери морају преузети одговорност за здравствене посљедице властите политике и предузетих акција и прихватити свој дио одговорности и обавеза за здравље. Уколико удружења здравствених радника и здравствених сарадника на прави начин дефинишу своју улогу и преузму одговорност, те унапређују области за које су основана, посредно ће у многим сегментима утицати на остваривање и заштиту права пацијената. Професионална удружења здравствених радника, остваривањем највећег дијела програмских циљева (унапређење квалитета рада и развијање стандарда, размјена стручних и научних информација, подстицање организованог научног и стручног рада, континуирано стручно усавршавање, унапређење деонтолошких и етичких кодекса и др.), посредно доприносе остваривању и заштити права пацијената, а заједно са удружењима пацијената стварају партнерске односе за здравље у креирању здравствене политике и прописа у области здравства.

8.14. Здравствене коморе

Формирање професионалних удружења представља својеврсну институционализацију слободних професија, која је започела на одређеном нивоу економског развоја друштва. Лица једног занимања су у неком тренутку настојала да се чвршће повежу и организују, ради заштите њихових заједничких интереса, одређених права и привилегија. До формирања професионалног удружења је могло доћи када су припадници конкретног занимања, на основу обављања истих послова и задатака и неких других својстава, постали свјесни постојања свог заједничког професионалог интереса[860]. Коморе су обавезан облик удруживања здравствених радника прописан законом. У дефинисању појма коморе, може се поћи од мишљења аутора из ове области. Коморе су удружења здравствених радника у које су укључени сви здравствени радници који обављају праксу у јавном или приватном сектору. Комора је сталешка организација трајног карактера, чије постојање не зависи од промјене састава њених чланова. Као удружење јавног права, комора има одређене обавезе према својим члановима, али и према друштву односно држави[861]. Коморе су установе чији су основна сврха и задатак да штите права и заступају интересе својих чланова, али и да се брину о поштовању етичких и деонтолошких принципа струке. У том смислу, коморе изричу одговарајуће мјере онима који у свом професионалом раду не поштују те принципе[862].

Коморе имају, поред сталешких обавеза и јавна овлаштења што их, *mutatis mutandis*, чини дијелом државног механизма. Једно од најважнијих јавних овлашћења коморе је издавање одобрење за самостални рад (лиценца) здравственим радницима, без које се не може обављати здравствена дјелатност. Структурно, коморе су самосталне и независне струковне организације, које имају својство правног лица и које, између осталих, обављају и јавна овлашћења, а у правном промету с трећим лицима наступају самостално[863]. По својој суштини, комора је самоуправно тијело, облик децентрализовања и посредне управе у стварима које се тичу медицинске дјелатности и њених посленика. Право на самоуправу и самоконтролу које имају коморе има своје границе, јер се групни интереси здравствених радника морају ускладити са општим интересима друштва. Стога, активност коморе подлијеже државној контроли и надзору. Другим ријечима, комора као удружење јавног права има, с једне стране, обавезе према својим члановима, а с друге стране, према држави[864]. Држава преко својих органа контролише рад коморе. Ту није само ријеч о контроли сврсисходности, него и о законитости поступања коморе.

Коморе дјелују као самосталне, непрофитне, невладине организације, које се повезују по основу професионалног чланства. Њихова сврха је (првенствено, али не и искључиво) заштита и промовисање интереса својих чланова. Држава им је пренијела нека јавна овлашћења, од којих су најчешће вођење регистра чланова, издавање лиценци за рад и

---

[860] Дабић Љубиша, „Коморе здравствених радника у Републици Србији“, *Правна ријеч*, Бања Лука, број 22/2010, стр. 481.
[861] Радишић J., *op.cit.* (2008), стр. 34.
[862] Боднарук Сњежана, et al., op.cit., стр. 280.
[863] Babić T., Roksandić S., op.cit., стр. 241.
[864] Адолф Лауфс у: Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch des Artzrechts*, 3. Auflage, Munchen, 2002, стр. 131, према: Радишић J., *Медицинско право*, Универзитет УНИОН, Правни факултет, Београд, 2004, стр. 40;

обављање стручног надзора. Љекарске коморе у ЕУ различите су по много чему: броју љекара које удружују и заступају, овлашћењима које имају (посебно што све те организације немају сва јавна овлашћења пренесена од државе), по обавезности чланства, итд., али су им по многим обиљежјима и сличне. Може се закључити да су љекарске коморе у Европи равноправан, уважаван и незаобилазан партнер здравственим властима (министарствима) у доношењу одлука важних за здравствени систем и обављање љекарске дјелатности[865]. Незадовољство чланова, јавности и власти, највећим дијелом појављује се због непознавања шта је права улога коморе. Очекивања је много, а захтјева упућених комори је пуно: чланство тражи безусловну заштиту на свим пољима рада и дјеловања љекара, здравствена власт захтијева безусловну подршку свих одлука власти и санкционисање љекара, опозиција тражи безусловну критику приједлога и поступака власти, а пацијенти безусловну подршку њиховом тражењу гаранција квалитета и приступачности здравствених услуга те заштиту њихових права пред одлукама здравствене администрације, па и санкционисање љекара[866].

Здравствене коморе оснивају здравствени радници као самосталне, професионалне организације доктора медицине, доктора стоматологије и магистара фармације[867]. Оснивање, надлежност и рад здравствене коморе прописани су у Закону о здравственим коморама: здравствени радници по заснивању радног однос, обавезни су постати чланови Коморе, у складу са професионалном дјелатношћу коју обављају[868]. Члан коморе добија увјерење (лиценцу) о чланству, чиме стиче право обављања здравствене дјелатности из своје професије[869]. Свака комора води свој именик чланова коморе, који је јавна књига. Увјерење о чланству обнавља се послије одређеног рока провјером знања и способности чланова дефинисаним од стране коморе неопходним за обављање одређене дјелатности, а поступак и начин провјере знања утврђује се општим актом сваке коморе појединачно. Чланови коморе који приликом провјере знања и способности не покажу довољан, тачно прописан и одређен ниво знања из своје дјелатности, привремено губе право на обављање здравствене дјелатности и подлијежу поновној провјери знања[870]. Комисија за континуирану едукацију коморе остварује увид у едукацију

---

[865] Lacković Maja, „Položaj liječničkih komora u EU – njihove samouprave i samostalnosti“, Liječničke novine, Glasilo Hrvatske liječnička komore, broj 142/2015, стр. 16-17.

[866] види код: Minigo Hrvoje, intervju dat Liječničkim novinama, Glasilo Hrvatske liječničke komore, broj 139, 15.5.2015, стр. 15, dostupno na: https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/lnpdf/2015/LN-139-za-web.pdf

[867] Комора се организује и дјелује као самостални правни субјект путем својих органа: скупштине, извршног одбора, надзорног одбора, суда части и других тијела у складу са статутом. Суд части одлучује о: повредама деонтолошког и етичког кодекса којима се нарушава углед и достојанство професије, неизвршавању обавеза чланова коморе, повредама статута и других аката коморе за чију повреду се могу изрећи дисциплинске мјере сагласно општем акту коморе. Коморе стичу средства за рад од чланарина, накнаде за упис у именик чланова коморе, поклона, легата и других извора прихода.

[868]На територији РС организоване су, Комора доктора медицине, Комора доктора стоматологије и Фармацеутска комора.

[869] У ЗЗК РС није предвиђено да се здравствени сарадници учлањују у коморе из области здравства, а услов за рад здравственог сарадника није лиценца за рад издата од коморе како је то случај за здравствене раднике.

[870] Најважнији послови коморе поред наведених, су: доношење и усавршавање деонтолошког и етичког кодекса; контролисање деонтолошког и етичког нивоа чланова; организовање суда части; унапређење квалитета здравствене заштите; утврђивање цијене здравствених услуга и њихово уговарање; покретање иницијативе за доношење или измјену закона и других прописа из области здравствене заштите; давање мишљења на нацрте и приједлоге закона и других прописа из области здравствене заштите; давање

чланова, тако да се провјера знања врши ванредно само за оне чланове који нису учествовали у континуираној едукацији у периоду од пет година, на начин који је предвиђен правилником. Дакле, коморама се може повјерити вршење одређених јавних овлашћења, као што су издавање увјерења (лиценце) за обављање здравствене дјелатности, провјеравање знања и компетентности чланова да се баве својом професијом, вођење именика чланова коморе, те утврђивање цијена здравствених услуга и њихово уговарање[871].

Добијањем јавних овлашћења путем закона, коморе дјелимично растерећују извршну власт (тј. надлежно министарство), тако што обављају одређене послове који су специфични за поједине здравствене дјелатности. Коморе као сталешке организације у оквиру својих надлежности обезбјеђују примјену законских прописа у области здравства доношењем подзаконских и општих аката којима се детаљније разрађују поједине законске одредбе. Коморе такође дају стручна мишљења код израде прописа који се односе на здравствени сектор, те учествују код утврђивања стандарда и норматива здравствених услуга.

Значај и улога коморе у остваривању и заштити права пацијента огледа се у њеним надлежностима, а прије свега се то односи на утврђивање статуса доктора медицине, доктора стоматологије и магистара фармације, те издавање лиценце члановима коморе за обављање професионалне дјелатности. На то се надовезују овлашћења коморе у вези са континуираном провјером знања и компетентности чланова коморе за обављање професионалне дјелатности.

Организовање судова части у оквиру коморе има превентивно дјеловање, а истовремено се санкционишу поступања чланова коморе супротна правилима струке, деонтологије и етичког кодекса. И поред посредног утицаја неких елемената надлежности коморе, континуирано стручно усавршавање и унапређење квалитета рада чланова коморе има непосредан утицај у остваривању и заштити права пацијената.

мишљења надлежном органу за план мреже здравствених установа, краткорочне и дугорочне планове развоја здравствене заштите; изградња система надзора над стручним и етичким радом чланова, односно осигуравање система квалитета рада, путем својих комисија и суда части; заштита професионалних и материјалних интереса својих чланова, заштита угледа и достојанства професије, итд.

[871]У ЗЗЗ ФБиХ јавна овлаштења коморе су: води регистар чланова; издавање, обнављање и одузимање лиценце за рад здравственим радницима; издавање мишљења о оправданости издавања, продужења или одузимања одобрења за рад у приватној пракси, издавање мишљења у вези са почетком, проширењем, промјеном и престанком рада здравствених установа; сертификовање чланова коморе за управљање здравственим технологијама; прописивање начина оглашавања и начина истицања назива приватне праксе, итд. ЗЗЗ ФБиХ, чл. 222.

8.15. Одбор за здравље локалне самоуправе

Друштвена брига за здравље становништва обухвата активности које су од значаја за здравље становништва, а извршавају се на различитим нивоима власти (на нивоу друштвене заједнице као цјелине, јединице локалне самоуправе и послодавца). У Републици Српској је обавеза локалне самоуправе и оснивање Одбора за здравље, с циљем активног учешћа у остваривању циљева здравствене стратегије на примарном нивоу здравствене заштите, подршке и помоћи здравственим установама и здравственим радницима, као и непосредног учешћа грађана у исказивању здравствених потреба[872]. Одбор за здравље локалне самоуправе, у оквиру непосредног учешће грађана у исказивању здравствених потреба и остваривању здравствене заштите на примарном нивоу, између осталог, прати и повреде права пацијената, њихове жалбе и приједлоге, с циљем предлагања и предузимања мјера за унапређење здравствене заштите становништва на том подручју, а тиме и заштиту права пацијената. Одбор је хоризонтално повезан са здравственим установама, филијалама/канцеларијама и пословним јединицама ФЗО, удружењима пацијената на свом подручју, а вертикално је у вези са здравственим установама чији је оснивач Република и органима власти, те здравственом инспекцијом. У јединици локалне самоуправе, у оквиру надлежности оснивача јавне здравствене установе, на примарном нивоу здравствене заштите одбор за здравље претходно разматра и даје мишљење на годишњи програм рада и финансијски план установе, као и на годишњи извјештај о пословању и годишњи обрачун, а учествује у расправама и давању мишљења код усвајања прописа из области здравства, плана мреже амбуланти породичне медицине, програма здравствене заштите и других питања из области здравства. На нивоу јединице локалне самоуправе Одбор за здравље осигурава примјену, те праћење поштовања права пацијената. Такође ову активност прате и надлежна здравствена инспекција, надлежне службе ФЗО путем заштитника права осигураника, институције Омбудсмана, те предлажу мјере за отклањање уочених недостатака и унапређење стања у овој области, а сходно својим надлежностима утврђеним посебним законима.

Давањем информација из области здравства, одбори за здравље успостављају редовну формалну и неформалну комуникацију на нивоу локалне самоуправе, уз активно учешће великог броја заинтересованих изван здравственог система, гдје се остварује партнерство у здрављу. Имајући у виду досадашњу праксу, одбори за здравље у појединим јединицама локалне самоуправе, нису кадровски и професионално оспособљени да користе надлежности које су им дате, а ни могућности и ресурсе које им стоје на располагању. Боља комуникација и размјена информација са грађанима отклонила би бројне проблеме и изазове са којима се они суочавају, између осталог и у остваривању права на здравствену заштиту и права пацијента.

[872] Чланови Одбора за здравље бирају се из реда одборника локалне самоуправе и представника других заинтересованих организација, као што су здравствене, образовне и социјалне установе, предузећа, невладине организације и већински репрезентативни синдикат. Надлежни орган локалне самоуправе одлуком прописује број чланова, мандат, надлежност, начин рада и друга питања од значаја за функционисање одбора. Чланове одбора именује надлежни орган локалне самоуправе.

8.16. „Узбуњивачи“ и заштита права пацијената

У свакодневном животу често смо у прилици да чујемо термин *узбуњивач*. Он може да има много значења, у зависности од тога када и гдје се употребљава. У контексту заштите права пацијената његово значење се односи на лица која пријављују корупцију и/или друге противправне радње.

Узбуњивач, звиждач или *дувач у пиштаљку* израз је за храброг појединца који из високо моралних разлога одлучује да, уз ризик по сопствену каријеру, јавно проговори о незаконитим или неетичким дјелима надређених му појединаца. Индивидуалац је запослен у некој институцији и одаје одређену нелегалну активност те организације, обично трећој страни која се налази ван те организације и која може да предузме мјере против те активности.

У правној теорији се каже да се ради о појединцима који износе одређене информације о корупцији или другим противправним радњама послодавца или бившег послодавца и просљеђују их јавности. За узбуњивача је битан њихов радноправни положај. Одлуку запосленог за или против узбуњивања често опредјељује начин радног ангажовања узбуњивача, њихов послодавац, право и обавезе које имају, као и заштита од дисциплинских санкција и неоснованог отказа. Правно регулисање радноправног положаја узбуњивача је битно ради њихове заштите и спречавања промјене њиховог положаја након извршеног узбуњивања[873].

Упоредно право протеклих неколико деценија све већу пажњу посвећује заштити узбуњивача (*whistleblower*, енг.[874]) – лица (грађана, запослених) који по правилу најприје указују послодавцу, а потом надлежним државним органима (агенцијама) на угрожавање јавног интереса незаконитим поступањем – у вези са заштитом животне средине, заштитом здравља и безбједности, ометањем правде, незаконитим поступањем (нпр. пореска евазија, ненамјенско коришћење јавних фондова), учињено кривично дјело (коруптивна кривична дјела)[875].

Попут Србије (која посједује посебан Закон којим се уређује положај узбуњивача, а посредно и њихов радноправни статус), Велика Британија посједује посебан пропис посвећен заштити узбуњивача, којим се на посредан начин уређује њихов радноправни статус. Француска посједује закон којим пружа заштиту узбуњивачима у појединим

---

[873] Антић Александар, „Радноправни статус узбуњивача – Међународни, компаративни и национални аспект“, *Правни живот*, бр. 11/2015, стр. 365. Види: Мирјанић Жељко, “Role of social partners in protecting an employed whistleblower as an element of social development“, *Building Resilient Society,* 18th International Scientific Conference on Economic and Social Development, стр. 791-799, Загреб 2016; доступно и на интернет страници (Thomson Reuters SCI): http://www.esd-conference.com/upload/book_of_proceedings/Book_of_Proceedings_Zagreb_2016_Online.pdf

[874] Види: Мирјанић Жељко, Чошабић Јасна „Protection of whistleblower`s employment status“, *The Legal Challenges of Modern World,* 16th International Scientific Conference on Economic and Social Development, стр. 97-107, Сплит 2016; доступно и на интернет страници (Thomson Reuters SCI): http://www.esd-conference.com/upload/book_of_proceedings/esd_Book_of_Proceedings_Split_2016_Online.pdf . У енглеском говорном језику (сленг) користи се термин, који у преводу има више сличних значења - „узбуњивач“, „звиждач“ и/или „дувач у пиштаљку“. На примјер: *whistleblower (дувач у питаљку)* се повезује са правом запосленог да „дува у пиштаљку“ *(right to whistle blow)* и др.;

[875] Лубарда Бранко, „Посебна заштита запосленог узбуњивача – Европско, упоредно и домаће право и пракса“, *Правни живот*, 11/2011, стр. 493.

секторима, док Хрватска не посједује ниједан закон који се непосредно односи на узбуњиваче. У грађанскоправној Конвенцији Савјета Европе о корупцији, доношењем Закона о заштити узбуњивача, испуњавају се обавезе државе из Конвенције. Већина европских земаља још нема закон који се непоредно односи на радноправни статус узбуњивача. У највећем број ових земаља њихов радноправни статус регулише се појединим одредбама више закона.

Корупција је глобални проблем који задире у све поре друштва, од обављања рада, образовања, здравствене заштите, коришћења услуга републичких, градских и општинских органа, јавних установа и осталих правних субјеката приликом остваривања и заштите права, обавеза и интереса грађана, јавних набавки, спорта, науке или културе, као области које је законодавац процијенио да су најподложније ризицима од корупције.

Иако у свијету не постоји општеприхваћена дефиниција корупције, законодавац се углавном ослањао на анализе и дефиниције организације УН која се у великој мјери бави питањем корупције и борбе против корупције. У том смислу, дефинисан је појам корупције[876]: „*Свако чињење или нечињење, злоупотребом службених овлашћења у приватне сврхе, односно службеног положаја, с циљем стицања противправне имовинске користи за себе или другога, коју предузима одговорно лице или лице које је радно ангажовано у јавном или приватном сектору*.“

Доношење Закона о заштити лица која пријављују корупцију је новина у правном систему Републике Српске. У чл. 16. Устава Републике Српске гарантује се да свако има право на једнаку заштиту својих права у поступку пред судом и другим државним органима или организацијом, те да је свакоме загарантовано право на жалбу или друго правно средство против одлуке којом се рјешава о његовом праву или на законом заснованом интересу.

Доношењем овог закона, на јединствен, равноправан, ефикасан и економичан начин обезбјеђује се заштита Уставом и законом загарантованих права лица која пријављују корупцију, ако је угрожавање или повреда тих права у узрочно-посљедичној вези са корупцијом или пријавом корупције. Овим законом се уређује заштита лица која пријављују корупцију, поступак пријаве корупције, обавезе поступања одговорног лица и надлежних органа у погледу пријаве и заштите лица која пријављују корупцију. Пријава корупције може да се изврши код субјекта са чијом дјелатношћу је извршена, затим надлежним органима унутрашњих послова и тужилаштву и/или обавјештењем јавности. Законска је обавеза не само надлежних органа, него и послодавца односно одговорних лица, да у случају пријаве корупције предузму мјере за откривање, спречавање, сузбијање и кажњавање свих облика корупције и мјере за заштиту лица која у доброј намјери пријављују корупцију. Они који покажу храброст и пријаве корупцију, често трпе одмазду и добијају отказ или штетне посљедице, а са њима трпе и повезана лица, односно њима блиска лица. Стога судство треба да ефикасно, али и у што краћем

[876] Види: Закон о заштити лица која пријављују корупцију у институцијама БиХ („Службени гласник БиХ“ бр. 100/13), Закон о заштити узбуњивача у Републици Србији („Службени гласник РС“ бр. 128/14) Стратегија борбе против корупције („Службени гласник Републике Српске“ бр. 25/14), те Закон о заштити лица која пријављују корупцију у Републици Српској („Службени гласник Републике Српске, бр. 62/17).

року заштити лица која трпе штетне посљедице у вези са пријавом корупције. Запослени имају обавезу да реагују уколико се од њих тражи незаконита радња, у смислу да врше обавјештења, одбијање радње, пријаве и слично.

Закон прописује двије врсте пријаве корупције, а то су:

- интерна пријава и
- екстерна пријава.

Интерном пријавом пријавилац обавјештава одговорно лице о чињеницама на основу којих сумња да је извршена или планирана корупција на раду или у вези са радом субјекта којим одговорно лице руководи.

Екстерном пријавом пријавилац обавјештава органе унутрашњих послова, тужилаштво или организације цивилног друштва које се баве заштитом људских права и борбом против корупције о чињеницама на основу којих сумња да је извршена или планирана корупција.

Поред законом прописаних облика пријаве корупције, у пракси се догађају и обавјештавања путем јавности. У тим случајевима пријавилац иступа у јавност посредством медија, употребом друштвених мрежа на интернету или на други начин обавјештава јавност о чињеницама на основу којих сумња да је извршена или планирана корупција.

Закон предвиђа два система заштите лица која пријављују корупцију и то: систем интерне заштите од одговорног лица које руководи субјектом у вези са чијом дјелатношћу је извршена корупција и систем екстерне заштите код суда.

Лице чија се права штите наведеним одредбама има право да изабере да ли ће тражити интерну или екстерну заштиту. Да би лице које је пријавило корупцију уживало заштиту, мора да пријаву изврши у доброј намјери, те да учини вјероватним да је чињење или нечињење који су означени као штетна посљедица узрочно-посљедично у вези са корупцијом или радњом пријаве корупције. С друге стране, тужено одговорно лице је обавезно да докаже објективну оправданост чињења или нечињења који су у тужби означени као штетна посљедица. Такође, прописана је могућност да суд, у изузетно оправданим случајевима, изрекне мјере обезбјеђења којима се штите права пријавиоца, уколико су неопходне да би се спријечило угрожавање егзистенције, отклонила опасност од наступања ненадокнадиве штете или спријечио мобинг. Закон прописује заштиту не само лица која пријављују корупцију, него и са њима повезаних лица и других лица која се учине вјероватним да трпе штетне посљедице у вези са пријавом корупције.

Ради обезбјеђења примјене закона, а нарочито ефикасности и забране злоупотребе, прописане су казне за прекршаје које чини одговорно лице уколико не извршава обавезе прописане законом, али и казне за прекршај који чини пријавилац уколико је извршио неистинито и злонамјерно пријављивање. Из тог разлога прописано је и вршење надзора од надлежних органа, затим подношење годишњих извјештаја Министарству правде од судова, те Народној скупштини РС од Комисије за спровођење Стратегије за борбу против корупције. Оправдање за ову норму налазимо у потреби праћења пријаве корупције у друштву, прибављања података о њеном повећању или смањењу,

кажњавању и анализама даљих мјера које би требало предузети у поступку борбе против корупције.

Циљ доношења наведеног закона је сузбијање корупције у јавном, али и у приватном сектору, развој или учвршћивање осјећаја друштвене одговорности и обавезности сваког лица да пријави било који облик корупције, те обезбјеђење ефикасног механизма заштите права лица која у доброј намјери пријављују корупцију од било којег угрожавања или повреде тих права које би могле бити у вези са том појавом.

Најчешћи ризици корупције који могу угрозити успјешно функционисање здравственог сектора у цјелини ће утицати на квалитет услуга, остваривање и заштиту права пацијената су: неформална плаћања у здравству прије или послије медицинског третмана, лажне потврде о боловању, лажна увјерења из предмета дјелатности, смјештај у болницу, листе чекања, позитивна листа лијекова, фаворизовање одређених фармацеутских производа, награде за промовисање одређених медицинских производа, тендерске набавке, запошљавање и друго.

Заштита права пацијената је у непосредној вези са улогом узбуњивача и значајем узбуњивања у случајевима кршења права пацијента и других противправних радњи. Пријављивање противправних радњи не смије бити препрека за остваривање и заштиту права пацијента. Зато је пацијент као корисник здравствене услуге и узбуњивач, заштићен овим законом. Корупција може бити и у вези са остваривањем права осигураника односно пацијената. Зато борба против корупције мора бити једна од приоритетних активности унутар здравственог система и друштва у цјелини.

У свакој држави су неопходни узбуњивачи који својом активношћу спречавају, отклањају или умањују посљедице противправног понашања појединаца. Мали број пресуда за кривично дјело корупције у здравственом сектору није у сразмјери са овом појавом. Здравство као дјелатност не може се посматрати изоловано од других сектора друштва. Зато борба против корупције мора бити континуирана, свеобухватна и у складу са Стратегијом за борбу против корупције и Законом о заштити лица која пријављују корупцију.

Мјере за смањење корупције у здравству односе се прије свега на: изградњу правног и институционалног оквира који ће утицати на ризике корупције, обезбјеђење законитости и квалитета рада здравствених установа, здравствених радника и других запосленика у здравству, управљање ризицима могуће корупције, унутрашња контрола, вањске ревизије и ревизије учинковитости, коришћење IT технологија с циљем повећања транспарентности и спречавање превара, строго формализовати здравствене услуге које нису бесплатне, јавност рада на свим нивоима, смјернице за грађане како и гдје се пријављује корупција, утврђивање одговорности за дјело корупције, јачање свијести јавности у погледу њихових права кад су у питању здравствене услуге, друштвена сарадња у борби против корупције, побољшање плата и радноправног статуса запослених у здравству и друго.

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Права и обавезе осигураника/пацијената у здравственој заштити је недовољно изучена област у нашој правној науци. Здравствена заштита, здравствено осигурање и права пацијената налазе се у процесу реформи, које прате бројни проблеми у пракси, а истраживање је извршено да би се *de lege ferenda* унаприједио правни оквир њиховог регулисања, у складу са међународним документима и праксом држава у окружењу. Међународна документа у овој области су смјернице и опште директиве које се упућују државама и доносиоцима одлука, како и на који начин треба правно регулисати ову област у домаћем законодавству.

Истраживање је показало да у правном поретку РС не постоји здравствено право као посебна и призната грана права. Још се воде расправе, научне и стручне, о адекватности појма „здравствено право“ у односу на досадашњи појам „медицинско право“. У правној теорији у посљедње вријеме све више се појављује назив „здравствено право“, који је садржајно шири од појма „медицинско право“, јер обухвата све прописе у вези са здравственом дјелатношћу, односно здрављем. Здравствено право није само шири појам него је и социјално-здравствено подручје активности различито од медицинског права. Наведени термини, с обзиром на правне и друштвене конотације, имају значајну улогу, па се у овом времену могу користити као технички термини или синоними. Разматрањем овог питања у историјском смислу у раду је дат одговор који су основни разлози који су условили проширење значења „медицинско право“ у „здравствено право“. У претходном периоду, пружање здравствених услуга било је усмјерено углавном на љекара и однос љекар-пацијент. Напретком медицине и технологије, те учешћем у лијечењу пацијената, поред љекара и других здравствених радника, здравствених сарадника и других запослених у здравственим установама, појам „медицинско право“ није могао обухватити и објаснити све односе који настају у обављању здравствене дјелатности. Такође, промијењена је улога пацијента, који више нема подређену улогу у лијечењу, јер све више постаје партнер у здрављу чија су права дефинисана, осим етичким правилима и правним прописима о правима пацијената. Такође, СЗО је дао нови концепт дефиниције здравља, која садржи да је то: „Стање физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести“. То је пуно укључивање човјека у заједницу, да би могао водити „економски и социјално продуктиван живот“. Субјекти здравственог права нису само лица које се налазе у стању здравствене потребе, већ и сви грађани на које се односи промоција здравља и превенција болести.

Здравствено право није затворен скуп правних правила, него је повезано са другим изворима и гранама права. Оно је врло опширно, специфично, сложено, динамично и мултидисциплинарно подручје регулисања друштвених односа, са даљом тенденцијом развоја, јер здравствена дјелатност као предмет проучавања здравственог права сваким даном постаје захтјевнија, богатија и развијенија. Медицина у свом развоју предњачи испред права и зато се намеће потреба континуираног праћења и правног уређивања

бројних питања из подручја медицина. Кодификација медицинског права, односно здравственог права, олакшава рад здравствених радника, правника, адвоката и судија, те обезбјеђује заштиту права пацијената. Пракса намеће потребу да прописи из здравственог права буду предмет научног и стручног проучавања, како код образовања кадрова (из области права и медицине), тако и код доношења и примјене прописа из ове области у конкретним случајевима. Истраживање проведено у овом раду потврђује да је изучавање здравственог права на медицинским факултетима на основним студијама, постдипломским студијама, те у оквиру разних специјализација, неопходно. То много говори о томе да здравствено право треба постати саставни дио наставних планова и правних факултета. Стварање нове правне гране је процес који није временски ограничен, док се у стручним круговима не постигне сагласност о основним елементима нове правне гране. Имајући у виду наведене аспекте разматрања (социјализацију медицине, непрекидан и брз развој медицинске науке и технологије, као и здравствене дјелатности у цјелини, као и велики број прописа у овој области), може се закључити да постоје претпоставке за успостављање здравственог права као посебне синтетичке научне правне дисциплине.

У свијету постоје бројне теорије дефиниције појма здравље, које упућују на закључак да свака од њих показује одређену тачност с обзиром на аспекте здравља које наглашавају, али истовремено њихов недостатак огледа се у немогућности дефинисања овог вишедимензионалног појма. И поред тога, може се констатовати да дефиниција здравља СЗО има највећу тежину и прихваћена је од већина држава, иако у многим земљама она и даље представља само идеалан циљ којем треба тежити.

У одређивању праваца развоја и приоритета у здравству, на глобалном и регионалном подручју, најзначајнију улогу има СЗО, што потврђују његова документа и истраживање у овом раду. Пресудан утицај на креирање и развој националних законодавстава одиграла су ова документа: „Здравље за све“, „Декларација о примарној здравственој заштити“, „Здравље за све – политика за XXI вијек“ и „Здравље 2020“. Ова међународна документа, између осталог, потенцирају одговорност цијеле заједнице за унапређење здравља становништва. То подразумијева учествовање великог броја актера, међу којима су: државни (министарства, парламенти, управе, тијела, комисије), друштвени (предузећа, грађани, групе организоване у заједници, глобални медији укључујући друштвене мреже, фондације, итд.) и наднационални (УН, СЗО, ЕУ, итд.). Сазнање наведеног указује на то да је „Здравље за све“ трајни циљ и путоказ за већину земаља, а за његово остварење неопходно је повремено кориговати посебне циљеве и прилагодити их актуелној ситуацији.

Здравље је најдрагоцјенији дар природе, који је значајан, како за појединца тако и за друштво и зато се оно данас схвата као заједничко, опште или јавно добро. Зато је задатак здравствене политике укључивање здравственог интереса у сваки сегмент развојне, економске (инвестицијске, предузетничке), социјалне, еколошке и културне политике. Приступ јавне политике здрављу, која обухвата све нивое друштва, јача отпорност

заједнице на пријетње за њихово здравље, безбједност и благостање. Јавна политика која није усмјерена у том правцу нема дуго трајање и извјесну будућност.

Здравље је основно људско право прописано Уставом РС и бројним прописима из области здравства. Уставна гаранција права на здравствену заштиту свих грађана подразумијева доступност здравствених услуга сваком појединцу, када се за њима укаже потреба. То истовремено значи и одсуство баријера на путу остваривања здравствене заштите, а између осталих и економских баријера у виду партиципације и високих трошкова лијечења. Осим тога, право на здравствену заштиту гарантује се и коришћењем квалитетних здравствених услуга.

У РС, у складу са међународним документима и здравственим стањем становништва, усвојена је „Политика унапређења здравља становништва РС до 2020. године“, која је дефинисала опште циљеве и приоритетне правце дјеловања за остварење тих циљева. Истовремено, остављена је могућност да јединице локалне самоуправе, послодавци и појединци, креирају своју улогу и активности у остваривању постављених циљева. Приступ „Здравље у свим политикама“ је осмишљен да учини управљање за здравље и благостање приоритетом и изван здравственог сектора. Ако је добро здравље основа друштвеног и економског развоја, онда је економска криза са којом се суочавају многе земље, као и РС, изазов који може да угрози позитивне ефекте који су до сада постигнути. Прави одговор на ове околности јесте да активности треба усмјерити на остваривање циљева „Здравља за све“ и унапређење здравља свих људи. Међутим, у пракси, често декларативна опредјељења замагљују стварне активности на реализацији усвојених циљева. Основни разлог лошег здравља и неједнакости у здрављу су социјалне детерминанте у којима се људи рађају, живе, раде и старе. Оне требају мобилисати цјелокупну власт и друштво сваке земље. Циљ економског и друштвеног развоја заједнице је омогућавање грађанима да живе дуже „економски и социјално продуктиван живот“. Да би грађани РС остварили прихватљив ниво здравља и уживали благодети живота, осим економског развоја и праведне социјалне политике, оперативни циљеви у здравственој заштити морају бити: давање већег приоритета ПЗЗ са нагласом на промоцију здравља и превенцију болести, стална едукација здравствених радника и здравствених сарадника, континуирано унапређење квалитета здравствених услуга, повећање ефикасности организације кроз унапређење менаџмента на свим нивоима система, те потпуније коришћење информационо-комуникационих технологија у сектору здравства.

Истраживање је показало да у остваривању здравствене заштите здравствена служба има посебно мјесто, али она не може битно утицати на промјену здравственог стања становништва уколико изостану друге здравствене и социјално релевантне мјере које се прије свега односе на исхрану, становање, водоснабдијевање, образовање, услове рада, заштиту животне средине и друго. Само интегрисан приступ здравственој заштити може довести до унапређења здравља становништва у цјелини. Имајући у виду значај јавног здравља за укупну здравствену заштиту становништва, а по угледу на друге државе,

предлаже се да се ова област много свеобухватније и прецизније регулише посебним законом о јавном здрављу.

Теоријска и практична сазнања говоре да је финансирање здравствене заштите највећи проблем развијених економија и највећи изазов у креирању економске политике и укупне политике друштвеног развоја. У вези са здравственом заштитом постоји стални конфликт када је ријеч о регулисању расподјеле плодова економског развоја, који се одражава кроз жељу свих да живе здраво. И поред бројних модела финансирања здравства, без знатне корективне улоге државе, не може се остварити задовољавајуће функционисање здравственог система. РС се већ дужи период налази у друштвеној и економској транзицији, коју, између осталог, карактеришу и интензивне социјалне реформе. Несклад између здравствених потреба и реалних финансијских могућности захтијева, у склопу економског развоја и стабилизације Републике, преиспитивање одређених системских рјешења и прилагођавање стварном степену економског развоја. Промјене би имале за циљ повећање ефикасности здравственог сектора, јачање финансијске одрживости и побољшање квалитета здравствене заштите. Однос приватног и јавног у здравственој заштити становништва једно је од бројних питања функционисања здравственог система у вези са којим постоје несагласности и различити приједлози за промјену постојећег стања. Рјешење за кључне проблеме се налази у прецизнијем одређивању улоге власти, односно јавног сектора о односу на приватни интерес у здравственој заштити.

Историјски преглед развоја здравственог осигурања приказује да су се зачеци здравственог осигурања, као дијела социјалног осигурања, јавили још у XVIII вијеку у вези са стварањем радничких организација (унија) које су се бориле за сигурност радника у случају болести и за успостављање болесничких фондова. У почетку се развијао једноставни систем социјалне сигурности, који се односио прије свега на обезбјеђење у случају болести и несреће на послу, а накнадно су се модели усавршавали. То је био резултат процеса индустријализације и јачања радничких удружења. Најзначајнији утицај на развој здравственог осигурања у европским земљама је имао Закон о обавезном здравственом осигурању одређених категорија радника, који је донесен у Њемачкој 1883. године у оквиру Бизмарковог плана, те увођење националне здравствене службе у Великој Британији 1948. године. На свјетском нивоу посебан значај за развој ове области и утицај на друге државе и њихова национална законодавства имала је Међународна организација рада.

Систем здравственог осигурања има дугу традицију на просторима бивше Југославије. У Краљевини Србији је још 1879. године усвојен Закон о народном санитетском фонду, који је био претеча накнадним законима о здравственом осигурању. Послије I свјетског рата донесен је Закон о осигурању радника 1922. године, који се заснивао на модерним принципима осигурања, али је недостатак био у томе што је обухватио само запослене раднике, који су чинили мали дио становништва. Послије II свјетског рата социјално осигурање је прошло кроз више фаза развоја и неопходних трансформација у складу са

промјенама друштвено-политичког система (деетатизација, децентрализација и самоуправљање). Доношењем Устава РС 1992. године стечени су услови за доношење прописа из области социјалног осигурања, а посебно Закон о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању 1993. године. Ови закони су се заснивали на савременим принципима здравствене заштите и здравственог осигурања и пракси европских држава и били су у складу са међународним документима које обједињује СЗО. Заједнички развојни приступ у здравственој заштити и здравственом осигурању је био да буде што већа обухваћеност становништва и солидарност између различитих социоекономских група. У протеклом периоду највећи број земаља опредијелио се за обавезно здравствено осигурање уз постепено проширивање круга осигураника и права из здравственог осигурања, с циљем да се постигне потпуна обухваћеност становништва. Проширено и приватно здравствено осигурање код нас су предвиђени законом као могућност, али нису успостављени у пракси, а и недостају подзаконска акта за њихово регулисање. Финансирање здравственог осигурања је било условљено економским могућностима друштва, а обезбјеђује се уплатом доприноса за здравствено осигурање или директно из буџета. Циљеви реформе здравствене заштите и здравственог осигурања су највећим дијелом условљени прилагођавањем финансирања потребама за здравственом заштитом, те успостављањем склада између права на здравствену заштиту и расположивих реалних могућности друштва. Успостављање ове равнотеже обезбјеђује стабилност финансирања и функционисања здравственог система.

Здравствено осигурање и здравствена заштита чине скуп правних норми којима се уређује заштита здравља осигураних лица. Савремено финансирање здравствене заштите засновано је на филозофији и политици солидарности и узајамности. Општи циљ здравственог осигурања је унапређење здравља становништва. У том смислу здравствено осигурање није институција у којој се само прикупљају и дистрибуишу средства намијењена осигурању, него представља значајан инструмент здравствене политике, који се код већине земаља односи на продужење живота и побољшање здравственог стања становништва. Здравствено осигурање постоји данас у свим развијеном државама и то у облику јавног, приватног или мјешовитог осигурања. Оно је или обавезно (законско) или добровољно (уговорно) здравствено осигурање. У европским системима здравственог осигурања гдје већина средстава долази из пореза или путем обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање углавном се развијало као допунски извор средстава за финансирање здравствене заштите. Истраживање показује да се здравствено осигурање у РС у суштини не разликује од осигурања које се примјењује у другим европским државама. Најближе је државама које примјењују Бизмарков модел финансирања здравствене заштите, као што је то случај нпр. у Њемачкој. Приватно здравствено осигурање и тржишни модел финансирања здравствене заштите није прихваћен у Европи због бројних друштвено неприхватљивих ефеката приватног осигурања као што су негативна селекција ризика – прихватање здравих, а одбијање болесних и/или коришћење здравствене заштите у складу са личним економским могућностима уз одсуство превенције болести и промоције здравља. Организација здравственог осигурања није само стручно и административно питање, већ

је у принципу политичко и економско питање. У највећем броју земаља држава има значајан утицај на организацију здравственог осигурања. Поред утврђивања права из здравственог осигурања и висине доприноса, држава прописује и принципе организације, одређује улогу фондова (завода, агенција и сл.) здравственог осигурања, разматра извјештаје органа осигурања и врши надзор над законитошћу рада и аката. У ЕУ већина популације је обухваћена здравственим осигурањем и здравственом заштитом. У земљама у развоју велики број становника још је изван било каквог осигурања, нарочито у руралним и пољопривредним подручјима.

Основни извори прихода за финансирање здравствене заштите су намјенски доприноси, чија се висина доприноса (стопа и основица) одређују законом. Доприноси су повезани са износом зараде. Сразмјерно расту зарада појединаца, расту и средства која су намијењена за финансирање здравствене заштите. Овај принцип друштвене солидарности је основ здравственог осигурања и у РС. Обавезним здравственим осигурањем обухваћени су сви грађани РС и друга лица у складу са законом. И поред предузетих мјера да се здравственим осигурањем обезбиједи потпуна покривеност становништва РС, постоји одређени проценат неосигураног становништва за које се не уплаћују доприноси: радници у предузећима у стечају, пољопривредници који нису регистровани, лица која нису регистрована за дјелатност коју обављају (услуге чишћења, одржавања, занатске услуге и друго) или радници који „раде на црно“ код послодавца и нису пријављени на осигурање. Посебан проблем односи се на финансијску дисциплину и неуплаћивање доприноса за раднике од стране правних и физичких лица, међу којима су и здравствене установе. Да не би дошло до урушавања здравственог система активност надлежних органа мора бити усмјерена на успостављање финансијске дисциплине у измиривању обавеза, смањење рада на црно и повећање обухваћености пољопривредника здравственим осигурањем и друго. У РС нису успостављени проширено и приватно здравствено осигурање и сходно томе нема допунских прихода по основу плаћених премија за наведена осигурања. Њиховим успостављањем, као споредног осигурања, дјелимично би био растерећен систем обавезног здравственог осигурања и унапријеђен квалитет здравствених услуга, али никако то не може бити замјена за обавезно здравствено осигурање. Права у обавезном здравственом осигурању већине земаља обухватају: здравствену заштиту, накнаде за вријеме привремене неспособности за рад, накнаду путних трошкова код коришћења здравствене заштите и погребне трошкове. У РС права у обавезном здравственом осигурању су здравствена заштита и накнада плате за вријеме привремене неспособности за рад и друга права утврђена законом и актима фонда.

Упоредна анализа права из здравственог осигурања земаља у окружењу показује да постоји велика сличност у њиховом правном регулисању, али су разлике евидентне по садржају и обиму права, које су посљедица могућности друштава да обезбиједе финансијска средства за њихово покриће. Анализа обима права осигураника на здравствену заштиту показује да су та права у РС мања него у другим земљама. Мјере

редукције права, односно достигнутог нивоа здравствене заштите у РС, могле би да угрозе доступност здравствене заштите великом броју становника. Такође, упоредна анализа показује различите моделе учешћа осигураника у остваривању права из здравственог осигурања, које се остварује путем суфинансирања услуга здравствене заштите, путем фиксног износа партиципације или плаћања процентуалне вриједности од пуне цијене здравствене услуге. Ако је износ партиципације симболичан и при томе велики број осигураника ослобођен од њеног плаћања, као што је то случај код нас (мање од 5 одсто укупног прихода фонда на годишњем нивоу), онда је боље да се не уводи, јер су трошкови њеног административног провођења већи него што су ефекти. Мјера која има симболичне ефекте не треба додатно да иритира болесника, уз истовремено уважавање социјално-економског положаја становништва. Код нас је партиципација потребна као мјера којом ће се само ублажити недостатак средстава за здравствену заштиту и као према таквој се треба односити у рјешењима која се предлажу.

Прије утврђивања права из обавезног здравственог осигурања мора се знати прецизан одговор да ли постоје реалне могућности да се та права у потпуности и остваре. Погоршањем економске ситуације сужавају се могућности обезбјеђења изворних прихода фонда за финансирање здравствене заштите. Пошто најчешће не постоје услови за повећање стопе доприноса, треба предузети мјере економичнијег пословања, боље и ефикасније организације рада, те проналажења извора додатних средстава, како је то резултатима истраживања и приједлозима из овог раду потврђено: акцизе на дуван и друге штетне производе, дио премије обавезног здравственог осигурања од аутомобилске одговорности, допунско осигурање за плаћање партиципације, путничко осигурање и друге дотације из буџета за покриће дефицита, пореске олакшице, ослобађање од царине и др. Тешкоће у финансирању здравствене заштите јављају се и због тога што постојећи модели финансирања здравства не могу са успјехом да се носе са проблемом раста трошкова у здравству, који су посљедица: повећања броја и трошкова здравствених услуга, повећања броја и обима здравствених услуга узрокованих старењем становништва и продужењем животног доба, смањењем броја радно активног становништва због ниског наталитета и миграције становништва, те нова научна открића и нове технологије.

Финансирање здравствене заштите долази у ред најкрупнијих и најсложенијих економских питања развијених економија запада. Посебну пажњу заслужује и конфликт медицинских и економских критеријума код доношења одлука. РС издваја знатна средства за обезбјеђење здравствене заштите становништва, али су она недовољна за изражене потребе и потражњу грађана, захтјеве које намеће међународна заједница, универзалност медицинске науке и нове методе лијечења, прокламоване стандарде, савремену технологији, скупе лијекове, повећана издвајања за едукацију здравствених радника и здравствених сарадника и др. Изазови пред којима се налази здравство РС садржани су у појавама као што су неједнакост у здрављу и несклад између нормативног и стварног, који угрожавају прописана права на здравствену заштиту. Све то намеће

потребу да се континуирано преиспитују постојећа рјешења, да би био нађен баланс између нараслих потреба за здравственом заштитом и реалних могућности друштва. Имајући у виду неповољну структуру осигураника фонда, трошкове здравствене заштите по кориснику, учешће осигураника у укупном приходу фонда, потребно је размотрити приједлог за, између осталог, увођење јединствене стопе доприноса за здравствено осигурање за све осигуранике. Тиме би се великим дијелом обезбиједила стабилност у финансирању здравствене заштите и финансијска одрживост, као и средства за развој који треба да прате раст БДП-а. За вођење здравствене политике, посебно у области финансирања, неопходно је успостављање и даљи развој Националног здравственог рачуна, који ће у знатној мјери, а на основу статистичких показатеља реалније показати потрошњу јавног и приватног сектора у здравственом систему и успоставити равноправније односе са другим секторима у алокацији финансијских средстава и провођењу економске, односно социјалне и здравствене политике.

Права пацијената су дио здравственог права и један од појавних облика глобализације, демократских процеса и социјализације медицине и зато су предмет најновијег научног и практичног интересовања појединаца и заједнице. У савременом свијету демократски напредак се, између осталог, огледа и у прописивању и поштовању људских права у оквиру којих прва пацијената имају посебно мјесто и значај. У том смислу, живот и здравље човјека постају вриједности према којима се мјере све остале људске вриједности и цивилизацијски напредак. Права пацијената представљају правила која уређују поступање са пацијентом у поступку пружања здравствених услуга и према којима се пацијент третира као равноправан партнер током лијечења. Права пацијената су одувијек припадала пацијенту, само то није било признато нити регулисано од стране законодавних органа или здравствених професионалаца. Највећим дијелом права пацијената су садржана у медицинској етици и деонтологији, али тек њихово законско регулисање им је, поред етичке, дало и правну снагу. Појам права пацијената се везује за посебне законе и друге прописе који се односе на различита питања, на могућности, дужности и општи статус болесних лица, односно пацијената, као и на квалитет заштите људског здравља. Права пацијената у прописима примарно су национална ствар сваке државе. Истраживање је показало да се концепт права пацијената заснива на сарадњи, а не на сукобљавању здравствених радника и пацијената, а све с циљем потпунијег дефинисања њихове надлежности и улоге, те дефинисања поступака у обављању здравствене дјелатности. Такође, то је прелаз са досадашњег патерналистичког односа здравствени радник–пацијент, на партнерски однос, који је правно регулисан и има форму уговорног односа.

Као и већина других тековина међународног права, права пацијената су се развијала кроз међународне уговоре, конвенције, декларације, повеље и слично. Захваљујући томе, многе европске земље, на национално нивоу, регулисале су права пацијената кроз посебне законе или повеље, те у оквиру других закона из области здравства. Обавеза усаглашавања прописа са прописима ЕУ, у знатној мјери убрзала је ове активности.

Повеља о правима пацијената ЕУ садржи 14 конкретних прва пацијената, која заједно имају за циљ висок ниво заштите људског здравља и квалитета здравствених услуга у различитим националним здравственим службама у Европи и у земљама које нису чланице ЕУ.

Упоредни преглед законских рјешења у државама у окружењу је показао одређене карактеристике успостављеног система права пацијената у тим државама. Може се констатовати да је и РС усагласила законе са Европском повељом о правима пацијената. Различити број конкретизованих права пацијената говори да су неке земље (Србија и ФБиХ) отишле и корак даље и повећале број тих права, а мањи број права у неким државама може се објаснити чињеницом да су код њих одређена права садржана или у принципима закона о правима пацијената или другим законима.

Истраживање односа социјалног права и права пацијената показује значајне сличности и блиску повезаност принципа заштите радника и принципа здравственог права која се нарочито огледа у правима пацијената. Та веза је посебно видљива у универзалним вриједностима које се штите правом и правним принципима, а који су незаобилазни у изградњи, примјени и тумачењу права (принцип уставности и законитости, принцип јединства система, социјалне сигурности, солидарности и узајамности, принцип свеобухватности, неотуђивости, хуманизма и социјалне правде). Из потребе људи за социјалном сигурношћу произашла су њихова права која гарантује држава у правном поретку. У оквиру социјалног права изучавају се здравствена заштита и здравствено осигурање у којима су садржана и права пацијената као дио људских права. Повезаност социјалног права и права пацијената огледа се у обавези пружања помоћи слабијим члановима заједнице, односно заштити пацијената. Ове области не могу се препустити личној иницијативи, јер би велики дио сиромашних и пацијената остао незаштићен. То је првенствено друштвена, односно државна дјелатност, која се развијала и тражила изучавање и свеобухватно правно уређење. Функција социјалног права је у томе да обезбиједи већи ниво социјалне правде и трајни социјални мир у оквиру којих права пацијената обезбјеђују правну заштиту пацијенту и његову правну сигурност у поступку остваривања здравствене заштите. Специфичност социјалног права је у томе што су одређена права условљена финансијским могућностима државе, а исто тако улагањем државе у здравствени систем стварају се основне претпоставке за квалитетну здравствену услугу, као једно од основних права пацијената. Истраживање такође указује да су основна права личности (право на живот, право на слободу, право на људско достојанство, право на приватан и породичан живот и др.) саставни дио проблематике људских права које европско право третира као највише правне вриједности. У зависности од тога о којој врсти правне заштите се ради, може се говорити о људским правима (јавноправна средства заштите – кривично, уставно и управно право) или о правима личности (приватноправна средства заштите – грађанскоправна заштита права). Нематеријална штета је нужно у вези са правом личности, али је то много шире подручје од саме нематеријалне штете. Из каталога права личности (физички и психички

интегритет, здравље, слобода, достојанство и др.) право на физички интегритет представља основу свих других права личности. То је право на властито несметано, тјелесно, биолошко постојање људског бића. Право на физички интегритет субјекат може уживати и њиме располагати у границама које допушта то исто право других субјеката, као и у границама законских ограничења. Истраживање је потврдило да је право на физички интегритет најуже повезано са правом на заштиту здравља, јер повреда физичког интегритета доводи нужно и до оштећења здравља личности. Пружање здравствених услуга, великим дијелом, претпоставља захват у туђи физички интегритет. У том смислу, у односу на раније присутан патерналистички приступ, прихваћен је принцип добровољности и информисаног пристанка на медицински третман, тако да је љекар обавезан да води рачуна не само о здрављу пацијента, већ и о његовој личности, тј. о његовом физичком интегритету. Права пацијената су саставни и нераскидиви дио права личности, која представљају његову надоградњу и конкретизацију у здравственој заштити човјека. Развој института права личности ће довести до унапређења права пацијената, а тиме и до потпуније заштите људских права. Пацијент је свака особа која у било којој здравственој установи затражи одређену услугу или настоји да задовољи своју здравствену потребу. Права и обавезе осигураника и права пацијената нису синоними и не треба их мијешати. Права пацијената треба да обезбиједе квалитетну здравствену услугу, као и да понашање љекара и осталих здравствених радника према пацијенту подвргну друштвеној контроли од стране суда, јер пацијент има право на заштиту здравља, а то му гарантује и уставни поредак. Односи између љекара и пацијента поводом пружања медицинске/здравствене услуге јесте правни однос. У правној држави судска контрола је нужна, јер унутрашња сталешка контрола поступака љекара и осталих здравствених радника није довољна. Такође, утврђивањем права пацијената у знатној мјери се умањује асиметричност односа љекар-пацијент, а заштита живота и здравља постаје универзална људска вриједност коју штити правни поредак сваке државе.

Упоредна анализа права пацијената у међународним документима и у националним законима држава у окружењу, као и у ФБиХ и РС, показује велики степен усаглашености прописа у овој области, као и повећање броја конкретних права пацијената у односу на Европску повељу о правима пацијената. Истраживање је показало да постоје различити називи закона, иако је њихов предмет и садржај одређен правима и заштитом права пацијената. Одређена права пацијената дефинисана су у принципима или се налазе у другим законима из области здравства. Такође, одређена права пацијената имају различита називе, иако им је садржај исти. Обавезе и одговорности пацијената нису регулисане у Европској повељи о правима пацијената, док су неке државе то регулисале, а неке нису, уз констатацију да је и заштита права пацијената различито регулисана. Упоредна анализа појединих права пацијената у систему здравствене заштите РС и држава у окружењу показује сличности у дефинисању основних права пацијената, а разлике се највећим дијелом односе на обим и поступак остваривања права, терминолошку неусаглашеност, те (не)поштовање језичких стандарда. Увид у права пацијената у државама у окружењу је добро искуство и препорука за нова законска рјешења која су дата у раду. Пракса држава у окружењу показује да је у РС потребно

донијети посебан закон о правима пацијената, у којем ће бити систематизована, потпуно и уједначено дефинисана права пацијента у складу са Повељом о правима пацијената ЕУ. Ова промјена ће имати за резултат и промјену Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању и других закона.

Да би била обезбијеђена потпуна имплементација новог Закона о правима пацијената, неопходно је донијети и посебне законе о професионалној дјелатности, као нпр. закон о докторској дјелатности, закон о стоматолошкој дјелатности, закон о сестринству и др. Ово је значајно због тога што се права, обавезе и одговорности пацијената не могу посматрати одвојено од права, обавеза и одговорности здравствених радника. Партнерски однос пацијента и здравственог радника је правни однос који као такав треба правно регулисати.

Обавезе и одговорности пацијента су прописане Законом о здравственој заштити у РС и односе се на одговорност пацијента за лично здравље, одговорност пацијента према другим корисницима здравствене заштите, одговорност пацијента према здравственим радницима и здравственим сарадницима, те одговорност пацијента према друштвеној заједници. У овом закону обавезе и одговорности пацијената нису појединачно посебно обрађене и систематизоване норме, већ су оне декларативне и препилићу се са другим правима и одговорностима пацијената, а могу се посматрати у контексту цијелог закона. Пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других људи. Љекар има обавезе у интересу пацијента, а пацијент у сопственом интересу. Пошто права пацијента прате истовремено обавезе и одговорности, нови Закон о правима пацијената треба да обухвати и пропише и те норме, јер без одговорности и испуњавања обавеза пацијента може бити доведено у питање коришћење права пацијента.

Повеља о правима пацијената ЕУ садржи дио који се односи на заштиту права пацијента путем његовог права на жалбу и права на компензацију. Здравствене установе морају гарантовати остваривање овог права у пракси, пружајући пацијентима информације о њиховим правима и помажући им у формализовању приговора/жалбе. Сваки од националних здравствених система у ЕУ показује различите реалности у вези са заштитом права пацијената. Али је чињеница да оне постоје и да су значајне због слободе кретања унутар ЕУ и процеса проширења. Упоредна анализа показује да је најприхватљивије и најефикасније рјешење да се у новом Закону о правима пацијената у РС пропише да заштиту права пацијената обезбјеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које ће обављати послове савјетника за заштиту права пацијента, те образовањем савјета за здравље на нивоу надлежног министарства, као другостепеног органа. Такође, треба предвидјети могућност да пацијент може покренути и поступак медијације, односно заштите права пред надлежним судом. Поред предложеног, треба предвидјети могућност да се пацијент може обратити захтјевом Омбудсману, здравственој инспекцији или надлежном органу здравственог осигурања код којег је пацијент осигуран. У том смислу, овој закон треба да пропише и обавезе здравствене установе у заштити права пацијената. Разлог више за доношење новог закона о правима пацијената у РС је и то што важећи Закон о здравственој заштити није прописао обавезу успостављања Савјетника/Заштитника права пацијената. Ту улогу дјелимично извршава

заштитник права осигураних лица при фонду, чије се надлежности преплићу са правима пацијената и не могу бити замјена једно другом. Анализа приговора осигураних лица заштитнику права осигураника при фонду потврђује да је у периоду 2012 - 2014. дошло до смањења броја приговора осигураних лица, да је смањен број судских спорова, а и да велики број приговора заштитник осигураних лица рјешава непосредно на лицу мјеста тамо гдје је дошло до повреде права. Такође, надлежни органи фонда непосредно предузимају мјере ради отклањања евидентираних узрока кршења права осигураних лица.

Омбудсман за људска права је надлежан за разматрање предмета који се односе на слабо функционисање или повреде људски права и слобода почињених од било којег органа у БиХ. Извјештаји о раду омбудсмана показују да су евидентиране повреде права из области здравствене заштите, а не само повреде права пацијената. Нема конкретизације на шта се повреде права односе, а то су најчешће остваривање здравственог осигурања и жалбе на рад здравствених установа. Институција Омбудсмана оправдава свој рад у овој области, иако је број ових предмета релативно мали.

Права пацијената – права личности и друга субјективна права су утужива, тј. имају судску заштиту, што значи да ће у случају повреде или угрожавања тих права, а на захтјев носиоца, бити правоснажно утврђена права и принудно реализована. Приватноправна или грађанскоправна заштита је у рукама оштећеног и од њега зависи да ли ће тражити заштиту повријеђеног права или неће. У том смислу, Закон о облигационим односима, између осталог, регулише накнаду материјалне и нематеријалне штете у остваривању здравствене заштите.

Одговорност за повреду права пацијента се односи на дисциплинску одговорност, прекршајну одговорност, грађанску одговорност и кривичну одговорност. Свака од ових одговорности регулисана је посебним законом. Грађанска одговорност за повреду права пацијента се односи на одговорност за штету насталу у обављању здравствене дјелатности. Приликом измјена закона, треба размотрити институт *no fault compensation*, који је успостављен у скандинавским земљама, као један од алтернативних начина осигурања примјерене накнаде пацијенту, а да се не утврђује кривица штетника. У пракси ових земаља на тај начин се уједно осигуравају и биљеже сви непожељни догађаји, да се стручне грешке не би понављале и да би се избјегле у будућности. Увођењем оваквих законских рјешења код нас одговорност за повреде права пацијената би такође била правно утемељена, а примјена обезбијеђена у правном претку РС. Ово је значајно, имајући у виду развој медицинске науке и технологије, која нужно поставља нове захтјеве за кривично-правним проширењем кривичних дјела из ове области, а с циљем очувања и заштите људског здравља.

Права пацијената и заштита њихових права остварује се непосредно примјеном прописа којима је регулисана ова област. Међутим, у здравственом систему постоје и елементи који на посредан начин доприносе остваривању и заштити права пацијента. Ово су тзв. други механизми заштите прва пацијената, а односе се најчешће на: унутрашњи надзор, стручни надзор, надзор над законитошћу рада и аката, инспекцијски надзор, на стандарде

и нормативе у здравству, на увођење система квалитета у здравству, кодексе медицинске етике, удружења пацијената, професионална удружења здравствених радника, здравствене коморе, на одбор за здравље локалне самоуправе, те на „узбуњиваче“ и заштиту лица која пријављују корупцију. Наведени елементи здравственог система имају своју законом одређену улогу, а истовремено указују на сложеност здравственог система, велику повезаност његових дијелова, широку отвореност и динамичност, што је неопходно за његово добро функционисање, остваривање и заштиту права пацијената. Друге механизме заштите права пацијената треба унаприједити уз сљедеће приједлоге:

Потребно је општим актима здравствене установе потпуније и прецизније регулисати унутрашњи надзор, да би била појачана одговорност директора, управе и другог руководног особља.

Потребно је обезбиједити кадровске и материјалне претпоставке за обављање редовног стручног надзора. У том смислу, треба размотрити искуства из Републике Хрватске, гдје је здравствени надзор над радом здравствених установа, здравствених радника и здравствених сарадника повјерен здравственим коморама.

Измјенама и допунама Закона о инспекцијама у РС и Закона о здравственој заштити треба прописати прецизније надлежности инспекције у вези са остваривањем и заштитом права пацијената.

Да би стандарди и нормативи у здравству били побољшани, неопходно је усмјерити активности за обезбјеђење потребних средства за укупну здравствену заштиту становништва. Иако директно зависи од расположивих средстава, квалитетна здравствена услуга је најбоља гаранција за остваривање и заштиту права пацијената, уз уважавање националних приоритета у условима у којима се примјењује.

Потребно је успоставити организован, системски однос између јавног сектора према организацијама цивилног друштва у склопу политике и демократизације цијелог друштва. Да би се остварила улога НВО – Удружења пацијената, неопходно је да здравствени сектор, са Министарством здравља и социјалне заштите на челу, има са њима стварно, а не декларативно партнерство у здрављу. У РС не постоји удружење за заштиту права пацијената, а његовим оснивањем би се у знатној мјери фокус активности усмјерио на изградњу, остаривање и заштиту права пацијената, у духу успостављеног партнерског односа љекар-пацијент.

На остваривање и заштиту права пацијената посредно утиче организовање и рад судова части у оквиру Коморе, која има превентивно дјеловање, а истовремено се санкционишу поступања чланова Коморе супротно правилима струке, етичког кодекса и деонтологије. У РС још није основана комора медицинских сестара, техничара и бабица, као ни комора физиотерапеута. Тиме би био заокружен систем здравствених комора, као трајних сталешких организација, у које би били укључени сви здравствени радници. У том правцу потребно је извршити измјене и допуне Закона о здравственим коморама, да би било ријешено ово важно питање у функционисању здравственог система, по угледу на државе ЕУ и земље у окружењу.

Одборе за здравље локалне самоуправе треба кадровски и професионално ојачати, да би постали способни да остварују надлежности које су им дате законом, у складу са могућностима и ресурсима који им стоје на располагању. Успостављање боље комуникације и размјена информација са грађанима отклонили би бројне проблеме са којима се грађани суочавају, између осталог и приликом остваривања права на здравствену заштиту и права пацијената.

Нови закон о заштити лица која пријављују корупцију и мјере за борбу против корупције у знатној мјери ће допринијети умањењу негативних посљедица ове појаве и у здравственом сектору, а тиме посредно позитивно дјеловати на остваривање и заштиту права пацијената.

Резултати истраживања потврђују да су права и обавезе осигураника/пацијената у здравственој заштити у РС правно регулисани. Усвајањем приједлога *de lege ferenda* из ове докторске дисертације биће унапријеђена заштита права на здравље, као универзална вриједност и основно људско право, у складу са релевантним документима у ЕУ и праксом земаља у окружењу.

ЛИТЕРАТУРА

Монографије, уџбеници

1. Алексић Чедо, Балабан Милорад, Ждрале Славко, Кићановић Миливоје, Потпара Љубо, Туторић Душко, Шошић Мирко, *Реформа здравственог система Републике Српске до 2000. године*, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 1997.
2. Алихоџић Амела, et al., *Приручник за усклађивање прописа Босне и Херцеговине*, Дирекција за европске интеграције, Сарајево, 2005.
3. Andrassy Juraj, Bakotić Božidar, Vukas Budislav, *Međunarodno pravo, prvi dio*, Školska knjiga, Zagreb, 1998.
4. Babić Tatjana, Roksandić Sunčana, *Osnove zdravstvenog prava*, Tipex, Zagreb, 2006.
5. Bačić Franjo, Pavlović Šime, *Komentar Kaznenog zakona*, Organizator, Zagreb, 2004.
6. Bernd von Maydell, Bodiroga–Vukobrat Nada (ур.), *Mirovinsko i zdravstveno osiguranje – nacionalne reforme u kontekstu evropskih integracija*, Rijeka, 2003.
7. Биговић Радован, *Људска права у хришћанској традицији*, Службени гласник, Хришћански културни центар, Београд, 2009.
8. Благојевић Борислав (ур.), *Правна енциклопедија – књига 1*, Савремена администрација, Београд, 1985.
9. Благојевић Борислав (ур.), *Правна енциклопедија – књига 2*, Савремена администрација, Београд, 1985.
10. Bodnaruk Snježana, Čizmić Jozo, Hrabač Boris, Huseinagić Senad, *Komentari zdravstvenih zakona*, Privredna štampa d.o.o., Sarajevo, 2011.
11. Бојан Шпицар (ур.), *Монографија социјалног осигурања СФРЈ*, Савез заједница здравственог осигурања и здравства Југославије и Савез заједница пензијског и инвалидског осигурања Југославије, 1977.
12. Bošković Zvonko, *Medicina i pravo*, Pergamena, Zagreb, 2007.
13. Брајић Влајко, *Радно право*, Савремена администрација, Београд, 2001.
14. Vedriš Martin, Klarić Petar, *Građansko pravo*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1998.
15. Vedriš Martin, *Osnove imovinskog prava: opći dio imovinskog prava, stvarno, obvezno i nasljedno pravo*, Informator, Zagreb, 1977.
16. Видановић Војин, *Социјалне последице транзиције у Србији*, Задужбина Андрејевић, Београд, 2013.
17. Видановић Иван, *Речник социјалног рада*, Удружење стручних радника социјалне заштите Србије, Београд, 2006.
18. Visković Nikola, *Sumorne godine – nacionalizam, bioetika, globalizacija*, Kultura & Rasvjeta, Split, 2003.
19. *Wilkinson Richard, Unhealthy societies: the afflictions of inequality, Routledge, London-New York, 1996.*
20. Withoulkas George, *Novi put do zdravlja* (Mile Malešević, prevod) Advaita, Sarajevo, 2004.
21. Вукмановић Чедомир, *Менаџмент у здравству*, Европски центар за мир и развој (ЕЦПД), Савремена администрација, Београд, 1994.

22. Вуковић Дренка, Арандаренко Михаил, *Социјална политика и криза*, Универзитет у Београду, Факултет политичких наука, Београд, 2009.
23. Вуковић Дренка, *Социјална сигурност и социјална права*, Савез друштава социјалних радника Србије, Београд, 1999.
24. Gavella Nikola, *Osobna prava, prvi dio*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2000.
25. Гавриловић Ана, *Социјални изазови и менаџмент у социјалној заштити*, Универзитет у Бања Луци, Факултет политичких наука, Бања Лука, 2010.
26. Giddens Anthony, *Sociology (fourth edition)*, Polity Press, Cambridge, 2001.
27. Дедић Сеад, Градашчевић Сијерчић Јасминка, *Темељи међународног радног права*, Правни центар, Фонд Отворено друштво, БиХ, Сарајево, 2000.
28. Дедић Сеад, *Основи социјалног права*, Магистрат, Сарајево, 2000.
29. Deutsch Erwin, Spickhoff Andreas, *Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*, 5. Aufklage, Springer, Берлин, 2003.
30. Dorland Newman, Anderson Douglas, *Dornald 's Medical Dictionary*, 28. ed., Elsevier health sciences, 1994.
31. Дракулевски Томе, Брзановић Живојин, Јауковић Светомир, Довијанић Предраг, *Коментар општег Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва и Општег закона о здравству*, Просвета, Београд, 1969.
32. Erceg Marijan *et. al.* (ur), *Hrvatski zdravstveno–statistički ljetopis za 2003. godinu*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2004.
33. Закић Д. Милорад, *Методологија научно-истраживачког рада: са посебним освртом на право и економију*, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука, 2000.
34. Zečević Dušan i sur., *Sudska medicina i deontologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2004.
35. Ивошевић Зоран и Ивошевић Милан, *Коментар Закона о радним односима*, Београд, Савремена администрација, Београд, 1997.
36. Игњатовић М. Борислав, *Професионални морал и кодекс адвокатске етике*, Графичар, Добој, 1979.
37. Јаковљевић Ђорђе, Грујић Вера, *Менаџмент у здравственим установама*, Европски центар за мир и развој (ЕЦПД), Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 1998.
38. Јашаревић Сенад, *Социјално право*, Универзитет у Новом Саду, Правни факултет, Нови Сад, 2010.
39. Jelčić Vera, *Socijalno pravo: prava u sistemu socijalnog osiguranja u SFRJ*, Informator, Zagreb, 1982.
40. Јовановић Љубиша, *Лекарска тајна – кривично правна разматрања*, Институт за упоредно право, Београд, 1959.
41. Јовановић Предраг, *Радно право*, Правни факултет Нови Сад, Нови Сад, 2012.
42. Јовановић Слободан, *Уставно право Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца*, Издавачка књижарница Геце Кона, Београд, 1924.

43. Јовичић Катарина, *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право, Синдикат лекара и фармацеута Србије, Београд, 2014.
44. Josipović Ivo, *Zakon o prekršajima – komentarske bilješke*, Narodne novine, Zagreb, 2002.
45. Јотановић Раденко, *Право на физички интегритет као основа других права личности*, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука, 2016.
46. Јотановић Раденко, *Право на физички интегритет личности у грађанском праву*, докторска дисертација, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука, 2012.
47. Klarić Petar, *Odštetno pravo*, Narodne novine, Zagreb, 2003.
48. Ковачевић Љубинка, *Правна субординација у радном односу и њене границе*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2013.
49. Кочовић Јелена, Хасан Ханић, Приватизација и перспективе осигурања у земљама у транзицији, савјетовање ...Врњачка бања, Универзитет у Београду, Економски факултет, Београд, 2003.
50. Кременовић Остоја, *Здравствено и еколошко законодавство*, Паневропски универзитет Апеирон, Факултет здравствене његе, Бања Лука, 2007.
51. Кулић Живко, *Радно право*, Мегатренд универзитет, Београд, 2006.
52. Лакичевић Душан, *Увод у социјалну политику*, Савремена администрација, Београд, 1980.
53. Last John, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, 2000.
54. Laufs Adolf, et al., *Handbuch des Artzrechts*, 3. Auflage, Verlag C.H. Beck, Munchen, 2002.
55. Letica Slaven, *Zdravstvena politika u doba krize*, Naprijed, Zagreb, 1989.
56. Letica Slaven, *Kriza i zdravstvo*, Stvarnost, Zagreb, 1984.
57. Лубарда А. Бранко, *Европско радно право*, ЦИД Подгорица, 2004.
58. Лубарда А. Бранко, *Увод у радно право са елементима социјалног права*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2013.
59. Максимовић Златко, et al., *Менаџмент у здравству*, Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, 2014.
60. Марић Јован, *Медицинска етика*, XIV допуњено и прерађено издање, Меграф, Београд, 2005.
61. Маслеша Недељко, ет ал. (ур.), *Појмовник европских интеграција*, Вијеће министара БиХ, Дирекција за европске интеграције, Сарајево, 2010.
62. Matulić Tonči, *Bioetika*, Glas Koncila, Zagreb, 2001.
63. Милаковић Недељко, *Радни однос стручних кадрова у здравству*, Магистарски рад, Универзитет у Бањој Луци, Правни факултет, Бања Лука, 1991.
64. Milinčić Vjekoslav, *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – ćudoredna raskrižja bioetike*, Pravni fakultet, Zagreb, 1996.
65. Миловановић Димитрије, *Медицинска етика*, IV измијењено и допуњено издање, Научна књига, Београд, 1992.
66. Милосављевић Милосав, *Социјална истраживања*, ЈП Службени гласник, Фондација Солидарност Србије, Београд, 2013.

67. Мирјанић Жељко, *Писање и доношење закона*, Правни факултет Универзитета у Бањој Луци, 2014.
68. Мирјанић Жељко, Савић Снежана, *Социјално право са основама права*, Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци, Бања Лука, 2003.
69. Мићовић Предраг, *Глосар дефиниција термина за планирање, организацију, управљање и руковођење здравственим системом*, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997.
70. Мићовић Предраг, *Менаџмент здравственог система*, Европски центар за мир и развој (ЕЦПД), Београд, 2000.
71. Мораит Бранко, *Облигационо право*, Comesgrafika, Бања Лука, 2010.
72. Мустафић Хаџи Јамила, Хасовић Мустафа, *Закон о здравственом осигурању са предговором и коментаром и Закон о здравственој заштити*, Заједница, Сарајево, 1998.
73. Мухић Недим, *Приручник о практичном провођењу инспекцијског надзора у Федерацији БиХ*, Федерална управа за инспекцијске послове, Сарајево, 2005.
74. Николић Мирослав, *Обратни речник српског језика*, Матица српска, Нови Сад, 2000.
75. Огризовић Добросав, *Економика осигурања*, ЗОИЛ, Сарајево, 1985.
76. Padovan Ivo ur., *Medicinski leksikon,* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Zagreb, 1992.
77. Пејаковић Самуило, *Судско медицинска експертиза и лекарска грешка пред друштвом и судом*, Научна књига, Београд, 1991.
78. Петровић Душан, Симић Радослав, *Медицинска етика и медицинско право*, ауторско издање, Крагујевац: МБ Линија, 2006.
79. Попић Момир, Туторић Душко, Алексић Чедо, Дракулић Мица, Максимовић Славко, Гњато Војислав, *Здравство и здравствено осигурање Републике Српске – збирка прописа*, Студио „ARS Medica“ за истраживање и развој здравства, Нови Београд, 1996.
80. Prava pacijenata, Hrvatska udruga za prava pacijenata, Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata, Split, 2009.
81. Радишић Јаков, *Медицинско право*, II издање, НОМОС, Београд, 2008.
82. Радишић Јаков, *Медицинско право*, Универзитет УНИОН, Правни факултет, Београд, 2004.
83. Радишић Јаков, *Одговорност због штете изазване лекарском грешком у лечењу и у обавештавању пацијента*, НОМОС, Београд, 2007.
84. Радишић Јаков*, Професионална одговорност медицинских посленика*, Институт друштвених наука - Центар за политиколошка истраживања и јавно мњење, Београд, 1986.
85. Радоловић Алдо, *Право личности као категорија грађанског права*, докторска дисертација, Загреб, 1985.
86. Ракић Северин, Антонић Даријана, *Основе здравственог менаџмента*, Паневропски универзитет Апеирон, Бања Лука, 2015.
87. Ракоњац Антић Татјана, *Пензијско и здравствено осигурање (друго издање)*, Економски факултет у Београду, Београд, 2010.

88. Рјечник српско-хрватског књижевног језика, Књига друга, Нови Сад - Загреб, 1967.
89. Ристић Јован, *Медицина и друштво*, Радничка штампа, Београд, 1975.
90. Родић Обрадовић Биљана (ур.), *Пакет права*, Фонд здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, 2011.
91. Садиковић Ћазим, *Европско право људских права*, Магистрат, Сарајево, 2003.
92. Салихбеговић Ехлимана, *Медицинска пракса и етичко питање*, Министарство здравства Кантона Сарајево, Сарајево, 2008.
93. Симовић Миодраг, Дмичић Миле, Устав Републике Српске – V издање, Народна скупштина Републике Српске, Вијеће народа Републике Српске, ЈП „Службени гласник Републике Српске“ Бања Лука, 2003.
94. Смајкић Ариф (ур.), *Здравље 21: оквир политике Здравље за све за европску регију Свјетске здравствене организације (СЗО)*, Свјетска здравствена организација, Завод за здравствену заштиту БиХ, Сарајево, 2000.
95. Стаматовић Миливоје, Јаковљевић Ђорђе, Легетић Бранка, Мартинов-Цвејин Мирјана, *Здравствена заштита и осигурање*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1997.
96. Стамболић Вук, *Друго лице медицине*, Књижевна заједница, Нови Сад 1989.
97. Тимотић Бранивоје, Анђелски Христо, *Здравствено законодавство*, Елит-Медица, Београд, 2004.
98. Тодорић Љубо, Људска права у универзалној декларацији о људским правима и европској конвенцији о људским правима, ФИНЕКС, д.о.о. Сарајево, 2004.
99. Требињац Мустафа, Садиковић Суад, Хасовић Мустафа, Агановић Нецив, *Приручник за примјену прописа из здравствене заштите*, Заједница, Сарајево, 1987.
100. Triva Siniša, Dika Mihajlo, *Građansko parnično procesno pravo. VII izmijenjeno i dopunjeno izdanje*, Narodne novine, Zagreb, 2004.
101. Ћирић Јован, Сепи Роберти, Шупут Дејан, *Здравствени закони*, Службени гласник, Београд, 2006.
102. Ulsenheimer Klaus, *Artzstrafrecht in der Praxis*, Heidelberg, 1988.
103. Učur Đ. Marinko, *Socijalno pravo*, Informator, Zagreb, 2000.
104. Франета Душка, *Људско достојанство као правна вредност*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2015.
105. Финжгар Алојзиј, *Права личности*, Службени лист, Београд, 1988.
106. Фулер Лон, *Моралност права, друго издање*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2011.
107. Forges Jean-Michel, *Le Droit de la sante*, Presses Universitaires de France, 2000.
108. Херцег Салих, Хусеинагић Сенад, *Како до здравствене заштите*, Приручник за остваривања права осигураних лица, Кантонални завод за јавно здравство, Зеница, 2008.
109. Honsell Heinrich (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, Schulthess Polygraphischer Verlag Zürich, 1994.
110. Horvatić Željko, Novoselec Petar, *Kazneno pravo – opći dio*, Informator, Zagreb, 2001.

111. Хусеинагић С., *Коментари здравствених закона*, Привредна штампа д.о.о., Сарајево, 2011.
112. Crnić Ivica, *Neimovinska šteta*, drugo izdanje, Organizator, Zagreb, 2006.
113. Šaračevic Tefko, Wood Judith, *Consolidation of Information. A Handbook of Evaluation, Restructuring and Repacking of Scientific and Tehnical Information,* United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, Paris, 1981.
114. Šegota Ivan, *Nova medicinska etika (bioetika)*, Medicinski fakultet, Rijeka, 2000.
115. Šeparović Zvonimir, *Granice rizika – etičkopravni pristupi medicini*, Informator, Zagreb, 1998.
116. Šercer Ante ur., *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4, Jugoslavenski leksikografski zavod Zagreb, 1969.
117. Шолак Здравко, *Финансирање здравствене заштите и право на здравље*, Институт за међународну политику и привреду, Београд, 2010.
118. Štifanić Mirko, Bošković Zvonko, *Prava pacijenata: vodič za kulturu poznavanja i poštovanja prava pacijenata*, Adamić, Rijeka, 2007.
119. Шундерић Боривоје, *Социјално право*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд, 2009.
120. Шчепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г., *Медицина и обшчество*, Москва, 1983.

Научни чланци:

1. Алексић Живојин, Чејовић Бора, „Кривично-правни осврт на оперативни захват и пристанак пацијента“, *Медицина Данас*, Београд, бр. 4/1967.
2. Антић Александар, „Радноправни статус узбуњивача – Међународни, компаративни и национални аспект“, *Правни живот*, Београд, бр. 11/2015.
3. Babić-Bosanac Sanja, Džakula Aleksandar, „Patients' Rights in the Republic of Croatia“, *European Journal of Health Law, vol.* 13, 2006.
4. Бартуловић Мирко, Право – достојанство – здравље – закон (Хрватска), Правни живот, Београд, бр. 9/2013.
5. Беванда М., Чолаковић М., „Право пацијента на обавијештеност и пристанак и правне посљедице лијечења без пристанка пацијента“, *Актуалности грађанског и трговачког законодавства и правне праксе*, Неум, 12 - 14. јун 2009.
6. Bogdanić Marina, „Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sistema“, *Bioetika i medicinsko pravo*, Zbornik radova 9. bioetičkog okruglog stola (BOSR9) Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009.
7. Bošković Zvonimir, „Zakon o zaštiti prava pacijenata: reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske“, *Hrvatska pravna revija*, 5/2005.
8. Bošković Zvonimir, „Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik“, *Informator*, Zagreb, br. 5046-5047, 2002.
9. Bošković Zvonimir, „Novi Zakon o lijekovima, temelj hrvatskog farmaceutskog prava“, *Pravo u gospodarstvu*, br. 1/2008.

10. Bošković Zvonimir, „Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje“, *Informator*, Zagreb, br. 5343, 2005.
11. Bošković Zvonimir, „Profesionalna liječnička tajna“, *Informator*, Zagreb, br. 5329, 2005.
12. Visković Nikola, „Bioetika i biomedicinsko pravo“, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 1-2/1995.
13. Водинелић Владимир, „Лично право као субјективно право и као грана права“, *Архив за правне и друштвене науке*, 3/1976.
14. Vörös Imre, „Европски споразум – правни основи за односе између ЕУ и средње и источне Европе“, *Правни живот*, Београд, бр. 12/1997.
15. Vukićević Slobodan, „Polivalentni stručnjaci vratit će vjeru u pravo i medicinu“, *Novi list HR* od 20. februara 2009.
16. Дабић Љубиша, „Коморе здравствених радника у Републици Србији“, *Правна ријеч*, Бања Лука, број 22/2010.
17. Dieter Hart, „Patients' Rights and Patients' Participation Individual and Collective Involvement: Partnership and Participation in Health Law“, Europen Journale of Healt Law vol. 11, 2004.
18. Донев Дончо, „Увођење дијагностичке сродне групе за плаћање болница и искуства Републике Македоније“, *Менаџмент здравствених институција*, Европски центар за мир и развој, Универзитет за мир Уједињених нација, Београд, 2013.
19. Драшкић Марија, „Права пацијената – крај патерналистичког концепта медицине“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1998.
20. Ђурђевић Ненад, „Медицинске интервенције и слобода вероисповести“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
21. Ђурђевић Ненад, „Одговорност за самоубиство пацијента за време стационарног болничког лечења“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1995.
22. Жарковић Јелена, „Здравствена заштита и здравствено осигурање у светлу хармонизације са правом ЕУ“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2005.
23. Живковић Боривоје, „Право на приватност запослених и видео надзор“, *Правни информатор*, Београд 6/2015.
24. Зборник радова *Здравствена политика и стратегија*, Интернационални конгрес „Здравље за све“, Бања Лука, Удружење Здравље за све, 2003.
25. Иванчић - Качер Бланка, „Хрватско медицинско право“, *Правни живот*, Београд, број 9/2009.
26. Иванчић-Качер Бланка, „Увод у трансплантацијско право“, *Правни живот*, Београд бр. 9/2010.
27. Ивовић Неда, „Допринос пацијента настанку или увећању штете“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2006.
28. Ивовић Неда, „Сагласност за експерименталне медицинске третмане“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2004.
29. Ивовић Неда, „Узрочна веза између љекарске грешке и штете“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2005.

30. Јаковац-Лозић Дијана, „Права дјетета као пацијента“, Зборник радова Актуалности грађанског и трговачког законодавства и правне праксе, Мостар, бр. 3/2005.
31. Јовичић Катарина, „Системи здравствене заштите и здравственог осигурања – упоредноправна анализа у европским земљама“, *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право Београд, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београд, Београд, 2014.
32. Кажић Томислав, „Медикализација у друштву и психијатрији“, Scripta medica, Бања Лука, 2010.
33. Kaleb Zorislav, Babić Tatjana, Roksandić Sunčana, „Osnove zdravstvenog prava*“, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 3-4/2006.
34. Кецман Љубомир, „Права пацијента и актуелна питања код нас“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
35. Кецман Љубомир, „Здравствена заштита и пацијентова права у нашој свакодневници“, Правни живот, Београд, бр. 9/2011.
36. Кецман Љубомир, „Јавна лекарска комора и медицинско правна заштита“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2000.
37. Кецман Љубомир, „Како остварити право пацијента на трансплантацију органа који су му потребни“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2012,
38. Кецман Љубомир, „Чекање на заказани преглед или лекарску интервенцију као околност са неповољним последицама“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2003.
39. Клајн-Татић Весна, „Правно-етички аспекти медицинских истраживања која укључују затворенике“, *Правни живот*, Београд, 9/2010.
40. Клајн-Татић Весна, „Дужност лечења пацијента у трајно вегетативном стању или у коми“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2003.
41. Клајн-Татић Весна, „Палијативно лечење у светлу правних разматрања“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2004.
42. Кларић Петар, „Одговорност за штете у медицини*“, Информатор*, Загреб, бр. 5016-17, 2002.
43. Kovačić Marija, „Prikaz zakona o zaštiti prava pacijenta“, Zbornik Aktualna pravna problematika u zdravstvu, 1. kongres pravnika u zdravstvu, Topusko, 2008.
44. Коштуница Војислав, „Општа декларација и социјално право“, *Југословенска ревија за међународно право*, Београд, број 1-2/1989.
45. Лакичевић Душан, „Социјално право“, *Социјална политика*, Београд, број 10/78,
46. Лале Радислав, „Дисциплинска одговорност запослених у свјетлу новог Закона о раду Републике Српске“, *Радно и социјално право*, Часопис за теорију и праксу радног и социјалног права, Београд, 2/2016.
47. Лацковић Маја, „Положај лијечничких комора у ЕУ – њихове самоуправе и самосталности“, Лијечничке новине, Гласило Хрватске лијечничка коморе, број 142/2015.
48. Лепир Љубо, „Процјена потреба за даљу професионализацију НВО-а и стандардизацију њихових услуга“, *Јачање професионалних капацитета невладиних организација, Независни биро за хуманитарна питања – IBHI*, Сарајево, 2009.

49. Лубарда Бранко, „Посебна заштита запосленог узбуњивача – Европско, упоредно и домаће право и пракса“, *Правни живот*, Београд, 11/2011.
50. Малетић Драгана, „Самолечење“, *Правни живот*, Београд, број 9/2008.
51. Малетић Драгана, „Поштовање принципа аутонимије воље пацијента у лечењу затвореника“, Правни живот, Београд, бр. 9/2010.
52. Малетић Драгана, „Професионална слобода лекара“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2011.
53. Марић Борислав, Радоман Миленко, „Здравствена заштита осуђених лица“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2000.
54. Марић Јован, „Етичка дилема недобровољног лечења алкохоличара и наркомана“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1997.
55. Марјановић Весна, „Добровољно здравствено осигурање“, *Приватизација и перспективе осигурања у земљама у транзицији,* Економски факултет Београд, 2003.
56. Марковић Милан, „Право на највиши достижни стандард здравља“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
57. Марчетић Драгана, „Лекарска грешка – терет доказивања у парничном поступку“, *Српска правна мисао*, Бања Лука, бр. 44/2011.
58. Марчетић Драгана, „Карактеристика поступка за накнаду штете настале лекарском грешком“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2012.
59. Матијевић Берислав, „Право на тјелесни интегритет и обавезна пружања здравствене услуге“, *Хрватска правна ревија*, бр. 9/2008.
60. Медић Душко, „Прилог расправи о концепту нематеријалне штете у Републици Српској де леге ференда“, *Годишњак Правног факултета Универзитета у Бањој Луци*, 35/2013.
61. Minigo Hrvoje, intervju dat Liječničkim novinama, Glasilo Hrvatske liječničke komore, broj 139, 15.5.2015, str. 15, dostupno na: https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/lnpdf/2015/LN-139-za-web.pdf
62. Мирјанић Жељко, „Значај социјалног дијалога у процесу усклађивања домаћег права са правом Европске уније“, *Зборник радова Правног факултета у Нишу,* бр. 68/2014, Ниш, 2014.
63. Мирјанић Жељко, “Role of social partners in protecting an employed whistleblower as an element of social development“, *Building Resilient Society,* 18th International Scientific Conference on Economic and Social Development, стр. 791-799, Загреб 2016; доступно и на интернет страници (Thomson Reuters SCI): http://www.esd-conference.com/upload/book_of_proceedings/Book_of_Proceedings_Zagreb_2016_Online.pdf
64. Мирјанић Жељко, Чошабић Јасна „Protection of whistleblower`s employment status“, *The Legal Challenges of Modern World,* 16th International Scientific Conference on Economic and Social Development, стр. 97-107, Сплит 2016; доступно и на интернет страници (Thomson Reuters SCI): http://www.esd-conference.com/upload/book_of_proceedings/esd_Book_of_Proceedings_Split_2016_Online.pdf

65. Мујовић-Зорнић Хајрија, Сјенчић Марта, „Кодекс љекарске етике као израз сталешке саморегулативе у медицини“, *Правни информатор,* 6/2003.
66. Мујовић-Зорнић Хајрија, „Пацијентова права – универзалност и европски концепт“, *Зборник радова Актуалности грађанског и трговачког законодавства и правне праксе*, Неум, 3/2005.
67. Мујовић-Зорнић Хајрија, „Правни проблеми клиничког испитивања лекова“, *Правни живот,* Београд, 9/1997.
68. Мујовић-Зорнић Хајрија, *„*Право као гарант вршења медицине*“, Билтен Југословенског удружења за медицинско право*, 1/2001.
69. Мујовић-Зорнић Хајрија, „Уговор о медицинском третману“, *Страни правни живот,* Београд, 1-3/2001.
70. Мујовић-Зорнић Хајрија, Клајн-Татић Весна, Радишић Јаков, Сјеничић Марта, Марковић Милан, Јовић Олга. Пацијентова права у систему здравства, Институт друштвених наука Београд, Београд, 2010.
71. Мујовић-Зорнић Хајрија, Миленковић Марко, „Пацијентова права кроз законодавне реформа“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2013.
72. Мујовић-Зорнић Хајрија, Петровић Здравко, „Одговорност здравствених установа за штете као последице лечења“, *Војно-санитетски преглед*, часопис лекара и фармацеута Војске Србије, Београд, вол. 69, бр. 8/2012.
73. Мујовић-Зорнић Хајрија, „Правни проблеми клиничког испитивања лијекова“, *Правни живот*, Београд, 9/1997.
74. Мујовић-Зорнић Хајрија, „Уговор о медицинском третману“, *Страни правни живот*, Београд, 1-3/2001.
75. Насић Милан, „Како од закона до праксе“, *Пацијент данас,* Ријека, 2004.
76. Никић – Совиљ Љиљана, „Заштита права пацијената у здравственом систему Србије и земљама Европе*“, Правни живот,* Београд, бр. 9/2005.
77. Никић-Совиљ Љиљана, „Заштитник пацијентових права у здравству Србије“, *Правни живот,* Београд, бр. 9/2003.
78. Никић-Совиљ Љиљана, „Права пацијента на услуге хитне медицинске помоћи“, *Правни живот,* Београд, бр. 9/2008.
79. Никић-Совиљ Љиљана, „Пацијенти и њихова права у новој законској регулативи Србије“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2006.
80. Николић Крсто, „Право на прогнозу болести“, *Правни живот,* Београд, бр. 9/2002.
81. Николић Крсто, „Кривично-правна одговорност љекара због неуредног вођења медицинске документације“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1998.
82. Перовић Слободан, „Право и достојанство човјека“, *Правни живот,* Београд, бр. 3-4/2006.
83. Петровић Здравко, „Накнада нематеријалне штете због повреде права личности“, *Војна књига*, Београд 1996.
84. Петровић М. Здравко, „Еутаназија и право на живот“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1995.
85. Петровић-Шкеро Вида, „Лекарска тајна и вештачење“, *Свет рада*, вол. 1, 4/2004,

86. Поповић Витомир, „Институције омбудсмана у заштити људских права“, *Правни живот,* Београд, бр. 12/2005.
87. Proso Maja, „Neka pravna pitanja informiranog pristanka u Hrvatskoj legislativi i praksi*“, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 2/2006.
88. Радишић Јаков, „Лекар и пацијент као уговорни партнери“, *Правни живот*, Београд, бр. 11-12/1993.
89. Радишић Јаков, „Медицински стандард и одговорност лекара“, *Правни живот* Београд, бр. 9/2008.
90. Радишић Јаков, „Медицинско право у свету и код нас“, *Правни информатор*, Београд, 9/2002.
91. Радишић Јаков, „Непристајање на лијечење дјеце из вјерских побуда“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2001.
92. Радоловић Алдо, „Права личности у грађанском праву Хрватске“, *Владавина права*, бр. 1/1998.
93. Радоловић Алдо, „Субјективна неимовинска права у грађанском праву“, *Зборник правног факултета Свеучилишта у Ријеци*, бр. 4/1983.
94. Радоловић Алдо, „Право особности у новом Закону у обавезним односима“, *Зборник Правног факултета Свеучилишта у Ријеци*, вол. 27, 1/2006.
95. Раковић Мирко, Раковић Ђорђе, „Љекарска грешка и одговорност“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
96. Rynning Elisabeth, „The Ageing Populations of Europe - Implications for Health Systems and Patients' Rights“, Journale of Healt Law vol. 15, 2008.
97. Roksandić Sunčana, „Pravna priroda odnosa između davatelja i korisnika zdravstvenih usluga“, *Liječničke novine,* Zagreb, br. 26/2004.
98. Roksandić Sunčana, Babić Tatjana, Budić Nikolina,“Legal Classification of Relations tbw Doctors nad Patients in Republic of Croatia“, *International Congress on Medical law, book of proceedings*, Seoul, Koreja, 2005.
99. Ромштајн Иван, „Накнада нематеријалне штете за физичке болове“, *Правни живот,* Београд, бр. 3/1988.
100. Roscam Abling Henriette, „Rights of Patients in the European Context, Ten Years and After“, *European Journale of Health Law* vol. 11, 2004.
101. Rušinović - Sunara Đula, „Prava pacijenata i partnerski odnosi u sustavu zdravstva“, *Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata,* Zdravstveno sveleučilište, Opatija, 2006,
102. Sándor, J. , „Data protection in Health Care, Beyond Biomedical Use“, *Frontiers of European Healt Low*: *yearbook 2002*, Erasmus University, Rotterdam, 2003.
103. Сјеничић Марта, „Основни принципи медицинске етике“, *Правни живот*, Београд, 9/2005.
104. Сјеничић Марта, Драгана Марчетић, „Дужности пацијента – европски и англосаксонски правни систем“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2014.
105. Сјеничић Марта, „Медицински третман и потребан степен пажње“, *Српска правна мисао*, Часопис правног факултета Универзитета у Бања Луци, бр. 1-4/2004 - 2005.

106. Сјеничић Марта, „Механизми плаћања пружаоца здравствених услуга“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2006.
107. Сјеничић Марта, „Накнада штете настале инфекцијом ХИВ – вирусом“, *Српска правна мисао*, Правни факултет Бања Лука, бр. 1-4/2003.
108. Сјеничић Марта, „Новије промене у правној регулативи Републике Србије у области здравства“, *Српска правна мисао*, Правни факултет Бања Лука, бр. 44/2011.
109. Сјеничић Марта, „Одговорност због дијагностичких грешака“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2004.
110. Сјеничић Марта, „Палијативна нега и њен правни оквир“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2010.
111. Сјеничић Марта, „Правна питања увођења електронске здравствене документације у Србији“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
112. Сјеничић Марта, „Правни аспекти трансформисања медицине из реактивне у проспективну – П4 – медицину“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2011.
113. Славнић Јован, „Уговор о добровољном здравственом осигурању као предмет законског регулисања: прилог расправи о регулисању уговора о осигурању у новом Грађанском законику Србије“, *Европске реформе у праву осигурања Србије,* зборник радова, Палић, 2010.
114. Стојановић Ивана, „Лекарска грешка и обавезна патолошка обдукција“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
115. Стојановић Ивана, „Право и дужност утврђивања узрока смрти пацијента“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2008.
116. Стојановић Ивана, „Право на увид у медицинску документацију“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2011.
117. Стојановић Ивана, „Право пацијента на друго мишљење“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2012.
118. Стојановић Ивана, „Пристанак на лијечење и лијечење без пристанка“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2014.
119. Суџум Рајко, „Право на здравље и одговорност лекара“, *Радни односи и управљање*, Шабац – Београд, бр. 11/2002.
120. Томашић Љиљана, „Осврт на проблеме, са препорукама за унапређење и развој здравственог система Републике Србије*“, Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право Београд, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београд, Београд, 2014.
121. Турковић К., „Право пацијента на суодлучивање према Закону о заштити права пацијената“, *Рад у Зборнику Медицина и право – содобне дилема*, Марибор, 2006.
122. Ћирић Јован, „Живот, здравље и правда“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
123. Ћирић Јован, „Несавесно лечење болесника“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1995.
124. Fallberg Lars, „Patients Rights in the Nordic Countries“, *European Journal of Health Law*, vol. 7, 2000.
125. Цврцић Рената, „Пословна, професионална и службена тајна“, *Право и порези*, 9/2006.

126. Crnić Ivica, „Pristanak pacijenta kao pravna pretpostavka dopuštenosti liječenja“, *Informator,* Zagreb, br. 5737, Zagreb 2009.
127. Чејовић Бора, „Трансплантација делова људског тела и право на живот“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/1995.
128. Čizmić Jozo, “Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji*“, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,* Vol. 30, 1/2009.
129. Čizmić Jozo, „Ovlašteno i neovlašteno otkrivanje podataka zaštićenih liječničkom tajnom“, *Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse*, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Centar za cjeloživotno obrazovanje i Centar za medicinsko pravo, Novalja-Split, 2009.
130. Čizmić Jozo, „Pravo pacijenta na obaviještenost s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta“, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Rijeka, 2008.
131. Чукић Драгана, „Право на медицинску истину преко медицинске документације“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2002.
132. Шантрић Јелена, „Право на живот и обавеза указивања лекарске помоћи“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2009.
133. Šegota Ivan, „Van Reussealer Potter II – „otac“ bioetike“, *Bioetički svesci*, br. 6 Medicinski fakultet Rijeka, 1999.
134. Шкрбић Ранко, Лолић Амела, Марковић-Пековић Ванда, Лепир Љубо, Латиновић Милан, Милаковић Недељко, Политика унапређења здравља становништва Републике Српске до 2020. године, Академија наука и умјетности Републике Српске, Научни скупови, књига XXIII, Одјељење друштвених наука, књига XXVII, Бања Лука, 2012.
135. Шолак Здравко, „Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања“, *Правни живот*, Београд, бр. 12/2009.
136. Шолак Здравко, „Развојне перспективе тржишта приватног здравственог осигурања“, *Европске реформе у праву осигурања Србије*, Зборник радова, Палић, 2010.
137. Шолак Здравко, „Право на здравствену заштиту и здравствене реформе“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2003.
138. Шолак Здравко, „Промоција права на здравствену заштиту“, *Правни живот*, Београд, бр. 9/2004.
139. Štulhofer Mladen, „Medicina i čovjek“, Liječničke novine, Zagreb, 13/02.
140. Шундерић Боривоје, „Тезе о економском и социјалном праву“, *Радно и социјално право*, бр. 1-3/2003.

Правни извори:

1. Устав Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр. 21/92, 28/94, 8/96, 13/96, 15/96, 16/96, 21/96, 21/02, 26/02, 30/02, 31/03, 98/03.
2. Кривични закон, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 49/03.
3. Закон о апотекарској дјелатности, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 119/08, 01/12.

4. Закон о бесплатној правној помоћи, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 120/08, 89/13 и 63/14.
5. Закон о Влади Републике Српске, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 118/08.
6. Закон о доприносима, „Службени гласник Републике Српске, бр. 116/12.
7. Закон о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/07.
8. Закон о заштити становништва од заразних болести, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/10.
9. Закон о заштити од нејонизујућег зрачења, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 02/05.
10. Закон о заштити лица која пријављују корупцију у институцијама БиХ, „Службени гласник БиХ“ бр. 100/13.
11. Закон о заштити лица која пријављују корупцију у Републици Српској, („Службени гласник Републике Српске, бр. 62/17).
12. Закон о заштити лица са менталним поремећајима, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 46/04.
13. Закон о заштити животне средине, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/02,109/05, 28/07.
14. Закон о заштити личних података, „Службени гласник БиХ“, бр. 49/06, 76/11 и 89/11.
15. Закон о заштити узбуњивача у Републици Србији, „Службени гласник РС“, бр. 128/14.
16. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09, 44/15).
17. Закон о здравственој заштити Републике Србије, „Службени гласник Републике Србије“, бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13, 93/14, 96/15 i 106/15.
18. Закон о здравственој заштити Федерације БиХ, „Службене новине Федерације БиХ“, бр: 46/10.
19. Закон о здравственој заштити Републике Црне Горе, „Службени лист Републике Црне Горе“, бр. 39/04 и 14/10.
20. Закон о здравственој заштити Републике Хрватске, „Народне новине Републике Хрватске“, бр. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, - ОУСРХ 70/12, 144/12 и 82/13.
21. Закон о здравственој заштити, „Народне новине“ Хрватске, бр. 121/03, 48/05.
22. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09.

23. Закон о здравственом осигурању, "Службене новине Федерације БиХ", бр. 30/97, 7/02 и 70/08) у 48/11.

24. Закон о здравственом осигурању, "Службени гласник Републике Србије", бр. 107/2005, 109/2005.

25. Закон о здравственом осигурању, "Службени лист Црне Горе", бр. 006/16.

26. Закон о обвезном здравственом осигурању, "Народне новине Републике Хрватске" бр. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11 и 22/12.

27. Закон о здравственим коморама, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 35/03.

28. Закон о заштити права пацијената, Република Хрватска, „Народне новине“, бр. 169/04.

29. Закон о инспекцијама у Републици Српској, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 74/10, 109/12, 117/12.

30. Закон о кривичном поступку, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 100/09.

31. Закон о облигационим односима (Републике Србије), "Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89, "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93 и "Сл. лист СЦГ", бр. 1/2003 - Уставна повеља.

32. Закон о облигационим односима, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 17/93, 03/96.

33. Закон о облигационим односима Федерације Босне и Херцеговине, „Службени лист СФРЈ“ бр. 29/78, 39/85, 45/89, 57/89; „Службени лист Р БиХ“ бр. 2/92, 13/93, 13/94.

34. Закон о облигационим односима, „Службени лист БиХ“, бр. 13/93, 13/94.

35. Закон о омбудсману за људска права БиХ, „Службени гласник БиХ, бр. 32/00, 19/02, 35/04, 32/06, 38/06.

36. Zakon o pacientovih pravicah, „Uradni list Republike Slovenije“, br. 15/2008.

37. Закон о правима пацијената, „Службени лист Републике Црне Горе“, br. 40/2010.

38. Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената, „Службене новине Федерације БиХ“, бр. 40/10.

39. Закон о правима пацијената, „Службени гласник Републике Србије“, бр. 45/13.

40. Закон о пореском поступку, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/11, 108//11, 67/13, 31/14, 44/16.

41. Закон о прекршајима, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 34/06, 1/09, 29/10, 109/11 и 63/14.

42. Закон о раду, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 1/16.

43. Закон о републичкој управи, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 118/08, 11/09, 74/10, 85/10, 24/12, 37/12, 121/12.

44. Закон о систему јавних служби, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 68/07, 109/12.

45. Закон о слободи приступа информацијама, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 20/01.

46. Закон о штрајку, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 111/08.

47. Закон о удружењима и фондацијама, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 52/01, 42/05.

48. Правилник о заштити права осигураних лица, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 26/11, 21/14.

49. Правилник о условима за почетак рада здравствене установе („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/17).

50. Правилник о клиничком испитивању лијека и медицинског средства, „Службени гласник БиХ“, бр. 04/10.

51. Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту, „Службени гласник Републике Српске, бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12, 28/16 и 83/16).

52. Правилник о праву на здравствену заштиту изван Републике Српске, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 68/11, 72/12.

53. Правилник о регистрацији у јединствени систем регистрације, контроле и наплате доприноса, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 110/09, 78/10.

54. Правилник о основама стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 18/11 и 83/11).

55. Правилник о утврђивању својства осигураног лица, матичној евиденцији и здравственој књижици, "Службени гласник Републике Српске РС", бр. 102/11, 40/12, 56/12, 72/13, 86/15).

56. Правилник о условима и начину регистрације и идентификације пореских обвезника, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 04/13.

57. Правилник о принципима, условима и критеријумима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 111/15 и 08/16.

58. Одлука о процедурама и поступку усклађивања законодавства БиХ са acquis-em, “Службени гласник БиХ“, бр. 44/03.

59. Посебан колективни уговор за запослене у области здравства, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 95/09.

60. Статут Фонда здравственог осигурања, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 06/04, 19/05, 63/08,64/09,105/09, 119/11, 113/14 и 30/16.

61. Kodeks medicinske etike i deontologije, „Narodne novine Republike Hrvatske“, br. 55/08.

Остали извори:

1. Анализа одрживости финансирања обавезног здравственог осигурања у Републици Српској у 2012. години са приједлогом мјера, број протокола Фонда: 01/002-5956-3-1/12 од 10.10.2012.

2. Актуелна питања здравства и даљи развој социјалистичких самоуправних односа у овој области, НИРО „Заједница“, Сарајево, 1979.

3. Актуелна правна проблематика у здравству, VII конгрес правника у здравству, Удруга правника у здравству, Вараждин, 2014.

4. ВССр, Рев-2714/92 од 08.04.1993.

5. ВСРХ Рев-6/2002-2 од 03.07.2003, ЗОО, чл. 154. став 1.

6. ВССр – Одјељење у Новом Саду, Гж-356/69 од 15.05.1969.

7. Виши трговински суд у Београду, број: Пж-8158/08 од 23.01.2009 – Домаћа страна судска пракса, бр. 37/2010.

8. Врховни суд БиХ, број Гж-60/88 од 16.03.1989 – Билтен ВС-БиХ, број 2/1989, одл. 69.

9. Врховни суд БиХ, број Рев - 191/88 од 26.01.1989 – Билтен ВС БиХ, бр. 2/1989, одл. 70.

10. ВССр, бр. Рев-2066/80 од 14.01.1981.

11. Водич кроз сертификацију и акредитацију за болнице, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске, Бања Лука, 2012.

12. Водич кроз сертификацију за домове здравља, Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите, Бања Лука, 2012.

13. Водич кроз здравствени систем и права из здравственог осигурања у Кантону Сарајево, Министарство здравства Кантона Сарајево, 2008.

14. Daly Mary (ур.), *Приступ социјалним правима у Европи*, Извјештај о приступу социјалним правима, усвојен од Европског комитета за социјалну кохезију на 8. састанку (28-30 мај 2002. године), Савјет Европе, 2003.,

15. Жупанијски суд у Вараждину, бр. Гж - 1027/08 – 2 од 10.06.2008 – Збирка судске праксе ЖС у Вараждину из области грађанског права бр. 10.

16. Закључак савјетовања бившег Савезног суда СФРЈ, бившег Врховног војног суда СФРЈ, те бивших врховних судова република и аутономних покрајина, одржаног 15.

и 16. октобра 1986. у Љубљани, Преглед судске праксе, прилог наше законитости, број 33/104.

17. Здравље 21 – здравље за све у XXI вијеку, СЗО регионални уред за Европу, Копенхаген, Завод за здравствену заштиту БиХ, Сарајево, 2000.
18. Здравље у свим политикама југоисточне Европе, Извјештај са III форума министара здравља, Бања Лука, 13. и 14. октобар 2011, Регионална канцеларија СЗО за Европу.
19. Здравље 2020: Европски оквир политике који подржава акције свих нивоа власти и друштва за здравље и благостање, Регионални комитет за Европу, 62. засједање, Малта, 10-13. септембар 2012.
20. ЈЗУ Институт за јавно здравство, Центар за здравствени менаџмент, наставни модул „Управљање квалитетом здравствене заштите“, Бања Лука, 2013.
21. Пресуда Врховног суда Србије, Рев. 4129/93 од 22.12.1993.
22. Политика унапређења раног раста и развоја дјеце у Републици Српској, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 37/11.
23. Политика унапређења исхране дјеце до пет година живота у Републици Српској, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 14/12;
24. Политика здравља младих Републике Српске за период од 2008. до 2012. године, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 44/08.
25. Политика менталног здравља, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 112/05.
26. Политика унапређивања квалитета и сигурности здравствене заштите у Републици Српској до 2010. године, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 34/07.
27. Политика унапређења здравља становништва Републике Српске до 2020.

    Одлука Владе Републике Српске, „Службени гласник Републике Српске“ бр: 92/12.
28. Политичка декларација из Риа о социјалним детерминантама здравља, World Conference on Social Determinants of Health, held in Rio de Janeiro, Brazil on 19 – 21. October 2011.
29. Програм здравствене политике и стратегије за здравље у Републици Српској до 2010. године, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 56/02.
30. Програм откривања и сузбијања фактора ризика кардиоваскуларних и малигних болести и других масовних незаразних болести и раног откривања тих болести, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 10/02.
31. Програм за ријетке болести у Републици Српској 2015-2020, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2015.
32. Стратегија борбе против корупције, „Службени гласник Републике Српске“ бр. 25/14.
33. Стратегија превенције и контроле незаразних болести, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 23/03.

34. Стратегија примарне здравствене заштите, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 72/06.
35. Стратегија за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у Републици Српској, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 72/07.
36. Стратегија здравља младих Републике Српске 2009-2014, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 55/09.
37. Стратегија развоја е-Здравства Републике Српске, „Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/09.
38. Упутство о начину и поступку рефундације трошкова коришћења здравствене заштите осигураника и осигураних лица и рефундације накнаде плате за вријеме привремене неспособности за рад осигураницима Фонда здравственог осигурања Републике Српске, „Службени гласник Републике Српске“, бр: 81/09 и 105/09.
39. WHO/EURO, 1972. Higher Education in Nursing: Report on a Symposium, The Hague, Document EURO 4408, p. 4.
40. Истраживање здравља становништва Републике Српске, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Бања Лука, 2011.

Интернет извори:

1. http://eur-lex.europa.eu/homepage.html
2. http://www.un.org/
3. http://www.who.int/en/
4. http://www.coe.int/sr/web/portal/home
5. https://www.iaea.org/
6. http://www.wma.net/en/40news/20archives/1998/1998_06/
7. http://www.unicef.org/bih/ba/overview_15931.html
8. http://www.mcp.gov.ba/search/Default.aspx?q=sporazum+o+socijalnom+osiguranju&searchDepth=0&selectedCategory=0&contentType=0&langTag=bs-BA&template_id=109&pageIndex=1
9. http://wafml.memberlodge.org/
10. http://www.wma.net/en/10home/index.html
11. http://www.narodnaskupstinars.net/sites/default/files/upload/dokumenti/ustav/cir/ustav_republike_srpske.pdf
12. http://www.paragraflex.com/rsba/propisi-republike-srpske/ustav_republike_srpske.html
13. https://search.socialhistory.org/
14. http://www.who.int/whr/2002/en/

15. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
16. http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2011/10/global-commitment-to-addressing-social-determinants-of-health
17. http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2011/10/global-commitment-to-addressing-social-determinants-of-health
18. http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being
19. http://www.podaci.net/_zakon_bih/propis/pravilnik_o_registraciji/p-rjsrkn03v09b0-1078.html
20. http://activecitizenship.net/
21. http://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo/about-us.html
22. http://www.activecitizenship.net/
23. http://www.pravapacijenata.ba/evropska-p-ovelja-o-pravima-pacijenata/
24. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte-gesundheitssystem.html
25. https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138
26. https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285
27. https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597
28. http://www.akaz.ba/Fokus/Prava/Prava.htm
29. www.pravonazdravlje.com/documents/dokumenta/imate_pravo_rimska_povelja.pdf
30. http://anablasko.blogspot.ba/2012/05/asimetricne-informacije.html
31. https://www.zdravstvo-srpske.org/pretraga/dokumenta/1.html
32. http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164
33. http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html
34. http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html
35. http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html

36. http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html
37. http://hrcak.srce.hr/11452
38. http://www.almbih.gov.ba/
39. http://zakon.poslovna.hr/public/Konvencija-o-zastiti-ljudskih-prava-i-dostojanstva-ljudskog-bica-u-pogledu-primjene-biologije-i-medicine-u-vezi-presadivanja-organa-i-tkiva-ljudskog-porijekla/243337/zakoni.aspx
40. https://www.google.ba/search?q=Op%C5%A1ta+deklaracija+o+bioetici+i+ljudskim+pravima+%282005%29+&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gws_rd=cr&ei=hIJaV-3UL8nYU7j4j4gK
41. http://www.komoradoktorars.org/v3/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/kodeks-etike-deontologije.html
42. https://www.zdravstvo-srpske.org/
43. http://www.ombudsmen.gov.ba/Default.aspx?id=0&lang=SR
44. http://www.ombudsmen.gov.ba/Dokumenti.aspx?id=27&tip=1&lang=BS
45. http://www.komoradoktorars.org/v3/sr/2011-01-22-22-55-10/ostala-akta/pravilnik-disc-odgovornosti.html
46. http://komorastomatologa.com/
47. http://komorastomatologa.com/dokumenti/pravilnik.o.disciplinskoj.odgovornosti.pdf
48. http://www.farmaceutska-komora.org/
49. http://www.cpme.eu/
50. http://www.inspektorat.vladars.net/
51. http://www.drustvodoktorars.org/
52. http://specijalistastomatolog.com/
53. http://www.farmaceutskodrustvo.org/
54. http://umsit-bl.com/
55. http://www.drustvodoktorars.org/o-drustvu/udruzenja-i-sekcije/
56. http: //specijalistastomatolog.com/
57. http: //www.farmaceutskodrustvo.org/
58. http: //umsit-bl.com/
59. http://www.komoradoktorars.org/v3/
60. www2.banjaluka.rs.ba/static/uploads/kategorije1/zivot...//Spisak_NVO-XI_2012.pdf
61. http://www.who.int/health-accounts/documentation/SHA1.0/en/
62. http://www.rzs.rs.ba/front/article/1885/

63. http://www.who.int/health-accounts/en/
64. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/activities/national-health-accounts-estimates-of-national-health-expenditures
65. https://velikirecnik.com/2017/01/06/nacelo/
66. http://www.gsr-rs.org/
67. http://www.narodnaskupstinars.net