

OSNOVE ZDRAVSTVENOG PRAVA

AUTORI:

Akademik prof. dr. Nedeljko Stanković

Doc. dr. Dženeta Hadžić

Doc. dr. Albina Fazlović

RECENZENTI:

Akademik prof. dr. Branko Vučković, redovni profesor, sudija i predsjednik Osnovnog suda u Kotoru – Crna Gora

Akademik prof. dr. Vesna Vučković, redovni profesor, sudija Vrhovnog suda Crne Gore

Prof. dr. Dragan Bataveljić, redovni profesor Pravnog fakulteta Univerziteta u Kragujevcu

IZDAVAČ:

EVROPSKI UNIVERZITET „KALLOS“ TUZLA

035-299-091 <http://www.eukallos.edu.ba/>

ZA IZDAVAČA:

Akademik prof. dr. Rudika Gmajnić

Odlukom Senata Evropskog univerziteta „Kallos“ Tuzla broj 02-1572-23/19 od 18.12.2019. godine udžbenik „Osnove zdravstvenog prava“, autora akademika prof. dr. Nedeljka Stankovića, doc. dr. Dženete Hadžić i doc. dr. Albine Fazlović prihvaćen je kao osnovna udžbenička literatura.

LEKTOR:

Doc. dr. Kojo Simić

PRIPREMA ZA ŠTAMPU I DIZAJN KORICA:

Mr. Smiljana Bijelović

ŠTAMPA:

Markos, Banja Luka

GODINA IZDANJA I ŠTAMPANJA:

2019.

TIRAŽ:

500

ISBN 978-9926-450-16-8

Nedeljko Stanković

Dženeta Hadžić

Albina Fazlović

OSNOVE ZDRAVSTVENOG PRAVA

EVROPSKI UNIVERZITET „KALLOS“ TUZLA

Tuzla, 2019.

Sadržaj

PREDGOVOR.....	7
DIO PRVI: TEORIJSKO-METODOLOŠKI PRISTUP	14
1. POJAM I OSNOVNE KARAKTERISTIKE ZDRAVSTVENOG PRAVA	17
2. PREDMET, ZADATAK I METOD ZDRAVSTVENOG PRAVA.....	18
3. ULOGA I ZNAČAJ ZDRAVSTVENOG PRAVA.....	19
4. ODNOS ZDRAVSTVENOG PREMA DRUGIM GRANAMA PRAVA	
20	
4.1. Odnos zdravstvenog i ustavnog prava.....	21
4.2. Odnos zdravstvenog i krivičnog prava	21
4.3. Odnos zdravstvenog i građanskog prava	22
4.4. Odnos zdravstvenog i radnog prava	22
4.5. Odnos zdravstvenog i socijalnog prava.....	23
5. ISTORIJSKI RAZVOJ ZDRAVSTVENOG PRAVA.....	23
6. IZVORI ZDRAVSTVENOG PRAVA.....	26
6.1. Ustav.....	27
6.2. Zakoni.....	28
6.3. Podzakonski akti.....	31
6.4. Međunarodni izvori zdravstvenog prava	31
7. MEĐUNARODNO I EVROPSKO ZDRAVSTVENO PRAVO	33
DIO DRUGI: ZDRAVSTVENI RADNICI I PACIJENTI.....	37
1. DEFINISANJE POJMA ZDRAVSTVENIH RADNIKA.....	39
2. PRAVA I ODGOVORNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA	40
2.1. Prava zdravstvenih radnika.....	40
2.2. Odgovornost zdravstvenih radnika.....	50
3. DEFINISANJE POJMA PACIJENTA.....	76
4. PRAVA I OBAVEZE PACIJENATA	79

4.1.	Prava pacijenata.....	79
4.2.	Obaveze pacijenata	90
DIO TREĆI: LJUDSKA PRAVA I SLOBODE U USTAVNOM SISTEMU BOSNE I HERCEGOVINE		93
1.	UVOD	95
2.	LJUDSKA PRAVA I SLOBODE ZAGARANTOVANE USTAVOM BOSNE I HERCEGOVINE	96
2.1.	Pravo na život.....	97
2.2.	Pravo na zdravstvenu zaštitu	112
2.3.	Pravo na socijalnu zaštitu	115
2.4.	Sloboda religije.....	119
3.	MEHANIZMI ZA ZAŠТИTU PRAVA	121
4.	PRAVO I ETIKA U MEDICINI.....	122
4.1.	Presađivanje ljudskih dijelova tijela	125
4.2.	Profesionalna tajna	129
DIO ČETVRTI: ZDRAVSTVENA I SOCIJALNA ZAŠTITA U BIH		133
1.	ZDRAVSTVENO OSIGURANJE.....	135
1.1.	Međunarodni aspekt razvoja modela.....	139
2.	UREĐENOST ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U BOSNI I HERCEGOVINI.....	144
3.	OSTVARIVANJE I ZAŠTITA PRAVA ZAPOSLENIH PO OSNOVU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA.....	149
3.1.	Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u Federaciji BiH	152
3.2.	Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u RS	156
3.3.	Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u Brčko distriktu BiH	160
4.	OSTALI VIDOVI SOCIJALNOG OSIGURANJA	163
4.1.	Penzijsko i invalidsko osiguranje	163

4.2. Osiguranje privremeno nezaposlenih lica.....	167
DIO PETI: ZDRAVSTVENE USTANOVE.....	169
1. ISTORIJSKI RAZVOJ I POJAM ZDRAVSTVENIH USTANOVA..	171
2. ZDRAVSTVENE USTANOVE U BOSNI I HERCEGOVINI	172
3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA	175
4. PRESTANAK RADA ZDRAVSTVENIH USTANOVA	177
5. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA.....	177
5.1. Pojam medicinske dokumentacije	177
5.2. Svrha medicinske dokumentacije	178
5.3. Obaveza vođenja medicinske dokumentacije.....	179
5.4. Sadržaj i opseg dužnosti vođenja medicinske dokumentacije.....	179
5.5. Uredno vođenje medicinske dokumentacije.....	180
5.6. Pravo na uvid /pristup medicinskoj dokumentaciji	182
5.7. Pravo na povjerljivost.....	184
5.8. Pravo na privatnost	185
6. KOMORE.....	186
6.1. Članstvo u komorama.....	188
6.2. Organizacija i rad komore	189
7. NADZOR NAD RADOM ZDRAVSTVENIH USTANOVA	191
DIO ŠESTI: KORUPCIJA	193
1. KORUPCIJA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU BOSNE I HERCEGOVINE.....	195
LITERATURA.....	201
Bibliografske jedinice:	201
Pravni propisi:	204

PREDGOVOR

Ovo djelo nastalo je kao rezultat nastavka saradnje između koautora, a koji su prvu zajedničku saradnju ostvarili na izradi i odbrani doktorske disertacije koleginice doc. dr. Dženete Hadžić pod nazivom *Zaštita prava pacijenta u Bosni i Hercegovini sa posebnim osvrtom na građanskopravnu zaštitu i krivicu ljekara za počinjenu ljekarsku grešku*. Sa žaljenjem ističemo da koleginica Hadžić više nije među živima, kao i to da nije dočekala da ova knjiga ugleda svjetlost dana. S druge strane smo ponosni da se ovo djelo privelo kraju i da se posthumno objavljuje kako bi podsjećalo na lik i rad koleginice Hadžić, te je ovaj udžbenik i svojevrsna posveta našoj koleginici.

Udžbenik je rađen prema nastavnom planu i programu iz predmeta Zdravstveno pravo, a koji se izučava na Evropskom univerzitetu Brčko distrikt i Evropskom univerzitetu „Kallos“ Tuzla. Cilj autora je bio da štivo prilagodi studentima, kako bi što lakše savladali gradivo iz Zdravstvenog prava.

Svjesni da su se u ovom udžbeniku potkrale neke greške, bićemo iznimno zahvalni svima koji upute autorima primjedbe, kako bi se one u idućem dopunjrenom izdanju otklonile.

Nadamo se da će ova knjiga poslužiti, ne samo studentima u izučavanju materije zdravstvenog prava, nego i drugim licima koja se profesionalno bave zdravstvenom djelatnošću, kao i drugim praktičarima.

U Tuzli, 3. decembra 2019. godine

AUTORI

RECENZIJE

Rukopis ovog udžbenika predstavlja jednu cjelovitu obradu nastave iz predmeta Zdravstveno pravo, koje se u posljednjim godinama izučava kao samostalan predmet, pa se tako izučava i na Evropskom univerzitetu Brčko distrikt i Evropskom univerzitetu "Kallos" Tuzla i namijenjen je, prije svega, studentima osnovnih i specijalističkih studija, ali i svima onima koji se bave pravnom naukom.

Autori su svjesni da su u dosadašnjoj nastavnoj praksi udžbenici davali gotova znanja, rješenja iz određenih oblasti, aktivno participirajući u usvajanju novog znanja. Sadržaj koji prezentuju autori u udžbeniku su izazov za aktivnost studenata.

Poglavlja su struktuirana prema tematiki, u šest poglavlja – dijelova.

U prvom dijelu obrađen je teorijsko – metodološki pristup: pojam i osnovne karakteristike zdravstvenog prava; predmet, zadatak i metod; uloga i značaj zdravstvenog prava; odnos sa drugima granama prava; istorijski razvoj, izvori i regulisanje zdravstvenog prava u evropskom i međunarodnom pravu.

U drugom dijelu – zdravstveni radnici i pacijenti definisan je pojam zdravstvenog radnika, pacijenta, njihova prava i obaveze.

U trećem dijelu – obrađena su ljudska prava i slobode zagarantovane Ustavom Bosne i Hercegovine; mehanizmi za zaštitu tih prava i pravo i etika u medicini.

U četvrtom dijelu – ukazano je na zdravstvenu i socijalnu zaštitu u Bosni i Hercegovini; ostvarivanje i zaštitu prava zaposlenih po osnovu zdravstvenog osiguranja i na ostale vidove socijalnog osiguranja.

U petom dijelu – dat je razvoj zdravstvenih ustanova, posebno istorijski razvoj; organizacija zdravstvenih ustanova; prestanak rada; medicinska dokumentacija i uloga i značaj Komora.

U šetom dijelu – autori se bave problematikom korupcije i to u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine.

Na kraju, dat je popis korišćene literature i spisak pravnih propisa.

Imajući u vidu sadržaj ovog udžbenika, smatramo da će svojim karakteristikama podsticati i održavati zainteresovanost studenata za sadržaj koji se uči, aktivirajući sve njihove potencijale, kako intelektualne, tako i socijalne.

Autori ovog rukopisa uložili su mnogo vremena i truda da jedan ovako dubiozan problem osavremene, na zadovoljstvo, ne samo studenata, već i svih budućih čitalaca.

Ono predstavlja visokoprofesionalno i stručno djelo, dragocjen izvor informacija za sve one koji su zainteresovani za znanje iz ove oblasti, ali i za one koji ga pročitaju, da se više interesuju za ovu problematiku.

Danas se sve više nameće obaveza poznavanja zakonskih propisa koji se neposredno ili posredno tiču neke struke, a u ovoj publikaciji dat je popis tih zakonskih propisa, što nam omogućava brzo pronalaženje rješenja.

Ne možemo se otrgnuti potrebi da kažemo još nešto. Naime, autori akademik prof. dr Nedeljko Stanković i doc. dr Albina Fazlović, su u Predgovoru udžbenika naveli „ovo djelo nastalo je kao rezultat nastavka saradnje između koautora, a koji su prvu zajedničku saradnju ostvarili na izradi i odbrani doktorske disertacije koleginice doc. dr Dženete Hadžić, pod nazivom *Zaštita prava pacijenata u Bosni i Hercegovini sa posebnim osvrtom na gradjanskopravnu zaštitu i krivicu ljekara za počinjenu ljekarsku grešku*. Sa žaljenjem ističemo da koleginica Hadžić više nije među živima, kao i to da nije dočekala da ova knjiga ugleda svjetlost dana. S druge strane smo ponosni da se ovo djelo privelo kraju i da se posthumno objavljuje kako bi podsjećalo na lik i rad koleginice Hadžić, te je ovaj udžbenik svojevrsna posveta našoj koleginici“.

Ovo samo potvrđuje i preporučuje da, pored već navedene dobre sistematizacije ovog udžbenika, se isti učini dostupnim, ne samo studentima navedenih univerziteta, već i široj čitalačkoj publici.

U Kotoru, 22.12.2019. godine

Akademik prof. dr Branko Vučković

Akademik prof. dr Vesna Vučković

RECENZIJE

Pre nego što nešto više kažemo o vrednosti rukopisa ovog udžbenika, ukazaćemo na činjenicu da zdravstvo i zdravstvena zaštita građana, kao veoma značajan segment društvenog života, predstavljaju predmet posebne brige svakog društva. Zbog toga, u Bosni i Hercegovini, kao i u svim drugim državama, postoji čitav niz pravnih propisa koji se bave građansko-pravnom zaštitom, kao i krivicom lekara za počinjene lekarske greške. To je dosta detaljno obradila koleginica doc. dr Dženeta Hadžić u svojoj doktorskoj disertaciji, a kao rezultat njene saradnje sa akademikom prof. dr Nedeljkom Stankovićem i doc. dr Albinom Fazlović, nastalo je ovo delo pod nazivom "Osnove zdravstvenog prava". Ovo delo predstavlja veoma aktuelnu naučnu studiju, jer se tematika bazira na analizi savremenog zakonodavstva i predstavlja pravi podsticaj za dalja istraživanja, jer se u njoj, na kompetentan način, iznosi složena materija zakonodavstva u oblasti zdravstvene zaštite i ekološkog zakonodavstva, što je izuzetno značajno za očuvanje i zaštitu stanovništva svake države.

Koautori manifestuju, gotovo sve, značajne aspekte predmeta istraživanja, ukazujući na pojam, predmet, zadatak, metod, ulogu, značaj i osnovne karakteristike zdravstvenog prava, kao i odnos ove grane prava prema drugim granama prava - ustavnom, krivičnom, građanskom, radnom i socijalnom pravu. Pritom, jedan deo rukopisa prvog dela rada posvećen je izvorima zdravstvenog prava, kao što su ustav, zakoni, podzakonski akti i međunarodni ugovori, koje zaključi Bosna i Hercegovina, a potom te ugovore ratifikacijom implementira u svoj pravni sistem u formi zakona (tu spadaju brojne konvencije, deklaracije, rezolucije, pravila i dr.).

U udžbeniku je obrađeno međunarodno i evropsko zdravstveno pravo, pri čemu je data uporedna analiza sistema zdravstvene zaštite nekoliko najkarakterističnijih zemalja i ukazano na neophodnost harmonizacije propisa Bosne i Hercegovine sa propisima Evropske unije, odnosno, usklađivanje zakonodavstva BiH sa *Acquis communautaire*. To, svakako, predstavlja novi udžbenički trend u savremenom uporedno-zdravstvenom pravu, a imajući u vidu da studenti, danas, treba što više da razumeju

materiju koju izučavaju, a ne da je reprodukuju i uče napamet, smatramo da će, upravo, ponuđeni način obrade navedene materije i komentarisanja zdravstveno-pravnih rešenja, uporedo sa analizom iste materije drugih zemalja, koje imaju razvijenu teoriju i praksu i koje su izvršile veliki uticaj na razvoj u zemljama tranzicije, omogućiti sticanje i usvajanje novih znanja. To je posebno značajno za studente osnovnih i specijalističkih studija, kao i za sve zainteresovane, koji se u teoriji i praksi bave ovom teorijom.

Nesumnjivo se može konstatovati da su koautori, sa veoma dužnom pažnjom i potrebnim umećem, obradili sva značajnija pitanja iz predmetne oblasti, pa je, otuda, sasvim sigurno da će studenti i drugi korisnici ove knjige, pred sobom imati jedan izuzetan tekst. Naime, ovo delo će, po mnogo čemu, a pre svega po preciznosti i jasnoći izražavanja, pristupačnom stilu kazivanja i originalnom načinu objašnjavanja, analiziranja i komentarisanja obrađenih pojmoveva, odnosa i institucija, biti vrlo prepozнатljivo. Zbog toga smo ubedjeni da će se ova materija, koja je za mnoge suvoparna, teško razumljiva i ne uvek podjednako interesantna, čitati sa lakoćom i da će, otuda, vremenom postati veoma popularna među studentima (radi lakšeg pripremanja i uspešnijeg polaganja ispita), kao i među teoretičarima i praktičarima iz oblasti zdravstvenog prava.

Rukopis koji je pred nama predstavlja značajno delo koautora u njihovom naučnom opusu i veliki doprinos ostvarivanju nastavnog plana i programa iz predmeta "Zdravstveno pravo". Oni su svoje istraživanje usredsredili na objašnjavanje najvažnijih institucija i principa zdravstvene zaštite, prava i dužnosti pacijenata i zdravstvenih radnika, ukazivanje na ljudska prava i slobode zagarantovane Ustavom BiH, kao i na najvažnije mehanizme za njihovo ostvarivanje i zaštitu. Posebni delovi udžbenika su posvećeni zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti i različitim vidovima socijalnog osiguranja, zatim zdravstvenim ustanovama, nadzoru nad njihovim radom, medicinskoj dokumentaciji i komorama, kao i korupciji koja je prisutna u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine i neophodnosti njenog suzbijanja u okviru reforme sistema pružanja zdravstvene zaštite.

Imajući sve ovo u vidu, može se zaključiti da su koautori, na veoma primeren i izuzetno kompetentan način, obradili sva značajnija pitanja iz predmetne oblasti sa veoma različitim aspekata, trudeći se da ovu, izuzetno složenu i za mnoge teško razumljivu materiju, približe svakom čitaocu i učine je interesantnom za čitanje. Smatramo da će ovo delo, koje predstavlja sistematski prikaz ključnih pitanja zdravstvenog prava Bosne i Hercegovine, naći veoma široku primenu u naučnoj i stručnoj javnosti. Otuda, veoma toplo i sa izuzetnim zadovoljstvom, preporučujemo izdavanje ovog udžbenika, čiji su koautori akademik prof. dr Nedeljko Stanković, pokojna doc. dr Dženeta Hadžić i doc. dr Albina Fazlović.

Kragujevac,

24.12.2019. godine

Recenzent

prof. dr Dragan Bataveljić,

Redovni profesor Pravnog fakulteta

Univerziteta u Kragujevcu

DIO PRVI: TEORIJSKO-METODOLOŠKI PRISTUP

1. POJAM I OSNOVNE KARAKTERISTIKE ZDRAVSTVENOG PRAVA

Pravo i medicina imaju puno dodirnih tačaka, a u nekima se čak i poklapaju. Naime, kako pravo tako i medicina se staraju o životu i zdravlju ljudi, svako na svoj način.

Zdravstveno pravo je posebna grana prava koja se odnosi na zdravstvenu djelatnost. Na ovom području se susreću pravo i medicina i teže zajedničkom cilju, očuvanju najvrednijih dobara čovjeka, života, zdravlja, tijela i ljudskog dostojanstva, a koji ujedno i predstavljaju najveću vrijednost.

Zdravstveno pravo ili pravo zdravlja u objektivnom smislu podrazumijeva skup pravnih propisa koja uređuju zdravstvenu djelatnost, utvrđuju svojstva lica koja tu djelatnost obavljaju i njihov odnos prema korisnicima zdravstvenih usluga.¹ U literaturi u nauci a vezano za regulativu pojedinih oblasti iz područja zdravstva koristi se i pojam medicinsko pravo.

Međutim, pojam medicinskog prava je uži od pojma zdravstvenog prava, s obzirom da medicinsko pravo uređuje odnos između ljekara i pacijenta, a tek posredno uključuje druge zdravstvene radnike, pa se smatra da isto može predstavljati samo jednu od grana zdravstvenih prava, obzirom da ljekari ne pružaju samo zdravstvenu zaštitu.

Zdravstveno pravo ima tedenciju daljeg širenja s obzirom na to da zdravstvena djelatnost svakim danom postaje sve razvijenija, pa bi se zdravstveno pravo moglo definisati kao skup pravnih pravila kojima se reguliše sprovođenje i pružanje odgovarajuće potrebne, pravno priznate i neophodne zdravstvene zaštite, stručnim obavljanjem zdravstvene djelatnosti od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika.

Zdravstveno pravo može se sagledati u užem i širem smislu. Tako u užem smislu ono obuhvata skup pravnih pravila kojima se reguliše

¹N. Stanković, *Zdravstveno pravo*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, 2016, str. 3

sadržaj, način obavljanja, obim i struktura pružanja zdravstvene zaštite od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika, dok u širem smislu obuhvata skup pravnih pravila drugih grana prava kojima se regulišu i druga pitanja koja na posredan ili neposredan način nastaju u postupku pružanja zdravstvene zaštite.²

Imajući u vidu njegov naziv, zdravstveno pravo bi se moglo shvatiti kao isključivo pravo ljekara. Međutim, pošto je cilj ove grane prava i to da zaštitи prava pacijenata, prihvatljiviji naziv bio bi pacijentsko pravo, ali se ovaj naziv ne upotrebljava s obzirom da privileguje samo jednu stranu u dvostranom odnosu ljekara i pacijenta.³

2. PREDMET, ZADATAK I METOD ZDRAVSTVENOG PRAVA

Iako postoji stručna literatura koja mahom datira iz osamdesetih i devedesetih godina XX vijeka, medicinsko pravo svoju snažniju afirmaciju počinje ostvarivati početkom XXI vijeka, pošto se upravo tada počinju učestalije promatrati sve medicinske djelatnosti kroz prizmu prava. U javnosti su se pojavili slučajevi koji su morali biti pravno definisani, a posebno imajući u vidu njihov krivičnopravni aspekt. Kako bi se pravnici mogli što uspješnije nositi sa svime onime što donosi ova nova naučna disciplina, morali su poznavati temelje zdravstvenog prava.

Medicinsko pravo kod nas se tek razvija, dok je ono npr. u Sjedinjenim Američkim Državama dobro razvijeno. To se može dokazati kroz vrijedne tekstove skupine američkih ljekara koji raspravljaju o različitoj problematiki iz svog područja djelovanja.

Medicinsko pravo je skup pravnih pravila koja regulišu odnose na relaciji davalac-korisnik medicinskih usluga. Iz ove je definicije vidljivo

² T. Babić i S.Roksandić, *Osnove zdravstvenog prava*, Tipex, Zagreb, 2006, str. 19-21.

³ J. Radišić, *Medicinsko pravo*, drugo, prerađeno i dopunjeno izdanje, Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu, Nomos, Beograd, 2008, str. 29-33

da su medicinsko i zdravstveno pravo neraskidivo povezani, s tim da je zdravstveno pravo širi pojam od medicinskog prava i da medicinsko pravo predstavlja samo granu zdravstvenog prava. Da bi određeni bolesnik bio adekvatno zbrinut, on mora zatražiti i uslugu od davaoca medicinskih usluga.⁴

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti⁵ garantovano je da „svako lice ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa zdravlja“.

Pošto zdravstveno prava ima tendenciju širenja, kao što je naprijed navedeno, a i s obzirom da se širi zdravstvena djelatnost na način da postaje sve razvijenija, samim time pitanje problema koji proizilaze iz zdravstvene djelatnosti postaju brojniji. Predmet zdravstvenog prava u pravilu je vezan za tri subjekta, čovjeka i njegova osnovna ljudska prava, kao što je pravo na život, ljekara i druge zdravstvene radnike, te bolnice i druge zdravstvene ustanove u kojima korisnici – pacijenti ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu.⁶

3. ULOGA I ZNAČAJ ZDRAVSTVENOG PRAVA

Zdravstveno pravo obuhvata kompletну zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena djelatnost predstavlja organizovano pružanje zdravstvene zaštite kroz rad zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika u okviru zdravstvenih ustanova, odnosno privatne prakse saglasno stručno-medicinskoj doktrini i uz upotrebu zdravstvene tehnologije, a pod uslovima i na način propisan zakonom.⁷

⁴ S. Franjić, *Ishodišnji temelji medicinskog prava*, European Journal of Bioethics Vol. 3 No. 3, 2013, str. 857

⁵ Član 3 Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH („Službene novine Federacije BiH“, broj 46/10 i 75/13).

⁶ S. Bodnaruk, J. Čizmić, B. Hrabač, S. Huseinagić, *Komentari zdravstvenih zakona*, Privredna štampa Sarajevo, Sarajevo, 2011, str. 23.

⁷ Član 31 Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH.

Zdravstvena djelatnost se sprovodi kao primarna specijalističko-konsultativna i bolnička djelatnost, kao i djelatnost javnog zdravstva. U odnosu na raniji Zakon o zdravstvenoj zaštiti u sistem zdravstva je uvedena i alternativna medicina kao novina, ali pod uslovom da je izvedena od strane zdravstvenih radnika i u skladu sa zakonom.

Primarna zdravstvena zaštita bi trebala rješavati najveći dio zdravstvenih problema na način da ljekar primarne zdravstvene zaštite pruži pacijentu sveobuhvatnu zaštitu, a koja se sastoji od promotivnih, preventivnih, intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dok sekundarna zdravstvena djelatnost i bolnička zdravstvena djelatnost moraju biti dostupne pacijentima u mjestu njihovih prebivališta, gdje se može izvoditi i nastava i naučno-istraživačka djelatnost.

Specijalističko-konsultativna zdravstvena djelatnost osigurava podršku primarnoj zdravstvenoj ustanovi, dok bolnička zdravstvena djelatnost obuhvata dijagnostikovanje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenta.⁸ Uloga zdravstvenog prava u Bosni i Hercegovini je regulisana i Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta⁹ i Zakonom o liječništvu¹⁰, kojima su propisana prava i obaveze pacijenata i ljekara u postupku pružanja zdravstvene zaštite.

4. ODNOS ZDRAVSTVENOG PREMA DRUGIM GRANAMA PRAVA

Zdravstveno pravo nije potpuno jedinstven i zatvoren skup pravnih pravila, već je zbog same prirode i multipliciteta odnosa koje reguliše, neophodno povezano i sa drugim granama prava.¹¹

⁸ Čl. 34 - 42 Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH;

⁹ Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta FBiH („Službene novine FBiH“, broj 40/10)

¹⁰ Zakon o liječništvu FBiH („Službene novine FBiH“, broj 56/13)

¹¹ T. Babić i S. Roksandić, *cit. djelo*, str. 21

4.1.Odnos zdravstvenog i ustavnog prava

Ustavno pravo je najznačajnija grana prava u sistemu prava s obzirom na njegov predmet regulisanja. Sve grane prava su subordinirane ustavnom pravu, a ustavno pravo ima dodirnih tačaka sa svim ostalim pravnim granama. Ovo iz razloga što se ustav nalazi na vrhu hijerarhijske ljestvice pravnih akata svake pravne države. Imajući u vidu princip ustavnosti, svi zakoni moraju biti u skladu sa ustavom.¹² S obzirom da je pravo na zdravlje jedno od temeljnih ljudskih prava, da se naslutit veza između zdravstvenog i ustavnog prava. Pravo građana BiH na zdravstvenu zaštitu, odnosno prava pacijenata, nisu eksplisitno navedena u Ustavu Bosne i Hercegovine. Za razliku od Ustava BiH, ustavi entiteta navode pravo na zaštitu zdravila u dijelu kataloga ljudskih prava.¹³ Pravo na zdravlje, odnosno zdravstvenu zaštitu, garantovano je ustavima entiteta – Federacije BiH¹⁴ i Republike Srpske¹⁵. Statutom Brčko distrikta BiH konstatovano je da je zdravstvena zaštita u nadležnosti javnih organa vlasti Distrikta¹⁶, ali nije posebno navedeno kao temeljno ljudsko pravo.

4.2.Odnos zdravstvenog i krivičnog prava

Zdravstveno i krivično pravo svoj odnos ostvaruju u trenutku kada se davanje neke od zdravstvenih usluga može smatrati krivičnim djelom. Svakako je bitno napomenuti da je ipak najistaknutija veza zdravstvenog i krivičnog prava u sudskomedicinskom vještačenju. Sudska medicina, kao specijalizovana grana prava, ima za predmet izučavanje uzroka nasilne, sumnjive smrti, tjelesnih povreda i sl. Sudska medicina primjenjuje

¹² K. Trnka, *Ustavno pravo*, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Sarajevo, 2006, str. 19

¹³Član 11. – Ljudska prava i osnovne slobode, tačka 3. Ustava BiH

¹⁴II. Ljudska prava i osnovne slobode, član 2 stav 1 tačka o) Ustava FBiH(„Službene novine FBiH”, broj: 1/94, 13/97, 16/02, 22/02, 52/02, 63/03, 9/04, 20/04, 33/04, 72/05, 71/05 i 88/08)

¹⁵Član 37 Ustava RS („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 21/92 – prečišćeni tekst, 28/94, 8/96, 13/96, 15/96, 16/96, 21/96, 21/02, 26/02, 30/02, 31/02, 69/02, 31/03, 98/03, 115/05, 117/05).

¹⁶Član 8 stav 1 tačka g) Statuta Brčko distrikta BiH.

medicinske metode, pa se tako utvrđena činjenica koristi u suzbijanju kriminaliteta, kao dokaz koji je pribavljen vještačenjem.¹⁷

Osim toga, u krivičnom pravu postoje i određene krivičnopravne sankcije za počinioce krivičnih djela, a koja moraju imati posebno svojstvo zdravstvenog radnika. U krivičnom zakonodavstvu Bosne i Hercegovine u posebnim glavama zakona inkriminisana su krivična djela protiv zdravlja ljudi (nesavjesno liječenje, samovoljno liječenje, nedozvoljeno presađivanje dijelova ljudskog tijela, nepružanje medicinske pomoći, nadriliječništvo, teška krivična djela protiv ljudi), a koja uglavnom mogu počiniti samo davaoci medicinskih usluga. I druga krivična djela mogu biti u indirektnoj vezi sa zdravljem čovjeka, tako da zdravstveno i krivično pravo imaju najviše dodirnih tačaka, a ovo iz razloga što krivično pravo štiti tjelesni integritet i život čovjeka, što je i primarni zadatak zdravstvenog prava.

4.3.Odnos zdravstvenog i građanskog prava

Građansko pravo je grana prava kojom su uređeni građanskopravni odnosi u koji lica stupaju povodom stvari, činidbi ili imovine. Davaoci zdravstvenih usluga i pacijenti stupaju u različite odnose građanskopravne prirode, te se u tom smislu i određuje odnos zdravstvenog i građanskog prava. Povezanost se javlja još i u području odgovornosti davaoca zdravstvenih usluga za štetu koja nastaje prilikom obavljanja zdravstvene djelatnosti. U slučaju nastanka štete primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i Zakona o parničnom postupku.

4.4.Odnos zdravstvenog i radnog prava

Predmet proučavanja radnog prava su pravne norme koje uređuju radne odnose kao posebnu vrstu društvenih odnosa koji se uspostavljaju

¹⁷ N. Stanković, *Uvod u kriminalistiku*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, 2016, str. 25.

između poslodavaca i zaposlenih, tj. koji nastaju, mijenjaju se i prestaju u vezi sa odnosima iz zavisnog rada.¹⁸ Odnos zdravstvenog i radnog prava dolazi najviše do izražaja kod radnopravnog statusa davaoca zdravstvenih usluga. Normama radnog prava reguliše se radnopravni odnos ljekara, kao i svih prava i obaveza koja nastaju povodom tog odnosa.

4.5.Odnos zdravstvenog i socijalnog prava

Predmet proučavanja socijalnog prava su socijalne potrebe koje radnici, građani i članovi njihovih porodica zadovoljavaju i jedino mogu zadovoljiti putem sticanja i ostvarivanja određenih socijalnih prava.¹⁹ Prema tome, zdravstveno i socijalno pravo su međusobno povezani s obzirom da je socijalno pravo vezano za ostvarivanje prava iz zdravstvenog, penzionog i invalidskog osiguranja, a zdravstvenu zaštitu mogu ostvariti samo osobe koje su osigurane bez naknade.

5. ISTORIJSKI RAZVOJ ZDRAVSTVENOG PRAVA

Medicinska djelatnost je prešla dug put razvoja, od primitivnog magijskog poimanja medicine, pa sve do moderne medicine u XIX vijeku. Naime, u početku razvoja medicinske djelatnosti preovladavala su vjerovanja da bolest i smrt donose zli duhovi, tako da su i prvi ljekari bili čarobnjaci, koji su „istjerivali zle duhove“. Pored toga, bavili su se praćenjem kretanja zvijezda i proučavanjem kako zvijezde i planete utiču na ljudе.²⁰

Srednji vijek je mračno doba stagnacije nauke, pa tako ni medicinska djelatnost nije doživjela značajniji razvoj. Srednji vijek naročito karakterišu glad, guba i kuga. Epidmeije zaraznih bolesti su,

¹⁸ F. Sinanović, *Radno pravo*, Off Set štamparija Tuzla, 2016, str. 28

¹⁹ S. Dedić, *Socijalno pravo*, četvrto novelirano i prošireno izdanje, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2010, str. 20

²⁰ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 29

praktično, harale kroz cijeli srednji vijek. Kada je u VI vijeku u Egiptu izbila kuga, proširila se i na Evropu i trajala preko 50 godina. ova kuga poznata je i pod imenom Prokopijeva kuga, koji je prvi opisao njene znakove i simptome.²¹ Tokom X vijeka se počinju graditi bolnice, najčešće uz crkve i manastire, a nakon toga su građene i opštinske bolnice. U srednjovijekovnim manastirima medicini je poklanjana posebna pažnja, tako da je u Italijanskom gradu Salernu, osnovana prva Hrišćanska medicinska škola, a u XIII vijeku se u Italiji i Francuskoj pojavljuju prvi medicinski fakulteti. Diplomirani ljekari su se prvo nazivali magistrima, a potom su dobili titulu doktora medicine koju i danas koriste. U to doba zalađali su se medicinari da se zabrani bavljenje ljekarskom djelatnošću svim onima koji nisu završili fakultet, ali je do te zabrane tek došlo u XIX vijeku u svim evropskim državama.

Medicinska i farmaceutska literatura, čiji su autori klerici, a napisana je u duhu crkvene dogme, postojala je između VI i IX vijeka.²²

Do prvih značajnijih naučnih dostignuća u medicini dolazi tek nakon otkrića u hemiji, i to nakon što je 1777. godine Lavoazje otkrio oksidaciju kao sjedinjavanje neke supstance sa kiseonikom, a disanje kao oksidacioni proces. Koristeći se znanjem iz hemije i fizike Klod Bernar je postavio osnove fiziologije, dok je hemičar Luj Paster unaprijedio novo znanje u medicinskoj nauci – mikrobiologiju. Medicinska djelatnost je jedna od najstarijih djelatnosti i prvo je podrazumijevala isključivo liječenje ili ublažavanje bolova. Liječenje i danas čini osnov medicinske djelatnosti uz mnoge druge mjere od čega je najbitnija dijagnoza.²³

Institut odgovornosti za ljekarsku grešku i nastalu posljedicu – štetu postoji veoma dugo, i to skoro od prvih početaka pružanja medicinskih usluga. Babilonska kultura koja se razvijala na današnjem teritoriju Iraka 5000 g. prije Krista, jedna je od prvih koje nas upoznaju s propisima o odgovornosti ljekara za štete koje prouzroče svojim pacijentima.

²¹ B. Timotić, R. Golijanin, H. Andjelski, N. Đoković, *Istorija medicine*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2016, str. 59-60

²² Ibid. str. 67

²³ Ibid. str. 33.

Sumerani su vjerovali u mnoštvo demona, pa se takvo vjerovanje odrazilo i u medicini. Herodot navodi da se ljekarima u Babilonu nije vjerovalo, pa su bolesnici dolazili na gradski trg i od prolaznika slušali savjete kako se izlječiti. U ovo najstarije doba za pružene zdravstvene usluge uzimalo se da su posljedica duhovnih sila i religije, da izlječenje pacijenta ne ovisi uopšte o ljekaru i je li on postupao u skladu s tadašnjim pravilima struke. Posljedica ovakve, naglašeno magično-religiozne medicine, je i hronični nedostatak normi i prava uopšte koje bi uređivalo ljekarsku profesiju pa time i posljedice njihove pogreške.

Hamurabijev zakonik, koji je nastao više od 1700 godina prije Kristovog rođenja, sadrži prve odredbe o građanskoj i krivičnoj odgovornosti ljekara. On se drži "sistema talijona" i propisuje veoma stroge pravne sankcije za počinioce kažnjivih radnji kojih nisu bili pošteđeni ni ljekari, s tim da je odgovornost ljekara bila klasno odvojena, tj. zavisila je od klasne pripadnosti.

U staroj Indiji ljekar se ničime nije mogao opravdati za neuspješnu operaciju pacijenta osim u slučaju da je ona bila odobrena od vlasti, dok su u starom Egiptu postojala posebna pravila koja su propisivala da se u slučaju njihovog nepridržavanja u toku liječenja, a čija je posljedica bila smrt pacijenta, ljekar kažnjava smrću, jer je tada bio izjednačen s ubojicom. U Grčkoj je zabilježen slučaj pogubljenja ljekara Glaukosa za vrijeme Aleksandra Velikog, jer je ostavio pacijenta i otišao u kazalište, zbog čega je pacijent umro.

Tek je grčki ljekar Hipokrat potpuno odvojio medicinu od magije, te je bio jedan od prvih koji je shvatio da loša okolina može biti uzrok bolesti. Tek od ovog trenutka ljekari postaju isključivo odgovorni za štete koje nastanu pacijentima u postupku liječenja, te se njihova odgovornost postepeno povećava, pa ljekar više ne odgovara samo za smrt i najteže posljedice svojih postupaka, već i za svaku štetu ako su ispunjene sve pretpostavke.

Također je i u starom Rimu postojala odgovornost ljekara zbog stručne ljekarske greške. Ljekar je odgovarao najprije zbog operacije obavljene protivno pravilima medicinske struke, zbog nepravilne upotrebe

lijekova i zbog propisno obavljene operacije ako je pacijenta kasnije nemarno liječio. Pojam ljekarske greške u rimskom pravu bio je širok, i pod njim se podrazumijevalo neiskustvo, neznanje, neopreznost i neukazivanje ljekarske pomoći.

Medicinska djelatnost se razlikuje od bilo kojeg drugog zanimanja, s obzirom da se njome liječi tijelo i duša, a kako je ljudsko tijelo nepredvidivo, štetu u medicini nije uvijek moguće izbjegići. Samim time znači da svaka medicinska intervencija nosi određeni rizik sa sobom kojih rizika ljekari moraju biti svjesni, a njih su dužni i prezentirati pacijentima.

Poznato je da postoje neizlječive bolesti, ali to ne znači da se i takve bolesti ne trebaju liječiti. Pogoršanje zdravlja ili smrt pacijenta, nisu sami po sebi razlog da se medicinski zahvat smatra protivpravnim kako kod nekih drugih djelatnosti, npr. ako rad građevinara izazove nečiju smrt, većinom se radi o kršenju pravnih normi, dok je kod medicinskih radnji uslov protivpravnost.

6. IZVORI ZDRAVSTVENOG PRAVA

Kod utvrđivanja izvora zdravstvenog prava neophodno je poći od pozitivnog prava svake zemlje, a s obzirom da su pravni izvori dinamična kategorija, nije ih ni moguće odrediti jednom za svagda. Pravne izvore zdravstvenog prava možemo klasifikovati prema više kriterijuma. Prema prvom kriterijumu, izvore zdravstvenog prava bi mogli svrstati u dvije skupine: propise koji direktno uređuju odnose koji nastaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti, i propise iz drugih područja prava (ustavnog, građanskog, krivičnog, radnog, međunarodnog) koji dijelom i posredno uređuju pojedina pitanja u obavljanju zdravstvene djelatnosti.²⁴ Prema drugom kriterijumu ih možemo svrstati na izvore unutrašnjeg prava i međunarodnog prava. U Bosni i Hercegovini izvore unutrašnjeg prava čine ustavi države Bosne i Hercegovine, entiteta, zatim zakonske i podzakonske propise, dok u izvore međunarodnog prava ubrajamo razne međunarodne

²⁴ Ž. Šeparović, *Granice rizika, Etičko-pravni pristup medicini*, Zagreb, 1998, str. 4

ugovore i konvencije. Ovdje je bitno napomenuti da je i sudska praksa veoma važna za razvoj zdravstvenog prava, ali nema značaj izvora prava kao što je to slučaj u zemljama gdje se primjenjuje precedentno pravo.²⁵

6.1.Ustav

Ustav, kao akt najviše pravne snage, s jedne strane reguliše državno uređenje i ustrojstvo vlasti, a s druge strane i temeljna ljudska prava i slobode. Pošto su ustavne odredbe načelnog karaktera, detaljnija razrada svih pitanja je predmet zakonske regulative svake države. Prema tome, ustavne odredbe su najčešće izvor posrednog karaktera, jer se primjenjuju tek posredno kroz zakonodavnu razradu.²⁶ Pravo građana BiH na zdravstvenu zaštitu, kao što je ranije navedeno, nije eksplisitno navedeno u Ustavu Bosne i Hercegovine. Međutim, ustavi entiteta navode pravo na zaštitu zdravlja u dijelu kataloga ljudskih prava. Ustav Bosne i Hercegovine sadrži i neke odredbe kojima se na indirekstan način uređuju odnosi u oblasti zdravstvenog prava. Tako je u Ankesu I Ustava BiH navedeno 16 dodatnih međunarodnih sporazuma koji će se primjenjivati u Bosni i Hercegovini, što znači da su integralni dio pravnog poretku Bosne i Hercegovine i da imaju značaj ustavnih odredbi.

Međunarodnim paktom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima propisano je pravo svakog lica na najbolje psihičko i mentalno zdravlje koje može da postigne. Mjere koje će država članica ovog Pakta preduzeti u cilju osiguranja punog ostvarenja ovog prava treba da obuhvate mjere potrebne radi osiguranja:

- smanjenja broja mrtvorodene djece i smrtnosti djece, kao i zdrav razvoj djeteta;
- poboljšanja svih vidova higijene sredine i industrijske higijene;
- profilaksije i liječenje epidemičkih, endemičkih, profesionalnih i drugih oboljenja, kao i borbu protiv ovih bolesti, i

²⁵ S. Bodnaruk, J. Čizmić; B. Hrabač; S. Huseinagić; *cit. djelo*, str. 30-43

²⁶ S. Dedić, *cit. djelo*, str. 85

- stvaranja uslova za osiguranje svima ljekarskih usluga i pomoći u slučaju bolesti.²⁷

Drugi primjer nalazimo u Konvenciji o pravima djeteta. Ovom Konvencijom propisano je da države potpisnice Konvencije priznaju djetetu pravo na uživanje najvišeg mogućeg nivoa zdravlja i na olakšice u vezi sa ozdravljenjem i oporavkom. Države potpisnice Konvencije će nastojati da osiguraju da nijednom djetetu ne bude uskraćeno njegovo pravo pristupa zdravstvenim službama. Dalje, države potpisnice Konvencije će se zalagati za puno ostvarenje toga prava i naročito preduzimati odgovarajuće mjere za smanjenje smrtnosti novorođenčadi i djece; za pružanja potrebne zdravstvene pomoći i zdravstvene njegove svakom djetetu, s težištem na jačanju primarne zdravstvene zaštite; za suzbijanje bolesti i neishranjenosti u okvirima primarne zdravstvene zaštite primjenom lako dostupne tehnologije, te osiguranjem odgovarajuće hranjive prehrane i prečišćene pitke vode, imajući na umu opasnosti i rizike od zagađenosti okoline; za osiguranje prenatalne i postnatalne zdravstvene zaštite majki; za pružanje obavijesti, obrazovanja i podrške u korištenju temeljnih spoznaja o dječjem zdravlju i prehrani, prednostima dojenja, ličnoj higijeni i čistoći okoline, te sprječavanju nezgoda, svim slojevima zajednice, osobito roditeljima i djeci; za razvoj preventivne zdravstvene zaštite, savjetovališta za roditelje, te obrazovanja i službi za planiranje obitelji. Države potpisnice Konvencije su dužne i da preduzmu djelotvorne i odgovarajuće mjere za suzbijanje tradicionalnih postupaka koji štete zdravlju djece.²⁸

Kao što se vidi ovim konvencijama se itekako regulišu bitna prava iz oblasti zdravstvenog prava.

6.2.Zakoni

Zakoni su pravni akti koji su niže pravne snage od ustava, a donosi ih zakonodavni organ u posebno utvrđenoj, zakonodavnoj proceduri. Svi

²⁷ Član 12 Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima.

²⁸ Član 24 Konvencije o pravima djeteta.

zakoni moraju biti u skladu sa ustavom imajući u vidu načelo ustavnosti i zakonitosti. U Bosni i Hercegovini nizom zakona na direktni ili indirektni način reguliše se materija iz pravne grane zdravstvenog prava. Riječ je o zakonima koji se bave regulisanjem specifičnih odnosa koji se pojavljuju u odgovarajućim područjima. Za nas su ovdje posebno interesantni državni i entitetski zakoni koji predstavljaju direktni izvor zdravstvenog prava u Bosni i Hercegovini, i to:

Zakon o radijacijskoj i nuklearnoj sigurnosti u Bosni i Hercegovini, a koji reguliše sistem kontrole nad izvorima ionizirajućeg zračenja, zaštitu ljudi, sadašnjih i budućih generacija, kao i okoline;

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, kojim se regulišu načela načina organizovanja i sprovođenja zdravstvene zaštite, prava i obaveze korisnika zdravstvene zaštite, te sadržaj i način obavljanja nadzora nad obavljanjem pružanja zdravstvene zaštite;

Zakon o zdravstvenom osiguranju, kojim se uređuje zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja;

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta, kojim se uređuju prava, obaveze i odgovornosti pacijenta prilikom korištenja usluga zdravstvene zaštite;

Zakon o liječništvu, kojim se uređuju prava, obaveze i odgovornosti ljekara prilikom korištenja usluga zdravstvene zaštite;

Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima, kojim se definišu termini lijek i medicinsko sredstvo koji se koristi u humanoj medicini, proizvodnja, ispitivanje i promet lijekovima, te lijekove koji sadržaj opojne droge i psihotropne supstance;

Zakon o apotekarskoj djelatnosti, koji reguliše organizovanje i sprovođenje apotekarske djelatnosti;

Zakon o sprječavanju, suzbijanju i zloupotrebi opojnih droga, koji propisuje osnivanje grana koji se bave suzbijanjem zloupotrebe opojnih

droga, te razvrstavanjem biljaka kao opojnih droga i biljaka iz kojih se može dobiti opojna droga ili prekursora;

Zakon o zaštići stanovništva od zaraznih bolesti, koji utvrđuje zarazne bolesti, čije sprječavanje i suzbijanja od interesa za entitete;

Zakon o krvi i krvnim sastojcima, koji uređuje organizaciju transfuzijske djelatnosti, kao i uslove i standarde u preradi, tretiranju i čuvanju krvi;

Zakon o transplataciji organa i tkiva u svrhu liječenja, koji utvrđuje uslove transplatacije ljudskih organa i tkiva u svrhu liječenja;

Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama, koji propisuje osnovna načela sprovođenja zaštite i postupanja sa osobama sa duševnim smetnjama;

Zakon o sistemu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i akreditacije u zdravstvu, koji uređuje poboljšanje kvaliteta i sigurnosti u zdravstvu. Ovim zakonom je u Federaciji BiH osnovana Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu, dok je u Republici Srpskoj Agencija za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite RS osnovana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti;

Zakon o ograničenoj upotrebi duhanskih prerađevina, koji uređuje ograničenu upotrebu duhanskih prerađevina, obaveze proizvođača i zabranu reklamiranja;

Zakon o zdravstvenoj ispravnosti životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe, koji utvrđuje uslove koje u pogledu zdravstvene ispravnosti moraju ispunjavati životne namirnice;

Zakon o prometu otrova, koji reguliše promet otrova i nadzor nad prometom otrova, kao i

Zakon o evidenciji u oblasti zdravstva, koji ustanavljava evidencije o sistematskim i periodičnim pregledima stanovnika o stanju i mjerama zaštite, o porođajima i prekidima trudnoće itd.

Brojni su zakoni koji se smatraju indirektnim izvorima zdravstvenog prava (Zakon o radu, Zakon o hrani, Porodični zakon, Zakon o zaštiti od nasilja u porodici, Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom, Zakon o ravnopravnosti spolova, etc.).

6.3.Podzakonski akti

Podzakonski akti su opšti pravni akti koje donose organi izvršne vlasti, odnosno političko-izvršni i upravni organi. Ove akte mogu donositi i zakonodavni organi, ali ne u zakonodavnom postupku. Podzakonskim aktima se približavaju i prilagođavaju apstraktna i uopštena pravila sadržana u zakonima radi njihove pravilnije primjene.²⁹ Pored zakona koji su izvori zdravstvenog prava, veliki je broj podzakonskih akata (pravilnika, naredbi i uputstava) koje donose entitetski ministri zdravstva, a u određenim slučajevima i kantonalni ministar zdravstva. Određene podzakonske akte, kao što su odluke i uredbe, donose na osnovu federalnih, republičkih i kantonalnih propisa entitetske i kantonalne vlade. Svi podzakonski akti odnose se na osnovu i u skladu sa zakonom.

6.4.Međunarodni izvori zdravstvenog prava

Međunarodni ugovori se mogu pojaviti kao izvor prava ukoliko Bosna i Hercegovina zaključi međunarodni ugovor, a potom taj ugovor ratifikacijom implementira u svoj pravni sistem u formi zakona. Međunarodni ugovori mogu biti dvostrani ili višestrani već prema tome koliko je ugovornih strana. Ratifikaciju međunarodnih ugovora u Bosni i Hercegovini vrši Predsjedništvo BiH uz saglasnost Parlamentarne skupštine BiH. Entiteti su takođe ovlašteni da zaključuju međunarodne ugovore za koje imaju interesa, s tim da saglasnost mora dati Parlamentarna skupština BiH. S obzirom na činjenicu da se zdravstveno pravo veoma brzo razvija, tako se povećava i broj njegovih izvora, kako na nacionalnom tako

²⁹ S. Dedić, *cit. djelo*, str. 86

i na međunarodnom nivou. Najznačajnije međunarodne konvencije koje možemo smatrati izvorima zdravstvenog prava su sljedeće, i to:

- Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama, i njeni protokoli;
- Konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine;
- Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini;
- Konvencija o pravima djeteta;
- Standardna pravila Ujedinjenih nacija za izjednačavanje mogućnosti lica sa invaliditetom;
- Rezolucija o zdravlju za sve svjetske zdravstvene skupštine;
- Deklaracija o pravima pacijenata u Evropi;
- Lisabonska deklaracija o pravima pacijenata;
- Madradska deklaracija o etičkim standardima za psihijatrijsku djelatnost;
- Deklaracija svjetskog medicinskog udruženja o medicinskoj edukaciji;
- Konvencija UN protiv korupcije;
- Konvencija o ranom obaveštavanju o nuklearnim nesrećama;
- Konvencija o fizičkoj zaštiti od nuklearnog materijala;
- Konvencija o pomoći u slučaju neuklearne nesreće ili radiološke opasnosti;
- Okvirna konvencija o kontroli duhana, kao i međusobni bilateralni sporazumi između Bosne i Hercegovine i Republike Austrije, te Republike Hrvatske, Republike Srbije, Republike Sjeverne Makedonije, Republike Slovenije, Kraljevine Belgije, Republike Mađarske i Nizozemske.

7. MEĐUNARODNO I EVROPSKO ZDRAVSTVENO PRAVO

U Bosni i Hercegovini pravo na zdravlje, odnosno zdravstvenu zaštitu garantovano je ustavima entiteta - Federacije BiH i Republike Srpske i Statutom Brčko distrikta BiH, te Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata F BiH i Zakonom o pravima pacijenata RS. U drugim zemljama su donijeti posebni zakoni kojima se regulišu prava pacijenata, kao što je slučaj sa Finskom, koja je 1992. godine donijela takav zakon, Francuskom koja je 1974. godine donijela Povelju o hospitalizovanim pacijentima, Ujedinjeno Kraljevstvo koje je Poveljom o pravima pacijenata Ujedinjenog Kraljevstva iz 1991. godine regulisalo navedena prava. Holandija je prva zemlja koja je 1994. godine Zakonom o medicinskom tretmanu unijela izmjene u građanski zakon kojim je propisano da se ugovorom regulišu prava pacijenta i ljekara. Zakonom o zaštiti pacijenata je propisano da se s ciljem ostvarivanja i promovisanja prava pacijenta u svakoj jedinici područne (regionalne) samouprave osniva komisija za zaštitu prava pacijenata.

Po ugledu na Holandiju ovakva rješenja su preuzele i Estonija, Litvanija i Slovačka. Zakonsku regulativu o pravima pacijenata donijele su i sljedeće zemlje: Litvanija 1996. godine, Island, Latvija, Mađarska, Grčka 1997. godine, Danska 1998. godine, Norveška 1999. godine, Gruzija 2000. godine, Estonija 2001. godine, Francuska i Belgija 2002. godine, Švicarska i Rumunija 2003. godine, Kipar i Hrvatska 2004. godine, Slovenija 2008. godine, Crna Gora 2010. godine i Njemačka 2013. godine, s tim da je Njemačka donijela Povelju o pravima pacijenata još 1999. godine.³⁰

U Republici Austriji primijenjen je sistem zdravstvene zaštite po Bismarkovom modelu organizacije zdravstva, dok su prava pacijenata definisana kroz nekoliko dokumenata, i to Poveljom o pravima pacijenata iz 2002. godine, Federalnim zakonom o ljekarima iz 1998. godine, Federalnim zakonom o zdravstvenim ustanovama iz 1957. godine i Federalnim zakonom o zaštiti ličnih podataka iz 2000. godine. Zakonom o

³⁰ Biblioteka Narodne skupštine Republike Srbije, *Prava pacijenata*, 26.04.2013.godine, Z-06/13, str. 6 – 7

zdravstvenim ustanovama iz 1957. godine definisana su prava pacijenta, a prema Povelji o pravima pacijenata, prava pacijenata se posebno štite. Naime, pacijent se ne smije diskriminisati kada postoji sumnja da je bolestan, odnosno svaki pacijent ima potrebu za zdravstvenom zaštitom bez obzira na starost, pol, porijeklo, finansijsku situaciju, religiozno određenje. Poveljom su definisana sva prava pacijenta, a, između ostalog, i pravo na dostojanstvo, integritet, pravo na informisanost i pristanak, na pristup dokumentaciji, pravo na zaštitu pacijentovih interesa, pravo na žalbu i posebna pravila koja se primjenjuju kada su djeca u pitanju.³¹ Iz ovog je vidljivo da Povelja o pravima pacijenata iz 2002. godine propisuje jednaka prava kao i zakoni u Bonsi i Hercegovini. Naime, u svakoj od devet saveznih država ili pokrajina u Republici Austriji se zakonom uspostavljaju zastupnici za prava pacijenata, čiji je glavni zadatak da štite prava i zastupaju interes pacijenata posredovanjem kod sporova, dok ljekarska komora na regionalnom nivou osniva odbore za mirno rješavanje sporova, čiji glavni cilj je vansudsko rješavanje postupaka, a zbog čega su osnovani i posebni fondovi za obeštećenje pacijenata.

U Velikoj Britaniji sistem zdravstvene zaštite predstavlja praktičan primjer primjene Beveridžovog modela organizacije zdravstva. Navedeni sistem ima sve karakteristike centralizovanog sistema, gdje je zdravstvena zaštita pokrivena preko 90 % putem NHS-a (*National Health Service*).³²

Ideja o osnivanju NHS-a nije bila proizvod angažovanja nijedne političke partije, već je dio konsenzusa postignutog u britanskom društvu o odgovornosti za zdravlje svojih građana.³³ Naime, Povelja o nacionalnoj zdravstvenoj službi daje okvir za pravo pacijenata u Ujedinjenom Kraljevstvu. Povelja je donijeta 1991. godine zbog potrebe da se postave standardi njege u zdravstvenim ustanovama i klinikama. Više je puta mijenjana i dopunjavana, a obuhvata prava i obaveze pacijenata, javnosti i zdravstvenih radnika, standarde nacionalne i zdravstvene zaštite i međusobne odnose između navedenih subjekata, kako bi se osiguralo

³¹ Ibid, str. 7

³² B. Marković, S. Vukić, *Modeli organizacije i finansiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta*, pregledni članak, www.hrcak.srce.hr (pristupljeno 20.09.2011. godine), str. 194

³³ Š.Salihbašić, *Sistem finansiranja zdravstvene zaštite*, Grin, Gračanica, 2009, str. 87

pravično i efikasno funkcionisanje zdravstvene zaštite. Pravo na privatnost pacijenata je zaštićeno Zakonom o zaštiti ličnih podataka iz 1998. godine, te pacijenti imaju pravo na podnošenje žalbe Nacionalnoj zdravstvenoj službi, dok se poslije podnošenja žalbe pacijent može obratiti ombudsmenu za zdravstvenu zaštitu, koji je nezavisan u obavljanju svog posla zaštite prava pacijenata. Iako zakonskim odredbama nisu regulisane sankcije za kršenje prava pacijenata, oni imaju pravo podnijeti tužbu za ostvarivanje svojih prava u slučaju nesavjesnog liječenja. Odbor za kvalitet zdravstvene i socijalne brige, prema Zakonu o zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti iz 2008. godine, ima pravo na sprovođenje akcija koje su posljedice nekvalitetno pruženih usluga u zdravstvu.³⁴

U engleskom pravu se kroz pojedine sudske slučajeve razvila odgovornost ljekara za štetu učinjenu pogrešnim liječenjem. U engleskom pravu tradicionalno se pravi razlika u vezi s tim da li pacijent dobija privatno uslugu ili je ostvaruje na osnovu zdravstvenog osiguranja. U prvom slučaju se smatra da postoji zaključeni ugovor između pacijenta i ljekara koji je izvor obaveze ljekara. Međutim, kada se pacijent liječi u državnoj ustanovi, pa pretrpi štetu uslijed ljekarske greške, onda se smatra da je šteta nastala vanugovorno, preduzimanjem nedopuštene radnje ljekara, a odgovornost za štetu se procjenjuje prema pravilima deliktnog odštetnog prava. Privatno angažovani ljekar ima striktne obaveze poštovanja ugovora, jer je pacijent njega izabrao, dok se ljekar saglasio da ga liječi na određeni način. To prepostavlja odnos „*intuitu personae*“ i razvoj povjerenja između ljekara i pacijenta, pa pacijent sa pravom može očekivati da se ljekar ozbiljnije i efikasnije pozabavi njegovim slučajem, nego kada bi liječio pacijenta koji koristi usluge državnog fonda zdravstvenog osiguranja. Zdravstvene ustanove sa svoje strane u obavezi su da obezbijede minimalne uslove za adekvatno zdravstveno zbrinjavanje pacijenta, a povreda te obaveze procjenjuje se prema standardima zdravstvene zaštite.³⁵

³⁴ Biblioteka Narodne skupštine Republike Srbije, *cit. djelo*, str. 13

³⁵ S. Sarajlija, *Krivičnopravni aspekti odgovornosti liječnika zbog nesavjesnog liječenja u Bosni i Hercegovini*, Fondacija Centar za javno pravo, 2014., str. 10

Švicarsko pravo, pod pojmom ljekarske greške podrazumijeva krivicu ljekara. Od 1987. godine švicarski Savezni sud zauzeo je stav da ograničenje ljekarske odgovornosti na grubu grešku predstavlja privilegiju ljekara koja nema oslonac u zakonu, te zbog tog stava ljekar treba da odgovara za svako nemarno postupanje.

U njemačkom pravu se uobičajeno koristi izraz „greška u liječenju ili tretmanu“. Pojam podrazumijeva „svaku ljekarsku mjeru koja je prema aktuelnom stanju medicinske nauke nepodesna“. Radnja preduzeta prema pacijentu može podrazumijevati činjenje, nečinjenje, preduzimanja identifikovanog ili neidentifikovanog postupka u liječenju i druge greške do kojih dođe prilikom uzimanja anamneze, postavljanja dijagnoze, preduzimanja mjera profilakse, terapija ili naknadnog staranja o pacijentu. U Njemačkoj je početkom 2013. godine donijet Zakon o jačanju prava pacijenata. Ovim zakonom su prvi put jedinstveno regulisana prava pacijenata. Donošenjem ovog zakona, morao se izmjeniti i Građanski zakonik, te je uveden i novi ugovor o regulisanju medicinske zaštite.³⁶

Sjedinjene Američke Države su otišle mnogo dalje u reformi svog sistema. Tako je 2005. godine donijet Health Act kojim su u velikoj mjeri reformisali dotadašnji sistem ljekarske odgovornosti (*medical malpractice liability*). Zakonom je ograničena naknada nematerijalne štete (štete za patnju i bol) na \$ 250,000.00, a uvedeni su posebni medicinski sudovi s obzirom da je neophodno potrebno sudije koji sude u ovakvima predmetima specijalizovati u području zdravstvenog, odnosno medicinskog prava. Također su uvedeni alternativni načini rješavanja sporova, arbitraža i medijacija, i to samo za sporove do određene vrijednosti. Nadalje se insistira i na uvođenju prava pacijenta da mu ljekar kaže da je pretrpio povredu uslijed ljekarske greške, odnosno da ga se informiše i o neočekivanim posljedicama ljekarskog zahvata.³⁷

³⁶Dr. Stefan Purner, *Aktualnosti iz njemačkog prava*, Časopis za domaće, njemačko i evropsko pravo, IRZ, str. 43

³⁷S. Sarajlija, *cit. djelo*, str. 9-11

**DIO DRUGI: ZDRAVSTVENI
RADNICI I PACIJENTI**

1. DEFINISANJE POJMA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Zakonodavac je precizno determinisao pojam ljekara, kao i aspekte njegove djelatnosti. Prema tome, ljekar je zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktora medicine. Pored toga, ljekar je lice koje pažljivo sluša i prati izlaganje pacijenta, te na osnovu tih saznanja iznalazi najbolji način za liječenje i put za ozdravljenje pacijenta. Ljekarsku djelatnost čini širok spektar različitih djelatnosti, i to:

- identifikaciju faktora koji mogu ugroziti zdravlje;
- razumijevanje pacijenata, njegovog znanja i stavova, te pokazivanje empatije prema pacijentu i njegovoj porodici;
- pregled kojim se utvrđuje postojanje ili nepostojanje tjelesnih odnosno psihičkih bolesti, tjelesnih oštećenja ili anomalija;
- procjena stanja koja mogu ugroziti zdravlje pomoću medicinskih dijagnostičkih instrumenata, postupaka i sredstava;
- liječenje i rehabilitacija;
- sprječavanje bolesti, zdravstveni odgoj i prosvjećivanje sa ciljem jačanja zdravlja stanovništva;
- propisivanje lijekova i medicinskih sredstava u skladu sa propisima o lijekovima i medicinskim sredstvima;
- mrtvozorništvo i obdukciju umrlih lica;
- izdavanje ljekarskih uvjerenja, svjedodžbi, potvrda i mišljenja;
- javno zdravstvene aktivnosti usmjerene ka izučavanju, očuvanju i unapređenju zdravlja stanovništva, kao i organizaciju i funkcionisanje zdravstvenog sistema, i
- druge radnje i aktivnosti koje proizilaze iz opštih i posebnih propisa.³⁸

³⁸Čl. 4-5 Zakona o liječništvu F BiH („Službene novine F BiH“, broj 56/13).

2. PRAVA I ODGOVORNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Prava i odgovornosti zdravstvenih radnika određena su zakonom, koji se u svom radu tj. prilikom pružanja zdravstvenih usluga pacijentima moraju pridržavati odgovarajućih pravila.

2.1. Prava zdravstvenih radnika

U obavljanju poslova ljekarske djelatnosti, ljekar ima sljedeća prava:

- pravo na rad u skladu sa propisima u oblasti zdravstva i rada, te materijalnim mogućnostima sistema zdravstvene zaštite;
- pravo učestvovanja, odnosno odbijanja učestvovanja u naučno-istraživačkim projektima;
- pravo odbijanja da uradi poslove i zadatke za koje nije stručno osposobljen;
- pravo na stručno usavršavanje kroz specijalizaciju, odnosno kontinuirano stručno usavršavanje u skladu sa propisima u zdravstvenoj zaštiti, i
- pravo na sticanje počasnog naziva primarius u skladu sa propisima o zdravstvenoj zaštiti.

Pored navedenog, obavljanje ljekarske djelatnosti počiva i na sljedećim principima:

- stalno održavanje i podizanje kvaliteta ljekarskih usluga u interesu zdravlja i društvenog blagostanja stanovništva;
- održavanje i unapređenje povjerenja između ljekara i pacijenta, te članova njegove porodice putem jačanja partnerskih odnosa na način i pod uslovima određenim propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta;
- poštovanje prava pacijenata u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata;

- nezavisno i profesionalno djelovanje, te očuvanje i unapređenje slobode i ugleda ljekarskog znanja, i
- unapređenje dostojanstvenog i odgovornog profesionalnog ponašanja poštovanjem u radu propisa iz oblasti zdravstva, pravila struke, kao i kodeksa medicinske etike i deontologije.

Osim prava, ljekar ima i odgovarajuće obaveze prema pacijentu. Naime, svaki ljekar mora smatrati da mu je dobro stanje i napredovanje u liječenju pacijenta na prvom mjestu, te da je obvezan svoj posao obavljati stručno i etički, ne iskorištavajući pacijenta ni emotivno, ni tjelesno, ni materijalno, poštujući njegova propisana prava, obaveze i odgovornosti pacijenta.

Budući da se radi o ugovoru zaključenom *intuitu personae*, ljekar je dužan medicinsku uslugu izvršiti lično. Ovo, naravno, ne znači da sve mora uraditi svojeručno, već samo glavne medicinske radnje, s obzirom da se izvršenje radnji može povjeriti drugom ljekaru samo uz pristanak pacijenta.³⁹

Ljekar je dužan utvrditi tačnu dijagnozu pacijenta. Bitno je napomenuti da ljekar ne može preglede obavljati na daljinu ili putem telefona imajući u vidu da je postavljanje dijagnoze jedna od najznačajnijih obaveza ljekara.

Prije nego predloži određenu terapiju, ljekar mora utvrditi da je ona medicinski indikovana. Granice medicinske indikacije proističu iz objektivnih i subjektivnih faktora određenog pacijenta. Objektivni pokazatelji su dijagnoza i prognoza koje treba postaviti za svaki konkretni slučaj i koje se utvrđuju odmjeravanjem interesa, tako da rizik, težina ljekarskog zahvata i izgledi za njegov uspjeh moraju stajati u razumnom odnosu.

Što se tiče subjektivnih faktora, ljekar mora utvrditi da li je pacijent podesan za određenu terapijsku mjeru. A podesan je onaj pacijent za kojeg je poslije kliničkog ispitivanja utvrđeno da psihički i fizički može podnijeti

³⁹J. Radišić, *cit.djelo*, 2008, str. 82

zahvat, što podrazumijeva da će se određenom terapijom bolest pacijenta izlječiti ili ublažiti.

Glavna obaveza ljekara je da liječi pacijenta, što podrazumijeva sve zahvate na tijelu čovjeka, da bi se bolest izlječila ili ublažila. Međutim, nisu svi medicinski zahvati medicinski indikovani. Ponekad se izvode zahvati estetske prirode.

Obaveza ljekara je da vrši kontrolu i nadzor pacijenta i kad je medicinski tretman završen, kako bi se spriječio recidiv bolesti, odnosno njegovo blagvremeno otkrivanje ako bi se pojavio.⁴⁰

Ljekar je obavezan pacijentu dati sve potrebne informacije i obavještenja kako bi pacijent donio informisanu odluku da pristane ili ne pristane na određenu mjeru. Ako se pacijent, koji je dobro upoznat sa svojim stanjem, a sposoban da samostalno odlučuje, ne ponaša saglasno datim uputstvima za liječenje i prevenciju bolesti, ljekar može odbiti pružanje zdravstvene zaštite pacijentu. Izuzetak su slučajevi hitne medicinske pomoći, pojave zarazne bolesti ili psihičke bolesti kod pacijenta.

Liječenje i briga ljekara bi uvijek trebala biti usmjerena na dobrobit pacijenta. Samo onaj zdravstveni sistem koji brine o dobrobiti pacijenta je ujedno i dobar sistem.

Međutim, svjedočimo da još uvijek postoji niz prepreka, koje onemogućavaju pacijentu da učestvuje u svom liječenju. Pacijent u stanju boli, neizvjesnosti, straha od rezultata liječenja, nepoznavanja stručne terminologije, nezainteresovanosti zdravstvenih radnika da pruže informacije na razumljiv način, nedostatak opreme, duga čekanja na određene pregledne i slično, ne može adekvatno uzeti učešće u svom liječenju i ne može donijeti „informisanu“ odluku.

Zdravstveni radnici s pravom postavljaju sljedeća pitanja: da li je važniji (državni) interes za zdravljem neke osobe ili pravo osobe da sama odluči šta je za nju najbolje rješenje u postupku njenog liječenja. Danas

⁴⁰Ibid. str. 82-87

preovladava mišljenje kako je zdravlje lična stvar pacijenta i da ima pravo sam odlučiti o svom tijelu i zdravlju, te bi njegova volja trebala predstavljati vrhovni zakon. Međutim, niti Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda⁴¹ niti Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine⁴² ne daje odgovor na pitanje da li je važnije pravo na samoodređenje ili koncept zaštite ljudskog života. Informisani pristanak bi trebao da štiti pacijentovu autonomiju i dostojanstvo.

Osnovna svrha pružanja zdravstvene zaštite je zaštita zdravlja pojedinca koji ju je zatražio i svojim pristankom iskazao saglasnost sa preduzetom zdravstvenom ulogom.⁴³ Bez prethodne pacijentove saglasnosti ljekar ne smije započeti liječenje, čak kada je ono vitalno i hitno potrebno, jer je pravo čovjeka da bude “gospodar svog tijela”⁴⁴. I u našem zakonodavstvu propisano je pravo na samoodlučivanje i pristanak. Pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava zdravlje drugih ljudi i da se bez pristanka pacijenta u pravilu ne smije nad njim preuzeti nikakva medicinska mjera. Medicinska mjera protivno volji pacijenta, odnosno roditelja, staratelja ili zakonskog zastupnika poslovno nesposobnog pacijenta, može se preuzeti samo u izuzetnim slučajevima koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa ljekarskom etikom. Ovakvo shvatanje se opravdava činjenicom da se pristanak na medicinsku intervenciju izvodi iz čovjekovog prava na samoodređenje.

Na liječenje ne ovlašćuju ljekara ni simptomi bolesti ni medicinska indikacija, nego pristanak bolesnika. Pristanak opravdava zahvat u tijelo i u moralnom i pravnom pogledu (*volenti non fit iniuria*). Naime, onaj ko pristaje preuzima na sebe rizik zahvata koji nije uslovljen greškom ljekara

⁴¹ Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, Međunarodni ugovor 6/99

⁴² Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, Međunarodni ugovor 13/03

⁴³ K. Turković, *Kaznena djela protiv zdravlja ljudi*, posebni dio kaznenog prava, Zagreb 2007, str. 254-257

⁴⁴ J. Radišić, *cit. djelo*, 2008, str. 94

nego faktorima iz pacijentovog organizma, jer bi zahvat bez pristanka bio protivpravan i nemoralan.⁴⁵

Pristanak pacijenta mora biti na propisanom obrascu, a kojem mora prethoditi objašnjenje zdravstvenog radnika. U suprotnom pristanak ne bi smio imati pravnu valjanost. Ako pacijent nije informisan o svim vidovima liječenja, mogućim prednostima i nuspojavama određenog postupka o eventualnim komplikacijama, pristanak ne može biti valjan.⁴⁶ Posebno napominjemo da se kroz praksu utvrdilo da, pored pacijenata koji žele biti informisani o svom zdravstvenom stanju, postoje i pacijenti koji to ne žele, pošto istinite i tačne informacije psihički loše utiču na njih, a što opet dovodi do depresije i odbijanja liječenja. Beauchamp i Childress⁴⁷ braneći načelo samoodređenja pacijenta, navode kako pacijent ima pravo na izbor, a ne obavezu izbora. Autori navode da pacijentova spremnost da odluči o zahvatu ovisi o etničkoj grupi kojoj pacijent pripada, njegovom obrazovanju i dužini trajanja bolesti.

Informisani se pristanak ne odnosi samo na puko potpisivanje obrasca suglasnosti, te obrasca izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka već predstavlja autonomni izbor određenog postupka nakon dobivanja svih relevantnih informacija od strane ljekara.

Bitni elementi valjanog informisanog pristanka uključuju sljedeće, i to:

- uračunljivost pacijenta, odnosno mogućnost donošenja odluke u svakom pojedinom slučaju;
- obaviještenost;
- razumijevanje toka bolesti, kao i prednosti i nedostataka postupka liječenja;
- samostalnost u odlučivanju, i

⁴⁵ Ibid. str. 95

⁴⁶ Ibid. str 61

⁴⁷T. Beauchamp, J. Childress, *The Principles of Biomedical Ethics*, 5. izdanje, Oxford universitum, press 2001, posebno poglavlje II „Respect for Autonomy“ str. 57-112

- pristanak na pojedinačni zahvat.

Preduslovi valjanog pacijentovog izbora su njegova sposobnost odlučivanja i samostalnost u odlučivanju. Sam element pristanka obuhvata pacijentovu odluku o zahvatu, te potpisivanje, odnosno davanje saglasnosti ljekaru da postupi po odlučenom.⁴⁸

Za medicinsku intervenciju nije dovoljan opšti, nego je potreban i specijalni pristanak. Drugim riječima, pristanak se mora odnositi na određene dijagnostičke i terapijske mjere koje ljekar hoće da preduzme, kao i na određene rizike sa kojima su te mjere povezane. Načelno se smatra da se pristanak pacijenta da se nad njim izvrši operativni zahvat odnosi na ljekara, koji taj zahvat treba da obavi. Punovažan pristanak pacijenta na određeni zahvat mora biti medicinski indikovan i u interesu pacijentovog zdravlja. Pristanak na zahvat koji nije medicinski indikovan, ostaje bez pravne važnosti i postupak ljekara se u tom slučaju smatra nemoralnim, s obzirom da se kontraindikovano liječenje ne smije izvršiti zbog uporne želje pacijenta.⁴⁹

Informisanost pacijenta ne utiče samo na njegovu odluku o vlastitom zdravstvenom stanju, već je ponekad informisanost vrlo bitna i zbog zdravlja ljudi sa kojima je pacijent često u kontaktu.⁵⁰

U prilog tvrdnji da se za svaku ljekarsku radnju u svrhu pružanja zdravstvene zaštite mora imati pristanak, govori činjenica da se u kliničkim centrima prilikom prijema, a radi obavljanja operativnog zahvata, pacijenti potpisuju brojne pristanke i saglasnosti: pristanak pacijenta za prijem u bolnicu, saglasnost za hiruršku proceduru, operativni zahvat na određenim organima, saglasnost za anesteziju, saglasnost za sprovođenje transfuzijskog liječenja, i drugo. Na ovim saglasnostima i pristanku za prijem u bolnicu, navode se i informacije i obavještenja pacijenta o prijemu u bolnicu, o korisnim efektima i rizicima hirurške procedure, informacije o

⁴⁸ S. Roksandić Vidlička, *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena Hrvatskog Kaznenog zakona*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske Vol. I No. 1, Zagreb, 2010, str. 116

⁴⁹ J. Radišić, *cit. djelo*, 2008, str. 95 i 96

⁵⁰ T. Babić i S. Roksandić, *cit. djelo*, str. 160

korisnim efektima i rizicima anestezije, te informacije o korisnim efektima i rizicima transfuzijskog liječenja. U pravilu je ova dokumentacija obimna, pa se postavlja pitanje, da li pacijent kojem je neophodan operativni zahvat i koji se nalazi u akutnim bolovima, može pročitati i saslušati obrazloženje ljekara.

Često su pacijenti i hendikepirani, jer je njihovo poznavanje medicine i medicinske tehnologije i procedura vrlo ograničeno. Kod pacijenta je prisutan razumni strah, jer mu zdravstvenu zaštitu uvijek i samo mogu pružiti zdravstveni radnici u sistemu zdravstvene zaštite. Pacijent je primoran da se uvijek vratи po zdravstvenu uslugu kod skoro uvijek istih davalaca. Treba imati na umu da pravo na zdravstvenu zaštitu (najčešće se ostvaruje po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja), pacijent ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na području u kojem živi, te da ukoliko uložи prigovor, smatra da mu se ubuduće to pravo može uskratiti ili da će dobiti manje kvalitetnu uslugu.

Ljekar je dužan sprovesti sve potrebne mjere prevencije, diagnostike liječenja, odnosno rehabilitacije svim pacijentima kojima je on izabrani ljekar ili koji su mu od drugog ljekara upućeni radi pružanja zdravstvene zaštite, te u hitnim slučajevima kada je ljekar dužan pružiti zdravstvenu zaštitu svakom pacijentu. U toku obavljanja svog zanimanja, ljekar će samo sprovoditi one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu metodu, dok nepotrebne pregledе i liječenje neće sprovoditi, bez obzira na to ko snosi troškove zdravstvene zaštite pacijenata.

U slučaju da tokom obavljanja zdravstvene djelatnosti posumnja na nasilnu smrt ili tjelesnu ozljedu pacijenta, ljekar je dužan podnijeti prijavu policiji u skladu sa odredbama zakonom. Pored toga, ljekar je obavezan pregled i pružanje zdravstvene djelatnosti obaviti na način i pod uslovima utvrđenim propisima, te u slučaju sumnje na zapuštanje ili zlostavljanje djeteta, odnosno nasilje u porodici, ljekar je dužan upozoriti odgovorne organe čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno žrtve nasilja.

Ljekar je dužan voditi tačnu, iscrpujuću i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu sa propisima o medicinskoj zaštiti koju je obavezan na zahtjev ministarstva zdravstva, suda, ljekarske komore,

ljekarske inspekcije, zavoda zdravstvenog osiguranja, te na zahtjev pacijenta, istima predati. Također je ovlašten izdavati ljekarska uvjerenja nakon ljekarskog pregleda i uvida u postojeću medicinsku dokumentaciju, te u slučaju preseljenja pacijenta ili odabira drugog ljekara obavijestiti i predati tom drugom ljekaru, kao i svu medicinsku dokumentaciju pacijenta. Jedna od glavnih obaveza ljekara jeste da uzme detaljne podatke od pacijenta koji se tiču anamneze, tj. radi se o podacima koji se odnose na istorijat bolesti samog pacijenta, a i članova njegove porodice. Danas se smatra da je anamneza najvažniji, a ujedno i najteži dio dijagnostike, jer prema nekim istraživanjima anamneza u 70% oboljenja vodi ka tačnoj dijagnozi.⁵¹

Ljekar je dužan da pacijenta pregleda i ispita pomoću sredstava moderne dijagnostike kako bi došao do potrebnih nalaza i tačne dijagnoze, te da postavi dijagnozu prema simptomima koji su mu poznati, raspozna i utvrdi kod pacijenta prirodu bolesnog stanja. Dijagnoza nije konačna, tj. nije stalna i nepromjenljiva već vremenski uslovljena, tako da je ljekar dužan da je provjerava u okviru liječenja.⁵²

Liječenje sa pravnog aspekta podrazumijeva sve zahvate i terapijske mjere preduzete na ljudskom tijelu, da bi se bolest i patnja, tjelesno oštećenje ili duševne smetnje nebolesne naravi spriječile, raspoznale, izlijječile ili ublažile, a obaveza ljekara jeste da liječi pacijenta. U načelu ljekar ima izvjesnu slobodu u izboru načina liječenja, ali je dužan da primjenjuje samo one metode i postupke koji su u skladu sa važećom zdravstvenom doktrinom.

Jedna od osnovih obaveza ljekara je sprječavanje i olakšavanja patnje koja se sprovodi na način i pod uslovima utvrđenim propisima o pravima i obavezama pacijenta. U slučaju moždane smrti, ljekar može u okviru pozitivnih propisa održavati život organa i tkiva, koji se mogu iskoristiti radi liječenja drugih pacijenata, dok je u slučaju obavljanja

⁵¹J. Radišić, *cit. djelo*, str. 82

⁵²Ibid. str. 83.

medicinskih i naučnih istraživanja nad pacijentom, obavezan pridržavati se međunarodnih propisa.

Uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti je obaveza zdravstvenih ustanova i predstavlja jedan od elemenata mjerjenja kvaliteta i zadovoljstva pacijenta koji su u stanju zdravstvene potrebe. Skoro svi odgovorni u zdravstvenom sistemu smatraju da postoji premalo brige za pacijente i premalo učestvovanja pacijenata u skoro svim aspektima zaštite.⁵³

Ljekarske obaveze prema pacijentu nisu jednake nego različite naravi i to profesionalne i stručne, moralne i pravne, a granice među njima nisu čvrste i jasne. Profesionalne obaveze su ujedno i moralne i obratno. Takođe se u odnosu ljekar – pacijent naročito prepliću moralne i pravne dužnosti ljekara, s tim da se moralne dužnosti ne poklapaju u svemu sa pravnim, imajući u vidu da pravne norme iziskuju niži standard ponašanja nego etička pravila. Srž medicinske etike čini obećanje ljekara da će njegovi pripadnici služiti humanosti, te da će se o svakom bolesniku brinuti neograničeno, nesebično i neizmjerno.

To pokazuje i čuvena Nothnagelova misao „Samo dobar čovjek može biti dobar ljekar“. Ideja humanosti je izrodila i osnovni stav ljekara prema pacijentu koji potiče još od Hipokrata i glasi „*primium nil nocere*“, a u prevodu znači „prije svega, nikome ne naškoditi“. Svaki ljekar je dužan da liječi bolesnika brzo, sigurno i ugodno, i da uvijek primjenjuje pravila koja umiruju bolove i da se pridržava pravila da je dobro pacijentovo vrhovni zakon.⁵⁴ Ljekar je u postupanju prema licima sa duševnim smetnjama dužan čuvati prava ovih pacijenata, u tjelesnom i duševnom pogledu, te paziti na njihovo lično dostojanstvo. Pored toga, ljekari su dužni svojim ponašanjem i postupcima čuvati čast, dostojanstvo i ugled drugih ljekara, kao i saradnika i drugog zdravstvenog osoblja. I na kraju, ljekari su dužni učestvovati u kontroli kvaliteta ljekarske djelatnosti.

⁵³Projekat tehničke pomoći socijalnom osiguranju, *Razvoj političkog okvira za komponente socijalnog osiguranja*, Australian Government, Medicalcare Australia, 2006, str. 49

⁵⁴J. Radišić, *cit. djelo*, str. 30-31

Sve što sazna o zdravstvenom stanju pacijenta, ljekar mora čuvati kao profesionalnu tajnu i ne smije je odati. Izuzetno, radi zdravstvene zaštite pacijenta ili njegove okoline, ljekar može dati informaciju i obavljanje o zdravstvenom stanju pacijenta, ali samo uz odobrenje pacijenta, njegovog roditelja ili zakonskog zastupnika. Dužnost čuvanja profesionalne tajne ljekara primjenjuje se i u slučaju kada bude pozvan kao svjedok u krivičnom i parničnom postupku.

Zakonima o krivičnom postupku je propisano da se ne može saslušati kao svjedok lice koje bi svojim iskazom povrijedilo dužnost čuvanja profesionalne tajne (vjerski službenik, odnosno ispovjednik, novinar u svrhu zaštite izvora informacija, advokat, bilježnik, ljekar, babica i dr.), osim ako je oslobođeno te dužnosti posebnim propisom ili izjavom osobe u čiju korist je ustanovljeno to pravo. Ako je kao svjedok saslušano takvo lice, a nije na to upozorenje ili se nije izričito odreklo tog prava ili to upozorenje i odricanje nije unijeto u zapisnik, na takvom iskazu se ne može zasnivati sudska odluka.

Usljed bolesti, pacijentova osjetljivost je povećana i osjećajan razgovor ljekara sa pacijentom ima terapijski učinak. Zato se smatra da primjena nauke i tehnike u medicini ne smije da isključi mudrost i osjećaje čovjeka. Ljekar ne smije zaboraviti da ima posla sa bolesnikom koji osjeća, misli i strahuje, a ne sa bolešću.

Od nepravilne riječi ili postupka ljekara mogu kod pacijenta nastati tzv. jatrogena oboljenja. Ustvari, riječ je o nepovoljnem djelovanju na psihu bolesnika.⁵⁵ Naime, nisu svi pacijenti uvijek u stanju da im se kaže istina o njihovoj bolesti, zbog toga bi ljekar psihološki morao procijeniti svakog bolesnika i utvrditi kako bi istina djelovala na njega, a ne kritički svim pacijentima saopštavati istinu u lice, što ljekari obično rade, osim u slučajevima kad su bolesnici njihovi članovi porodice, prijatelji itd.

Nedostatak lijekova i zastarjela medicinska oprema često otežavaju rad zdravstvenih radnika i doprinosi njihovom nezadovoljstvu, pošto tada nisu u stanju pružiti adekvatnu medicinsku pomoć.

⁵⁵ Ibid. str. 32.

Zapanjujuća je činjenica da ljekari, prema najnovijim istraživanjima, imaju kao profesija najveći broj suicida, čak veću nego vojnici izloženi direktnim djelovanjima i dvostruko veću nego opšta populacija (opšta populacija 1-2%, ljekari 2-4%).⁵⁶

2.2. Odgovornost zdravstvenih radnika

Odgovornost zdravstvenih radnika zbog ljekarske greške može biti: građanska, krivična, prekršajna i disciplinska. Pored toga, primjenjuju se i odredbe Zakona o upravnom postupku i Zakon o upravnim sporovima radi utvrđivanja ljekarske greške. Zdravstveni radnici odgovaraju i zbog umišljaja i nehata, i nepostupanja kao stručnog i pažljivog ljekara ili ljekara koji krši bolesnikovo pravo na samoodređenje. Međutim, između djelovanja ljekara i posljedice koja je nastupila kod pacijenta mora postojati uzročno-posljedična veza.

2.2.1. Disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika

Ljekarske komore svojim opštim aktom o vođenju disciplinskog postupka propisuju koje su to nadležnosti komore u vođenju disciplinskog postupka, te postupanje suda, tužioca i komisije za medicinsku etiku i deontologiju. Pored toga, istim aktom se, u pravilu, utvrđuju i povrede zbog kojih se može pokrenuti disciplinski postupak, način pokretanja i vođenja disciplinskog postupka, kao i disciplinske mjere koje se izriču licu za koje je u postupku utvrđeno da je počinilo povredu. Postupci koji povlače disciplinsku odgovornost ljekara su sljedeći, i to:

- povreda odredbe Zakona o liječništvu;
- povreda odredbe Kodeksa medicinske etike i deontologije;
- nestručno obavljanje ljekarske profesije;

⁵⁶ Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić dr. med, psihijatar, *Suicid liječnika*, Liječničke novine, broj 176, Zagreb, februar 2019.

- povreda ugleda ljekarske profesije svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom ljekaru ili trećim osobama;
- neispunjavanje opštim aktom utvrđene obaveze prema komori, kao i
- učinjenje krivičnog djela koje ljekaraa čini nedostojnim za obavljanje ljekarske djelatnosti.

Ljekar, koji je pravosnažnom sudskom odlukom proglašen krivim za učinjenje krivičnog djela protiv zdravlja ljudi, krivičnog djela podmićivanja i krivičnog djela protiv službene i druge odgovornosti utvrđene krivičnim propisima, može se, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice, te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena, odnosno propuštena, smatrati nedostojnim za obavljanje poslova ljekarske struke. Odluku o tome sud komore u skladu sa odredbama opštег akta komore.

Bitno je istaknuti da krivična i prekršajna odgovornost ljekara ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, privrednom društvu ili drugom pravnom licu koje obavlja zdravstvenu djelatnost, ne isključuje disciplinsku odgovornost ljekara pred komorom.

Pokretanje postupka protiv prijavljenog ljekara, za isto djelo, pred sudom ili organom uprave Bosne i Hercegovine, ili kod poslodavca, može biti osnov za prekid disciplinskog postupka komore. Međutim, postupak će, u pravilu, biti nastavljen nakon okončanja započetog postupka. O prekidu postupka odluku donosi sud komore. Specifično je što komora ne vodi postupke protiv svih ljekara, već samo protiv članova komore, što znači da se dovoljno isčlaniti iz komore onog momenta kad ljekar napravi disciplinski prekršaj i za to treba disciplinski odgovarati i snositi sankcije. Također se disciplinski postupak protiv ljekara i zdravstvenih radnika može voditi i po internim pravilima institucija, tj. zdravstvene ustanove u kojoj su zaposleni.

2.2.2. Prekršajna odgovornost zdravstvenih radnika

Prekršajna odgovornost zdravstvenih radnika regulisana je odredbama tzv. „strukovnog zakona”. To konkretno znači da svaki „strukovni zakon” kojim se reguliše pojedina zdravstvena djelatnost propisuje u kaznenim odredbama određena ponašanja koja se imaju smatrati prekršajima. Osim sadržajnog određenja prekršaja, ti zakoni propisuju i kaznu koja će se izreći za takva ponašanja. Prekršaji, kao oblici kažnjivih ponašanja, su svakako dio krivičnog prava u najširem smislu, jer se njima takođe povređuju određena zaštićena dobra. Razlika, koja ipak podliježe kritici i nije sasvim precizna, jeste u težini kazne koja se izriče učiniocima.⁵⁷

Zakonom je pacijentima osigurana jednaka, primjerena, kontinuirana, kvalitetna bezbjedna zdravstvena zašita na partnerskom odnosu, koji se zasniva na uzajamnom povjerenju poštovanju između ljekara pacijenta. Zabranjen je svaki vid diskriminacije na osnovu rase, boje kože, spolne orientacije, genetskog naslijeda, jezika, religije ili vjerovanja, političkih i drugih uvjerenja, nacionalnog i socijalnog porijekla.

Prekršaji zdravstvene ustanove su široko određeni i mogu biti sljedeći, i to:

- uskraćivanje prava pacijentu na dostupnost zdravstvene zaštite;
- nepružanje svih informacija svih informacija na koje pacijent po zakonu polaže pravo;
- uskraćivanje prava pacijentu na slobodan izbor doktora medicine, odnosno doktora stomatologije, kao i slobodan izbor predloženih medicinskih postupaka i mjera;
- uskraćivanje prava pacijentu na samoodlučivanje i pristanak;
- postupanje suprotno volji pacijenta, gdje je potreban pisani pristanak pacijenta za upotrebu bilo kojih njegovih dijelova tijela;

⁵⁷ T. Babić i S. Roksandić, *cit. djelo*, str. 207

- povreda prava pacijenta na povjerljivost informacija i privatnosti, odnosno prava na tajnost;

- povreda ličnog dostojanstva pacijenta na način da ne štiti pravo na zaštitu dostojanstva, fizičkog i psihičkog integriteta pacijenta uz poštovanje ličnosti, intimnosti, svetonazora, moralnih i vjerskih uvjerenja. Zdravstveni radnici, uključujući ljekare, su dužni tretirati pacijente sa ljubaznošću i poštovati njihovo dostojanstvo;

- povreda prava pacijenta na sprječavanje i olakšavanje patnji;

- stavljanje pacijenta na listu čekanja određenih zdravstvenih usluga. Za zdravstvene usluge koje nisu hitne, pacijent se može staviti na listu čekanja, ali samo iz razumnih razloga i na razumno vrijeme. Prekršajem se smatra i ako zdravstvena ustanova uskrati pacijentu prethodno pisano obavještenje o stavljaju na listu čekanja, kao i informaciju o svojoj redovnoj poziciji na toj listi.

- uskraćivanje uvida u medicinsku dokumentaciju, kao i uskraćivanje uvida u medicinsku dokumentaciju nakon smrti pacijenta njegovim nasljednicima;

- neuredno vođenje medicinske dokumentacije, kao i raspolaganje sa medicinskom dokumentacijom suprotno zakonu, kojim je propisano da je nadležni zdravstveni radnik dužan da tačno, uredno i blagovremeno vodi medicinsku dokumentaciju u skladu sa zakonom i da evidentira sve medicinske mjere koje su preduzete nad pacijentom, a posebno anamnezu, dijagnozu, dijagnostičke mjere, terapiju, rezultat terapije kao i savjete date pacijentu;

- obavljanje nad pacijentom medicinskih, naučnih i drugih istraživanja, kao i učešće u medicinskoj nastavi pacijenta suprotno zakonu. Za medicinsko i naučno istraživanje nad pacijentom, kliničko ispitivanje lijekova i medicinskih sredstava nad pacijentom, kao i njegovo uključivanje u medicinsku nastavu, nužan je pristanak obaviještenog pacijenta. Pristanak se daje u pisanom obliku, na pismu razumljivom pacijentu, a nakon što se pacijent saglasi da je dovoljno, iscrpno, tačno i blagovremeno obaviješten o smislu, cilju, postupcima očekivanim

rezultatima, mogućim rizicima, kao i neželjenim posljedicama medicinskog i naučnog istraživanja, kliničkog ispitivanja lijekova i medicinskih sredstava, kao i medicinske nastave. Pacijent, koji zbog medicinskog i naučnog istraživanja, odnosno kliničkog ispitivanja lijekova i medicinskih sredstava, kao i zbog učešća u medicinskoj nastavi, pretrpi štetu na svom tijelu i zdravlju, ima pravo na naknadu štete od zdravstvene ustanove gdje je šteta nastala, ili naručioca ovih istraživanja, ako je nastala štetna posljedica rezultat istih;

- uskraćivanje pacijentu informacija o preventivnim mjerama i očuvanju njegovog zdravlja;

- prekršajem se ima smatrati i ako ustanova ne riješi po prigovoru pacijenta na način rokovima utvrđenim zakonom, s obzirom da pacijent, kojem je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno koji nije zadovoljan pruženom zdravstvenom uslugom, može podnijeti prigovor direktoru zdravstvene ustanove, odnosno nosiocu odobrenja za privatnu praksu. Prigovor se podnosi neposredno ili pismenim putem, dok o podnijetom prigovoru pacijenta direktor bez odlaganja pribavlja mišljenje komisije za prigovore pacijenata zdravstvene ustanove. Najkasnije u roku od sedam dana od dana podnošenja prigovora nadležno lice dužno je donijeti odluku;

- uskraćivanje pacijentu prehrane u stacionarnoj ustanovi u skladu sa njegovim svjetonazorom, kao i održavanje ličnih kontakata.

I drugi slučajevi mogu se smatrati prekršajem zdravstvene ustanove. Pored novčanih kazni počiniocu navedenih prekršaja može se izreći i zabrana vršenja djelatnosti u periodu od šest mjeseci, a s ciljem sprječavanja budućeg činjenja prekršaja.

Pored prekršaja zdravstvene ustanove, prekršaje mogu počiniti i pojedinačni zdravstveni radnici. Na primjer, prekršajem se može smatrati ako zdravstveni radnik pacijentu uskrati informacije, odnosno obavještenje o zdravstvenom njegovom stanju, o njegovim pravima i obvezama, načinu kako ih koristi, te o zdravstvenim uslugama koje mu se mogu osigurati u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi. Sve navedene informacije

moraju biti saopštene pacijentu usmeno ili pismeno na razumljivom jeziku za pacijenta, a ako je u pitanju strani državljanin na njegovom maternjem jeziku uz prisustvo ovlaštenog prevodioca. Obavještenje pacijenta treba da bude dovoljno, obuhvatno, tačno i blagovremeno.

Obuhvatnost obavještenja cijeni se u svakom posebnom slučaju. Vrlo je bitno da pacijent nadležnom zdravstvenom radniku može postavljati pitanja i na njih dobiti njemu razumljive odgovore, što pacijenti iz straha vrlo često ne smiju ni uraditi. Tačnost obavještavanja zasniva se na spoznatim medicinskim i drugim činjenicama tokom pregleda liječenja pacijenta, dok blagovremenost podrazumijeva obavještenje pacijenta o kliničkim nalazima i predloženim medicinskim mjerama, ostavljajući pacijentu najmanje 24 sata da razmisli o svojoj odluci, osim u hitnim slučajevima.

Obavještenje je zdravstveni radnik dužan dati pacijentu i kad on to ne traži. Prilikom odbijanja prijema obavještenja od strane pacijenta, zdravstveni radnik je dužan sačiniti izjavu koja ostaje pohranjena u medicinskoj dokumentaciji, s tim da pacijent može odrediti u pisanim obliku ili na neki drugi vjerodostojan način lice koje će umjesto njega biti obaviješteno.

Prekršajem se ima smatrati i kad zdravstveni radnik preduzme medicinsku mjeru nad pacijentom bez njegovog pristanka, osim u slučajevima kad bi nepreduzimanje medicinske mjere ugrozilo život i zdravlje pacijenta.

Nad pacijentom koji je bez svijesti ili iz drugih razloga nije u stanju dati svoj pristanak, hitna medicinska mjera se može preduzeti bez njegove saglasnosti, odnosno saglasnosti staratelja ili zakonskog zastupnika ukoliko bi nepreduzimanje takve mjere dodatno ugrozilo ili oštetilo zdravlje pacijenta. Ako je pacijent bez svijesti ili iz drugih razloga nije u stanju da saopšti svoj pristanak, roditelji, zakonski zastupnik ili staratelj nije dostupan, hitna medicinska mjera zdravstvene ustanove se može preduzimati na osnovu konzilijarnog nalaza. Ako se tokom invazivnog operativnog zahvata pojavi potreba za proširenjem operativnog zahvata koji se nije mogao prepostaviti u nedostatku pacijentovog pristanka,

odnosno pristanka roditelja, zakonskog zastupnika ili staratelja, prošireni operativni zahvat se može odraditi ako to zahtijeva hitno stanje pacijenta, ako bi njegovo neobavljanje dovelo do trajnog oštećenja zdravlja, odnosno značilo akutnu prijetnju života pacijenta, ako bi njegovo neobavljanje na pacijentu značilo za njega dalje moguće zdravstvene probleme kojima bi se pacijent mogao podvrgnuti. Svako suptrotno postupanje od navedenog, ima se smatrati prekršajem zdravstvenog radnika.

Zdravstveni randik ne smije povrijediti pravo pacijenta na povjerljivost informacija i privatnost. Zdravstvenom radniku je zabranjeno saopštavati lične podatke o pacijentu. Pacijent ima pravo na zaštitu svoje privatnosti tokom sprovođenja dijagnostičkih ispitivanja, posjeta doktoru itd, odnosno tajnost podataka koji se odnose na lične podatke pacijenta i koji predstavljaju službenu tajnu, kao i pravo na lično dostojanstvo.

Zdravstveni radnik čini prekršaj ako neuredno, netačno i neblagovremeno vodi medicinsku dokumentaciju.

U slučaju samovoljnog napuštanja zdravstvene ustanove od strane pacijenta, nadležni zdravstveni radnik dužan je uzeti pismenu izjavu ili usmenu izjavu datu pred dva svjedoka o samovoljnem napuštanju zdravstvene ustanove i ubilježiti ju u medicinsku dokumentaciju. Takođe je dužan obavijesiti pacijentovog člana porodice, odnosno njegove roditelje i staratelje. U suprotnom, zdravstveni radnik čini prekršaj.

Zdravstveni radnik je dužan informisati pacijenta o preventivnim mjerama za očuvanja njegovog zdravlja. U suprotnom je prekršajno odgovoran.

U Bosni i Hercegovini su zakonom o propisane novčane kazne za prekršaje, pored zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika, i za veći broj drugih subjekata (za prekršaje direktora zdravstvenih ustanova, fakulteta, privatnih zdravstvenih radnika, poslodavaca kao pravnih lica). Implementacijom zakonskih odredbi o prekršajima navedenih subjekata, pa se samim tim implementiranjem ovog zakona otvara se mogućnost vođenja većeg broja prekršaja.

2.2.3. Krivična odgovornost zdravstvenih radnika

U Bosni i Hercegovini krivični postupak se može, u skladu sa principom akuzatornosti, pokrenuti i sprovesti samo po zahtjevu nadležnog tužioca. Tužilac odmah po saznanju da postoje osnovi sumnji da je učinjeno krivično djelo preduzima potrebne mjere s ciljem njegovog otkrivanja i sproveđenja istrage. Postavlja se pitanje ko informiše tužioca da su počinjena krivična djela protiv zdravlja ljudi. Propisivanjem krivičnih djela protiv zdravlja ljudi, zakonodavac je, ustvari, imao intenciju da zaštiti tjelesni integritet pacijenta, zbog čega su ova krivična djela zbog vrste zaštićenog dobra, slična krivičnim djelima protiv života i tijela. Razlika, ipak, postoji s obzirom da krivična djela protiv života i tijela može počiniti svaka osoba, dok krivična djela protiv zdravlja ljudi mogu počiniti samo ljekar ili neki drugi zdravstveni radnik. Naime, za ova djela ljekar neće odgovarati samo zato što je prouzrokovao određenu opasnost za zdravlje pojedinih osoba, već zbog toga što je prouzrokovao zdravstvenu nesigurnost.⁵⁸

Postojanje krivičnih djela protiv zdravlja ljudi posljedica je brzog razvoja medicinske nauke, koja posljednjih godina postiže velike uspjehe na polju očuvanja čovjekovog zdravlja. Zdravlje ljudi je sve više ugroženo, stoga je objekt zaštite kod ovih krivičnih djela zdravlje ljudi. Pod zdravljem se ne podrazumijeva zdravlje pojedinca, odnosno individualna vrijednost koja pripada svakom čovjeku, već zdravlje kao opšta, zajednička vrijednost svih ljudi. Zdravlje predstavlja psihofizičko stanje čovjeka kod koga postoji harmonična funkcija svih organa i procesa koje ga čini sposobnim za normalan život, odnosno da je sposoban za rad i društvenu produktivnost. Za razliku od zdravlja, bolest je takvo psihofizičko stanje koje nastaje dejstvom bacila, bakterija i virusa na čovjekov organizam i koji dovodi do poremećaja u građi i funkciji pojedinih organa, tkiva, dijelova tijela, odnosno organizma u cjelini. Kada se govori o bolestima, posebnu opasnost predstavljaju zarazne bolesti koje se šire na veliki broj ljudi i na veliki prostor i koje izazivaju teške i trajne posljedice po zdravlje ljudi, a nerijetko mogu prouzrokovati i smrt. Posljedica krivičnih djela protiv zdravlja ljudi

⁵⁸T. Babić i S. Roksandić, *cit. djelo*, str. 191

je ugrožavanje zdravlja ljudi, što znači da postoji opasnost oboljenja neodređenog broja ljudi. Prema tome, ova djela se vrše upravo kršenjem propisa iz oblasti zdravstvene djelatnosti. Ova djela mogu se vršiti i sa umišljajem i iz nehata.⁵⁹

U svakom slučaju, izdvajanje krivičnih djela protiv zdravlja ljudi u posebnu glavu zakona opravdano je iz više razloga. S obzirom da ova krivična djela štite tjelesni integritet pacijenta, odnosno svake osobe kojoj je potrebna medicinska, odnosno zdravstvena pomoć, zakonodavac je vodio računa o činjenici da je obavljanje zdravstvene djelatnosti vrlo odgovoran i pravno riskantan medicinski posao, kao i činjenici da ljekari svoju djelatnost moraju obavljati sa viskom stepenom opreza i odgovornosti. Pri tome najviše moraju biti svjesni visokog rizika koji se pojavljuje ili se može pojavitи prilikom pružanja zdravstvene zaštite.⁶⁰ Ovo praktično znači da je izdvajanjem ove vrste krivičnih djela u posebnu glavu zakona naglašena uloga i odgovornost svih onih ljekara (zdravstvenih radnika) koji učestvuju u postupcima liječenja.

Uobičajena procedura je da se krivično djelo prijavi nadležnoj policijskoj upravi, koja je dužna u roku utvrđenim zakonom obavijestiti tužioca, kako bi bile preduzete radnje s ciljem dokumentovanja navedenih krivičnih djela. Postavlja se pitanje da li tužilac osim po prijavi nadležnih policijskih uprava ili eventualno fizičkih lica koja su lično podnijela krivične prijave, mogu postupati i po člancima u novinama kada dođu do informacije da je počinjeno djelo iz navedene glave. Iako se to rijetko dešava, dužnost tužioca je da, kad na bilo koji način sazna da postoje osnovi sumnje da je krivično djelo počinjeno, preduzme radnje s ciljem njegovog otkrivanja i sprovođenja istrage. Kad postoje osnovi sumnje da je počinjeno krivično djelo, tužilac donosi naredbu o sprovođenju istrage, protiv osumnjičenog. U okviru sprovođenja istrage, tužilac ispituje osumnjičenog, saslušava svjedoke, naređuje vještačenja i preduzima druge radnje.

⁵⁹ N. Stanković, *Krivično pravo – posebni dio*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2017, str. 197

⁶⁰ S. Roksandić Vidlička, *cit. djelo*, str. 2

Kad tužilac utvrđi da postoji dovoljno osnovane sumnje da je počinjeno krivično djelo, podiže optužnicu.

Kod dokazivanja krivičnih djela najbitnija su medicinska vještačenja. Često je vrlo teško pronaći vještaka koji je objektivan i nepristrasan, jer se u konkretnim slučajevima obično radi o kolegama, koji čak rade u istim ustanova, a i da ne rade, postoji ljekarska solidarnost. Angažovanje vještaka iz drugih zemalja je veoma skupo, a tužilaštva veoma često ne raspolažu tolikim sredstvima A i njihovo dovođenje je otežano, praktično i nemoguće, ako se vještak ne odazove pismenom pozivu, kojim je uredno obaviješten. Kako se vještačenja najčešće obavljaju u krivičnim predmetima, potrebno je i da sam vještak poznaje osnove krivičnog prava i odredbe krivičnog zakona, kako bi razumio šta se od njega traži. Bitno je napomenuti da vještak ne može biti ljekar koji je liječio pacijenta.⁶¹

Vještaku treba postavljati medicinska, a ne pravna pitanja, to jeste samo ona pitanja koja su njemu razumljiva, prihvatljiva, konkretna, kratka i jasna. Konkretno, medicinska pitanja koja se mogu upućivati medicinskom vještaku mogu glasiti:

- Da li su iscrpljene sve dijagnostičke mjere koje su tuženom ljekaru stajale na raspolaganju, posebno da li su potrebni rendgenski snimci načinjeni u dovoljnom broju, različitim položajima pacijenta i sa zadovoljavajućim kvalitetom?
- Da li je postavljena dijagnoza bila tačna, blizu istine ili je u svakom slučaju bila osnovana?
- Da li su važni simptomi bolesti predviđeni ili pogrešno shvaćeni?
- Da li je trebalo misliti i na mogućnost nekog drugog oboljenja?
- Da li je primijenjena metoda liječenja ili operacije uopšte uobičajena, savremena i sa najmanjim rizikom ?
- Da li je njena neophodnost s pravom potvrđena i koje bi druge metode došle u obzir?

⁶¹N. Stanković, *Medicinska kriminalistika*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, 2017, str. 22 i 23

- Da li je primijenjena terapija kao „izabrana metoda“ absolutno prihvatljiva? (Vještak ne smije vlastite metode naprsto absolutizirati i smatrati ih jedino ispravnim.)
- Gdje je primijenjena metoda liječenja, opisana u medicinskoj literaturi?
- Sa kojim je stepenom vjerovatnoće nastupanja mogućih komplikacija trebalo računati i da li je tuženi ljekar određenom varijatnom liječenja povećao rizik?
- Da li je tuženom ljekaru stajao na raspolaganju manje opasan postupak liječenja sa jednakim šansama za uspjeh?
- Na koje kontraindikacije je trebao paziti i da li slika bolesti ili zdravstveni karton sadrže ukazivanje na neke kontraindikacije ili podataka o tome nema?
- Kako se objašnjava neuspjeh zahtjeva ili štete po pacijentovo zdravlje i da li se moglo to izbjegići, naknadno otkloniti ili umanjiti?⁶²

2.2.3.1. Postupak po potvrđenoj optužnici

Ako tužilac tokom istrage nađe da postoji dovoljno dokaza iz kojih proizlazi osnovana sumnja da je počinjeno krivično djelo, sačinit će optužnicu, koju će proslijediti sudiji za prethodno saslušanje na potvrđivanje. Zakonom je propisano šta optužnica treba da sadrži, kao i postupanje sudije za prethodno saslušanje kad primi optužnicu.

Nakon što je optužnica potvrđena, sudija za prethodno saslušanje zakazuje ročište za izjašnjenje o krivici optuženog. U slučaju da optuženi prizna krivicu, sud razmatra takvu izjavu. Međutim, kada optuženi ne prizna krivicu, zakazuje se glavni pretres. Po završetku glavnog pretresa, sud donosi presudu, koje dijelimo na meritorne i procesne. Naime, presudom se može optužba odbiti i optuženi oslobođen od optužbe, ili oglasiti krivim.

⁶² J. Radišić, *cit. djelo*, str. 336

Presuda mora biti pisano izrađena i potpuno odgovarati presudi koja je objavljena. Sastoji se od uvoda, dispozitiva ili izreke, kao i obrazloženja. Uvod presude sadrži naznačenje da se presuda izriče u ime odgovarajuće političko-teritorijalne jedinice, naziv suda, ime i prezime predsjednika i članova vijeća i zapisničara, ime i prezime optuženog, krivično djelo za koje je optužen i da li je bio prisutan na glavnom pretresu, dan glavnog pretresa i da li je glavni pretres bio javan, ime i prezime tužioca, branioca, zakonskog zastupnika i punomoćnika koji su bili prisutni na glavnom pretresu i dan objavljivanja izrečene presude. Dispozitiv ili izreka presude sadrži lične podatke o optuženom i odluku kojom se optuženi oglašava krivim za krivično djelo za koje je optužen ili kojom se oslobađa od optužbe za to djelo ili kojom se optužba odbija. Ako je optuženi oslobođen od optužbe ili je optužba odbijena, izreka presude mora obuhvatiti opis djela za koje je optužen i odluku o troškovima krivičnog postupka i imovinskopopravnom zahtjevu, ako je bio postavljen. U slučaju sticaja krivičnih djela, sud će u izreku presude unijeti kazne utvrđene za svaku pojedinačno krivično djelo, a zatim jedinstvenu kaznu koja je izrečena za sva djela u sticaju. U obrazloženju presude sud će iznijeti razloge za svaku tačku presude. Sud će određeno i potpuno iznijeti koje činjenice i iz kojih razloga uzima kao dokazane ili nedokazane, dajući naročito ocjenu vjerodostojnosti protivrječnih dokaza, iz kojih razloga nije uvažio pojedine prijedloge stranaka, iz kojih razloga je odlučio da se ne sasluša neposredno svjedok ili vještak čiji je iskaz pročitan, kojim razlozima se rukovodio pri rješavanju pravnih pitanja, a naročito pri utvrđivanju da li postoji krivično djelo i krivična odgovornost optuženog i pri primjenjivanju određenih odredaba odgovarajućeg krivičnog zakona na optuženog i njegovo djelo. Ako je optuženom izrečena kazna, u obrazloženju će se navesti koje je okolnosti sud uzeo u obzir pri odmjeravanju kazne. Sud će posebno obrazložiti kojim se razlozima rukovodio pri odluci da kaznu treba ublažiti ili optuženog oslobođiti od kazne ili izreći uslovnu osudu ili da treba izreći mjeru sigurnosti ili oduzimanje imovinske koristi. Ako se optuženi oslobađa od optužbe u obrazloženju će se naročito navesti iz kojih se razloga to čini. U obrazloženju presude kojom se optužba odbija sud se neće upuštati u ocjenu glavne stvari, nego će se ograničiti samo na razloge za odbijanje optužbe.

Zakonom je propisano i pravo na žalbu i rok za izjavljivanje žalbe. Protiv presude donijete u prvom stepenu može se podnijeti žalba drugostepenom sudu, i to u roku od 15 dana od dana dostavljanja prepisa presude. Međutim, u složenim stvarima, na zahtjev stranaka i branioca, sud može produžiti rok za žalbu najduže za još 15 dana. Do odluke suda o zahtjevu za produženje roka za žalbu ne teče rok za žalbu. Pravilo je da blagovremeno podnijeta žalba odlaže izvršenje presude.

Bitni elementi koje žalba treba sadržavati su sljedeći, i to:

- označenje presude protiv koje se podnosi žalba (naziv suda, broj i datum presude);
 - osnov za pobijanje presude;
 - obrazloženje žalbe;
 - prijedlog da se pobijena presuda potpuno ili djelimično ukine ili preinaci, ako i
 - potpis lica koje podnosi žalbu.
- Presuda može pobijati zbog sljedećih razloga, i to:
- bitne povrede odredaba krivičnog postupka;
 - povrede krivičnog zakona;
 - zbog pogrešno i nepotuno utvrđenog činjeničnog stanja, kao i zbog
 - odluke o krivičnopravnim sankcijama, oduzimanju imovinske koristi, troškovima krivičnog postupka, imovinskopravnom zahtjevu, kao i zbog odluke o objavljinju presude putem sredstava javnog informisanja.

U krivičnom postupku oštećeni, pored moralne satisfakcije zbog donošenja osuđujuće presude, mogu postaviti imovinskopravni zahtjev na ime naknade štete nastale izvršenjem krivičnih djela. Tužilac je dužan takve dokaze prikupiti u fazi istrage, odnosno utvrditi sve činjenice potrebne za odlučivanje u imovinskopravnom zahtjevu, te dokaze uz optužnicu dostaviti sudu na potvrđivanje, s obzirom da o imovinskopravnom zahtjevu odlučuje sud. Sud može predložiti oštećenom i optuženom sprovođenje postupka medijacije ukoliko ocijeni da je imovinskopravni zahtjev takav da bi bilo svrshodno uputiti ga na

medijaciju. Takav prijedlog mogu dati i optuženi i oštećeni do završetka glavne rasprave. U presudi kojom se optuženi oglašava krivim sud može oštećenom dosuditi imovinskopravni zahtjev u potpunosti ili djelimično, a za ostatak ga uputiti na parnični postupak. Ako podaci krivičnog postupka ne pružaju pouzdan osnov ni za potpuno ni djelimično presuđivanje, sud će oštećenog uputiti da imovinskopravni zahtjev u potpunosti ostvaruje u parničnom postupku. U slučaju da sud doneše oslobađajuću presudu ili presudu kojom se optužba odbija, ili kad rješenjem obustavi krivični postupak, oštećenog će uputiti da imovinskopravni zahtjev može u potpunosti ostvariti u parničnom postupku.⁶³

Osumnjičeni, odnosno optuženi i njegov branilac mogu do završetka glavnog pretresa pred žalbenim vijećem pregovarati sa tužiocem o uslovima priznavanja krivice za djelo za koje se osumnjičeni, odnosno optuženi tereti. Sporazum o priznanju krivice ne može se zaključiti ako se optuženi na ročištu za izjašnjenje o krivici izjasnio krivim. Prilikom pregovaranja sa osumnjičenim, odnosno optuženim i braniocem o priznanju krivice, tužilac može predložiti izricanje kazne ispod zakonom određenog minimuma kazne zatvora za to krivično djelo, odnosno blažu sankciju za osumnjičenog, odnosno optuženog u skladu sa krivičnim zakonom.

Sporazum o priznanju krivice sačinjava se u pisanom obliku i uz optužnicu se dostavlja sudiji za prethodno saslušanje, sudiji, odnosno vijeću, koji sporazum mogu prihvati ili odbaciti.

Prilikom razmatranja sporazuma o priznanju krivnje sud provjerava:

- da li je do sporazuma o priznanju krivice došlo dobrovoljno, svjesno i sa razumijevanjem, kao i nakon upoznavanja sa mogućim posljedicama, uključujući i posljedice vezane uz imovinskopravni zahtjev, oduzimanje imovinske koristi pribavljene krivičnim djelom i troškove krivičnog postupka;
- da li postoji dovoljno dokaza o krivici optuženog;

⁶³ S. Sarajlija, *cit. djelo*, str. 607

- da li optuženi razumije da se sporazumom o priznanju krivice odriče prava na suđenje i da ne može uložiti žalbu na krivičnopravnu sankciju koja će mu se izreći;
- da li je izrečena krivičnopravna sankcija u skladu zakonom, i
- da li je otuženom pružena mogućnost da se pred tužiocem izjasni o imovinskopravnom zahtjevu.

Ako sud prihvati sporazum o priznanju krivice, izjava optuženog će se unijeti u zapisnik i nastaviti sa raspravom za izricanje krivičnopravne sankcije predviđene sporazumom. Međutim, ako ga sud odbaci, to će saopšiti strankama i braniocu i konstatovati u zapisniku. Istovremeno će se odrediti datum održavanja glavne rasprave. Glavna rasprava će se zakazati u roku od 30 dana. Priznanje iz ovog sporazuma ne može se koristiti kao dokaz u krivičnom postupku. O rezultatima pregovaranja o krivici sud će takođe obavijestiti i oštećenog.

Zaključenje sporazuma o priznanju krivice ubrzava krivični postupak i smanjuje troškove postupka. Naime, vrlo često se u praksi dešava da tužioci uz optužnicu podnesu sudu i sporazum o priznanju krivice, tako da sam postupak do donošenja presude traje veoma kratko, a i sami troškovi su manji. Imajući u vidu da osumnjičeni, odnosno optuženi koji imaju branioca po službenoj dužnosti, na kraju postupka često budu obavezani da plate i troškove branioca po službenoj dužnosti čiji troškovi nekada iznose i nekoliko stotina hiljada maraka, dok su kod sporazuma troškovi puno manji. Takođe iz sudske prakse proizlazi da su sankcije u sporazumima niže, za razliku od sankcija koje su izrečene nakon sprovedenog postupka po održavanju glavnog pretresa.

Za sva krivična djela protiv zdravlja ljudi je bitno da se ostvare njihova zakonom propisana obilježja.⁶⁴

⁶⁴ Z. Tomić, *Krivično pravo I*, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2008, str. 259

2.2.3.2. Način učinjenja krivičnog djela

Krivično djelo može biti učinjeno sa direktnim ili eventualnim umišljajem. Učinilac postupa sa direktnim umišljajem kada je bio svjestan svog djela i htio njegovo učinjenje, dok se eventualnim umišljajem postupa kad je bio svjestan da zbog njegovog činjenja ili nečinjenja može nastupiti zabranjena posljedica, ali je, i pored toga, pristao na njen nastupanje. Učinilac postupa iz svjesnog nehata kada je bio svjestan da zbog njegovog činjenja ili nečinjenja može nastupiti zabranjena posljedica, ali je olako držao da neće nastupiti ili da će je moći spriječiti, dok nesvjesni nehata podrazumijeva da učinilac nije bio svjestan mogućnosti nastupanja zabranjene posljedice, iako je prema okolnostima i prema svojim ličnim svojstvima bio dužan i mogao biti svjestan i te mogućnosti.⁶⁵

Jedan od najvećih i najbitnijih problema kod umišljaja, kao i u krivici u cjelini, jeste razgraničenje eventualnog umišljaja od svjesnog nehata. Element svijesti je isti, dok postoji razlika u elementu volje. Učinilac kod eventualnog umišljaja pristaje da učini krivično djelo, a kod svjesnog nehata on ne želi nastupanje posljedice, odnosno ne pristaje na krivično djelo. Kod određivanja pojma pristajanja, i danas je aktuelna Frankova metoda (npr. da li bi učinilac podmetnuo požar u stambenoj zgradiji da je znao da će time prouzrokovati smrt lica koje se nalazilo u zgradiji), ako se od toga uzdrži, onda je tu riječ o svjesnom nehatu, a ako ne, onda je riječ o eventualnom umišljaju. Frankova formula predstavlja relativno preciznu granicu između eventualnog umišljaja i svjesnog nehata, ali njena primjena u praksi je neznatna. Ovdje se radi o dvostrukom hipotetičkom pitanju, ali na koje je u konkretnom slučaju teško dati odgovor, tj. koji se uopšte ne može utvrditi. U praksi je uvijek lakše utvrditi kada postoji direktni umišljaj, odnosno kada je učinilac htio izvršenje krivičnog djela, dok je mnogo teže utvrditi kada je samo pristao na nastupanje posljedice. I kod učinioца koji postupa sa eventualnim umišljajem postoji svijest o načinu, sredstvu, vremenu i mjestu učinjenja krivičnog djela, dakle, svijest o modalitetima radnje učinjenja. I kod

⁶⁵ N. Stanković, *Krivično pravo – opšti dio*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2016, str. 147-156

učinioца koji postupa sa eventualnim umišljajem, kada je u pitanju način i sredstvo učinjenja, postoji svijest da tim načinom ili tim sredstvom može dovesti do nastupanja posljedice (npr. nesavjesno liječenje).⁶⁶

Najčešće se krivična djela protiv zdravlja ljudi čine iz svjesnog ili nesvjesnog nehata, a koja su sredstva neprikladna određuje se prema pravilima medicinske struke, pa su u tom smislu i u medicini utvrđeni određeni standardi koji važe pri pružanju ljekarske pomoći. Ovo praktično znači da bi neprikladno sredstvo liječenja predstavljalo svako ono sredstvo koje je u suprotnosti sa dostignućima medicinske nauke, a koji predstavnici bilo kojeg medicinskog shvatanja ili škole u konkretnom slučaju smatraju beskorisnim ili štetnim.⁶⁷ Znači, da bi postojala krivična odgovornost ljekara mora postojati gruba greška ljekara koja krši pravila medicinske struke i nauke.

Da bi se utvrdilo postojanje grube greške, tj. da bi se utvrdilo postojanje krivičnog djela nesavjesno liječenje, ljekar mora počiniti medicinsku grešku, mora doći do pogoršanja zdravstvenog stanja, a između radnji ljekara i greške mora postojati uzročno-posljeđična veza, te da je djelo počinjeno sa umišljajem ili nehatom.

Često je nemoguće procijeniti koliko je, inače neizbjježan ishod, ubrzan medicinskom greškom ili komplikacijom⁶⁸, što znači da ljekar ne snosi bilo kakvu krivicu za komplikaciju ili neizbjježan ishod, dok za medicinsku grešku odgovornost uvijek postoji.

Za razliku od građanske odgovornosti ljekara, krivična odgovornost pretpostavlja tešku ili grubu ljekarsku grešku, s obzirom da se smatra da se manje greške mogu potkrasti. Treba napomenuti da se nehatni oblik krivice u krivičnom pravu cijeni drugačije nego u građanskom pravu. Naime, krivica se utvrđuje prema subjektivnom mjerilu za pažnju, tj. krivim se smatra samo onaj ljekar koji je prema svojim ličnim sposobnostima i

⁶⁶ N. Stanković, *cit. djelo*, 2016, str. 151.

⁶⁷ Z. Tomić, *Deliktna odgovornost zdravstvenih radnika prema Krivičnom Zakonu F BiH*, Materija sociomedica world 20 no.1. 2008, str. 18

⁶⁸ H. Šobat, *Razlika između pogreške i komplikacije u naknadi štete*, Liječnički vjesnik 130., Zagreb, 2008, str. 303

individualnim znanjima bio sposoban da se ponaša onako kako se od njega očekuje, pa je bio prosječno sposoban i savjestan ljekar određene struke, što znači da je mjerodavno subjektivno moguća pažnja. Međutim, sudovi su priznali da krivo postupa i onaj ljekar koji bez nužde preduzme neku radnju, iako zna ili bi mogao znati da mu za to nedostaje potrebno znanje, ili ako uprkos znanjima i iskustvima nije u stanju da postupi kako valja iz nekih drugih razloga, npr. premorenosti, opijenosti, bolesti. Takav ljekar bi trebao pacijenta uputiti kolegi ili drugom ljekaru u drugoj bolnici. Ako to ne uradi može odgovarati zbog krivice prihvatanja.

Naime, ljekarska greška sama za sebe nije dovoljna da bi ljekar odgovarao. Krivica iziskuje znatno pogoršanje zdravlja, jer manje pogoršanje zdravlja govori o neznatnoj društvenoj opasnosti ili odsutnosti krivičnog djela.⁶⁹

Kao što je već ranije navedeno, tužilaštvo podnosi sudu optužnicu na potvrđivanje. Sama činjenica da je optužnica došla na potvrđivanje predstavlja ograničavanje prava za optužene, dok potvrđivanje optužnice od strane suda, znači da postoji dovoljno osnovane sumnje da je krivično djelo počinjeno. Samim potvrđivanjem optužnice pogotovo u slučajevima kada se radi o ljekarima, javnim ličnostima, dolazi do situacije da isti budu medijski eksponirани nego „obični ljudi“, pa se postavlja pitanje, da li u tom slučaju treba biti oprezniji kod podizanja optužnica i potvrđivanja istih, jer se narušava i ugled i čast. Od podizanja optužnice do izricanja presude može proći nekoliko godina. Posebno ako se donese oslobađajuća presuda, to bi podrazumijevalo je optuženi cijelo vrijeme bio izvrgnut ruglu sredine. Takođe se postavlja pitanje odgovornosti tužioca i sudija za načinjenu štetu optuženima, jer je jasno da dolazi do povrede ugleda i časti prilikom podizanja optužnice, potvrđivanja optužnice, a na kraju takve situacije završavaju pravosažno oslobađajućim presudama. Čini se da sudije često olako potvrđuju optužnice koje tužiocci olako podižu, ne vodeći računa o šteti koja nastaje po optužene. Često se u prvostepenoj presudi navode nalaz i mišljenje vještaka, koji se upuštaju u pravna pitanja, iako vještak ne može odlučivati šta je dokazano, a šta nije, već da tu radnju može obaviti

⁶⁹ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 196 i 197

samo sudija. Kada već govorimo o greškama ljekara, postavlja se pitanje grešaka, odnosno odgovornosti i sudija i tužilaca, ali to nije predmet razmatranja ove naučne discipline.

2.2.4. Građanska odgovornost zdravstvenih radnika

U postupku naknade štete, odnosi građanina/pacijenta i zdravstvene ustanove u svim oblicima vlasništva, regulisana su po načelima odgovornosti u skladu sa zakonom. Zaštitu svojih prava pacijent može zatražiti od nadležnog inspekcijskog tijela i nadležnog tijela zdravstvenog osiguranja. Istovremeno je utvrđeno da su građani dužni svoja prava na zdravstvenu zaštitu koristiti u skladu sa zakonom i uputstvima o liječenju koja im daje porodični ljekar, odnosno doktor medicine i doktor stomatologije, te da su lično odgovorni ako se ne pridržavaju ovih uputstava.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju je utvrđeno da se u postupku rješavanja o pravima iz zdravstvenog osiguranja primjenjuje Zakon o (opštem) upravnom postupku. Osnovna svrha Zakona o zdravstvenoj zaštiti je da se građanima omogući jednaka, primjerena, kontinuirana, kvalitetna i bezbjedna zdravstvena zaštita. Navedena zdravstvena zaštita zasniva se na partnerskom odnosu pacijenta, kao primaoca (korisnika) zdravstvenih usluga i zdravstvene ustanove, privatne prakse odnosno zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika. Istovremeno je utvrđeno da pacijent ima pravo, samo u slučaju kada mu je uskraćena zdravstvena zaštita, odnosno ako nije zadovoljan pruženom zdravstvenom uslugom, odnosno postupkom zdravstvenog ili drugog radnika zdravstvene ustanove, podnijeti prigovor direktoru zdravstvene ustanove. U roku od 15 dana direktor je dužan riješiti po prigovoru. Rješenje direktora je konačno i nakon donošenja rješenja ili u slučaju da direktor u propisanom roku nije odlučio o prigovoru, pacijent ima pravo pokrenuti upravni spor pred nadležnim sudom. Iz navedenog proizlazi da pacijent nema pravo tražiti zaštitu drugih garantovanih prava, kao npr. zaštitu privatnosti, povjerljivost ličnih informacija, uvid u liste čekanja, te zaštitu ukoliko je došlo do

uskraćivanja informacija o njegovom zdravlju, ili u vezi sa slobodnim izborom medicinskog tretmana i sl.

U praksi je broj podnijetih prigovora često mali u odnosu na ukupan broj osiguranih lica koji koriste usluge zdravstvene zaštite. Prepostavka je da jedan od razloga leži u činjenici da građani – pacijenti zbog nedovoljnog znanja i straha od činjenice da se moraju ponovno obratiti u istu ustanovu za kontrolni pregled ili eventualno neku drugu ustanovu, ne smiju da podnesu prigovor, iako su nezadovoljni uslugama koje su im pružene.

U krajnjem se plaše eventualnih štetnih posljedica i negativnog odnosa ljekara pojedinačno kada se ponovno jave na pregled, a protiv istog su podnijeli prigovor. Shodno navedenom u okviru postojećih mehanizama zaštite prava iz oblasti zdravstvene zaštite, neophodno je izvršiti odgovarajuće izmjene i dopune važeće regulative, te istom utvrditi odredbe kojima će se građani – pacijenti zaštiti u situacijama kada podnose prigovore, od eventualnih štetnih posljedica i negativnog odnosa prema njima nakon pokretanja postupka zbog povrijeđenih prava.

2.2.4.1.Građanskopravna zaštita

Kada govorimo o mehanizmu građanskopravne zaštite u vezi sa povredama prava pacijenta, bitno je pojasniti sljedeće, i to:

- pravo na naknadu štete sa aspekta ljekarske greške;
- odgovornost ljekara zbog ljekarske greške i vrste te odgovornosti;
- vrste ljekarske greške, kao i
- uzročnu vezu između ljekarske greške i pričinjene štete.

Posebno je neophodno napomenuti da se u konkretnom slučaju primjenjuje Zakon o parničnom postupku i Zakon o obligacionim odnosima, i to posebno odredbe koje se odnose na prouzrokovanje i naknadu štete. Pravilo je da, ko drugom prouzrokuje štetu, dužan ju je nadoknaditi, osim ukoliko ne dokaže da nije šteta nastupila njegovom

krivicom, zatim za štetu bez obzira na krivicu, a odgovara i u drugim slučajevima predviđenim zakonom.

Okolnost da se pacijent saglasio sa obavljanjem operacije radi liječenja sama po sebi ne oslobađa zdravstvenu ustanovu od odgovornosti za propuste pri operacionom zahvatu. S druge strane, zdravstvena ustanova ne odgovara za štetu ako se ne dokaže uzročna veza između liječenja i štetne posljedice.

Subjektivna odgovornost za štetu može biti dvostruka, tj. može se raditi o odgovornosti kod koje se krivnja doktora dokazuje i o odgovornosti gdje se krivica prepostavlja. Varijanta subjektivne odgovornosti oštećenog stavlja u povoljniji položaj, s obzirom da samo mora dokazati nastanak štetne radnje, te uzročnu vezu između radnje i posljedice, dok se krivica ljekara ne mora dokazivati. Krivica ljekara se presumira, što znači da se ljekar, odnosno zdravstveni radnik, oslobađa od odgovornosti ako dokaže da nije kriv za nastalu štetu, već da je prilikom pružanja zdravstvene usluge primjenjivao pravila zdravstvene struke pažnjom dobrog stručnjaka i postupao na temelju etičkih i moralnih principa. Sud ima zadatak da, imajući u vidu izvedene dokaze, pronađe pravu mjeru objektivnog rizika koja zaista postoji i subjektivne nesavjesnosti u neznanju ljekara. Ljekar je dužan da postupa *lege artis*, tj. da primjenjuje stručno znanje i opštepriznata medicinska dostignuća. Sam pojam medicine i pravila medicinske struke su veoma promjenljiva, pošto medicina brzo napreduje i usavršava se. Prema tome, uvjek se moraju uzeti u obzir konkretne okolnosti slučaja i uslovi kojima raspolaže medicinska ustanova u kojoj se vrši liječenje. Prosječni zahtjevi pažnje uzimaju se prema užoj stručnosti, socijalnoj sredini u kojoj ljekar radi i prema tehničkoj opremljenosti kojom ljekar raspolaže. Ovo praktično znači da ljekar nije postupao sa potrebnom pažnjom kad napravi grešku koju drugi ljekar njegove specijalnosti, u istoj situaciji ne bi napravio ili bi je mogao izbjjeći. Već je ranije istaknuto da su medicinske radnje po pravilu dopuštene i da su protivpravne samo ako su obavljene nepropisno, odnosno suprotno pravilima medicinske struke i nauke.

Objektivna građanska odgovornost ljekara postoji u slučaju kada oštećeni mora dokazati štetnu radnju, štetu, uzročnu vezu između štetne radnje i štete, kao i protivpravnosti štetne radnje.⁷⁰ Objektivna odgovornost postoji samo u izuzetnim slučajevima, i to ako se radi o licu koje je učestvovalo u medicinskom eksperimentu i dobrovoljnom davaocu krvi za štetu uzrokovanu infekcijom. Pri pružanju zdravstvenih usluga se koriste brojni aparati koji se mogu smatrati opasnim, kao što su laser, zračenje itd. Od ovakvih aparata štetu mogu pretrpjeti pacijenti, tako da se u tom slučaju može govoriti o opasnoj djelatnosti. U ovom slučaju se odgovara bez obzira na krivicu, pošto se smatra da šteta nastala u vezi sa opasnom stvari potiče od te stvari, osim ako se dokaže da nije postojala uzročno-posljedična veza. Ta veza mora postojati između štetne radnje kao uzroka, i nastale štete kao posljedice. S obzirom da se uzročna veza prepostavlja, pacijent je u konkretnom slučaju dužan dokazati njen postojanje, tj. da je štetna posljedica, posljedica ljudske greške i da je uzročna veza neprekinuta. Ljekar se može oslobođiti od odgovornosti za štetu pod sljedećim uslovima, i to:

- ako se utvrdi da nema uzročne veze (kauzalnog neksusa) između postupanja ljekara i nastale štete;
- ako se utvrdi da je šteta nastala bez krivice ljekara, odnosno da je riječ o šteti koja se u medicinskoj terminologiji označava kao komplikacija, i
- ako se utvrdi da je šteta nastala višom silom, radnjom oštećenika ili radnjom treće osobe u slučaju kada se odgovornost ocjenjuje prema načelu objektivnog kauzaliteta.

2.2.4.2. Postupak za naknadu štete

Postupak za naknadu štete pokreće se tužbom tužioca, tj. onog koji je oštećen u postupku liječenja. Tužba mora sadržavati sljedeće obavezne elemente, i to:

⁷⁰ T. Babić i S.Roksandić, *cit. djelo*, str. 171

- određen zahtjev u pogledu glavne stvari i sporednih potraživanja;
- činjenice na kojima tužilac zasniva svoj tužbeni zahtjev;
- dokaze kojima se utvrđuju te činjenice;
- naznaku vrijednosti spora, kao i
- druge podatke.

Tužba, odgovor na tužbu, protivtužba, odgovor na protivtužbu, pravni lijekovi i druge izjave, prijedlozi i saopštenja koji se daju izvan rasprave, podnose se pismeno (podnesci). Uslov pismene forme ispunjavaju i podnesci upućeni telegramom, telefaksom ili elektronskom poštom. Ovakvi podnesci se smatraju potpisanim, ako je u njima označen pošiljalac.

Podnesci moraju biti razumljivi i moraju sadržavati sve ono što je potrebno da bi se u vezi s njima moglo postupiti. Naročito trebaju sadržavati: oznaku suda, ime i prezime odnosno naziv pravnog lica, prebivalište ili boravište, odnosno sjedište stranaka, njihovih zakonskih zastupnika i punomoćnika, ako ih imaju, predmet spora, sadržaj izjave i potpis podnosioca. Ako izjava sadrži kakav zahtjev, stranka mora u podnesku navesti činjenice i dokaze na kojima zasniva svoj zahtjev. Podnesci koji se dostavljaju elektronskom poštom moraju biti ovjereni kvalifikovanim elektronskim potpisom. Podnesci sa prilozima koji se dostavljaju protivnoj stranci, predaju se sudu u dovoljnem broju primjeraka za sud i protivnu stranku. Parnica počinje dostavljanjem tužbe na odgovor tuženom.

Šteta se može definisati kao umanjenje nečije imovine (obična šteta) i sprječavanje njezina pojačanja (izmakla korist), a i nanošenje drugom licu fizičkog ili psihičkog bola, straha (nematerijalna šteta). Svako ima pravo zahtijevati pred sudom ili od drugog nadležnog organa da naredi prestanak radnji kojim se povređuje integritet ljudske ličnosti, ličnog i porodičnog života i drugih prava njegove ličnosti, dok materijalna šteta postoji, na primjer, kada je bolesnik pohranio u bolnici vrijedne stvari, u tom slučaju zdravstvena ustanova odgovara za štetu koju pretrpi pacijent,

ako je u njezinom djelovanju, odnosno postupanju njezinih radnika postojala krivica.⁷¹

Sud odmah nakon prijema tužbe, počinje pripreme za glavnu raspravu, koje obuhvataju prethodno ispitivanje tužbe, dostave tužbe na odgovor, održavanje pripremnog ročišta i zakazivanje glavne rasprave. Nakon što sud utvrdi u postupku prethodnog ispitivanja, da tužba sadrži sve elemente propisane zakonom, tužbu sa prilozima šalje na odgovor tuženom, koji je dužan dostaviti u roku od 30 dana, nakon čega sud zakazuje pripremno ročište. U slučaju da tuženi nije dostavio odgovor na tužbu, a tužilac u tužbi nije tražio donošenje presude zbog propuštanja i u tom slučaju će se održati pripremno ročište koje određuje sud uz prethodnu konsultaciju sa strankama.

Pripremno ročište će se održati u roku od 30 dana od dana prijema odgovora na tužbu ili od dana kada je odgovor trebao biti dostavljen. Pripremno ročište započinje izlaganjem tužbe i odgovora na tužbu, te iznošenjem pitanja i dokaza koji će se raspravljati na tom pripremnom ročištu. Sud će prema rezultatima raspravljanja na pripremnom ročištu, odlučiti o čemu će se raspravljati i na glavnoj raspravi. Sud može najkasnije na pripremnom ročištu, ukoliko ocijeni da je to svrshishodno s obzirom na prirodu spora, predložiti strankama da postupak riješe medijacijom, dok suđsku nagodbu stranke u postupku mogu zaključiti tokom cijelog postupka. Na pripremnom ročištu, sud će riješenjem odrediti:

- dan i sat održavanja glavne rasprave;
- pitanja o kojima će se raspravljati na glavnoj raspravi;
- dokazi koji će se izvesti na glavnoj raspravi, i
- lica koja će biti pozvana na glavnu raspravu.

Glavna rasprava će se održati najkasnije u roku od 30 dana od dana održavanja pripremnog ročišta, što se u konkretnim slučajevima rijetko dešava. Često se dešava da pripremno ročište, pa i glavna rasprava ne budu zakazani ni za godinu dana.

⁷¹ I. Crnić, *Odgovornost lječnika za štetu*; Organizator, Zagreb, 2006.godina, strana 123.

Nakon okončanja glavne rasprave, sud donosi presudu kojom se odlučuje o zahtjevu koji se tiče glavnih stvari i sporednih potraživanja, a sud će prisutne stranke obavjestiti o datumu donošenja presude, dok je pismeni otpovjednik dužan izraditi najkasnije u roku od 30 dana.

Pismeno izrađena presuda mora imati sljedeće komponente, i to:

- uvod;
- dispozitiv ili izreku;
- obrazloženje;
- odluku o troškovima, kao i
- uputstvo o pravu izjavljivanja pravnog lijeka protiv presude.

Protiv presude donijete u prvom stepenu stranke mogu podnijeti žalbu u roku od 30 dana od dana donošenja presude, odnosno, ako se presuda dostavlja u skladu s odredbama zakona koje se tiču načina dostavljanja, 30 dana nakon dostavljanja prepisa presude. U mjeničnim i čekovnim sporovima taj rok je 15 dana. Blagovremeno podnijeta žalba sprječava da presuda postane pravosnažna u dijelu koji se pobija žalbom.

O žalbi protiv presude odlučuje drugostepeni sud. Žalba mora sadržavati sljedeće elemente, i to:

- označenje presude protiv koje se izjavljuje žalba;
- izjavu da se presuda pobija u cjelini ili u određenom dijelu;
- razlog žalbe, kao i
- potpis podnosioca žalbe.

U žalbi se ne mogu iznositi nove činjenice i predlagati novi dokazi, osim ako žalilac dokaže da ih bez svoje krivice nije mogao predložiti do zaključenja glavne rasprave. Ni prigovor o zastari se ne može iznositi u žalbi. Razlozi zbog kojih se presuda može pobijati su sljedeći:

- zbog povrede odredaba parničnog postupka;
- zbog pogrešno ili nepotpuno utvrđenog činjeničnog stanja, i
- zbog pogrešne primjene materijalnog prava.

Presuda zbog propuštanja ne može se pobijati zbog pogrešno ili nepotpuno utvrđenog činjeničnog stanja, što je i logično. Presuda na osnovu priznanja i presuda na osnovu odricanja mogu se pobijati zbog povrede odredaba parničnog postupka ili zbog toga što je izjava o priznanju, odnosno o odricanju data u zabludi ili pod uticajem prisile ili prevare. Kada se presuda na osnovu priznanja i presuda na osnovu odricanja pobija zbog toga što je izjava o priznanju ili odricanju data u bitnoj zabludi ili pod uticajem prisile ili prevare, stranka može u žalbi iznijeti i nove činjenice, te predložiti nove dokaze koji se tiču tih mana u volji.

Žalba se podnosi sudu koji je izrekao prvostepenu presudu u dovoljnom broju primjeraka za sud i suprotnu stranu, s tim da o žalbi odlučuje drugostepeni sud koji može u sjednici vijeća ili na osnovu održane rasprave postupiti na jedan od sljedećih načina, i to:

- odbaciti žalbu kao neblagovremenu, nepotpunu ili nedopuštenu;
- odbiti žalbu kao neosnovanu i potvrditi prvostepenu presudu;
- ukinuti prvostepenu presudu i uputiti predmet prvostepenom суду na ponovno suđenje;
- ukinuti prvostepenu presudu i odbaciti tužbu, ili
- preinačiti prvostepenu presudu.

Prvostepena presuda se povodom žalbe može ukinuti i predmet vratiti prvostepenom суду na ponovno odlučivanje samo jednom, osim ako se radi o presudi na osnovu priznanja, presudi na osnovu odricanja i presudi zbog propuštanja.

Najjednostavniji postupak rješavanja sporova vezano za naknadu štete zbog ljekarske greške, s obzirom na preveliku opterećenost sudova, bi bila medijacija. Međutim, ovaj institut u praksi se rijetko koristi. Naime, medijacija je jedna od alternativnih metoda rješavanja sporova, to jeste postupak u kojem treća nepristrasna osoba (medijator, izmiritelj,

posrednik), kojoj su strane sporazumno povjerile tu zadaću, pomaže strankama da pokušaju pronaći rješenje u zajedničkom interesu.⁷²

3. DEFINISANJE POJMA PACIJENTA

U našem zdravstvenom zakonodavstvu, pojam pacijent ima svoje zakonsko određenje. Pacijent je svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga s ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njegе i rehabilitacije.

Dugo vremena se samo bolesna osoba, kojoj je pružana zdravstvena usluga, liječenja smatrala pacijentom. Zdrave osobe, bez obzira što su i njima pružane zdravstvene usluge, kao npr. usluge preventivne medicine, nisu se smatrале pacijentom, sve dok nije usvojena opšteprihvaćena definicija zdravlja koju je utvrdila svjetska zdravstvena organizacija⁷³, koja zdravlje definisiše kao psihičko, fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti ili iznemoglosti.

Iz ove definicije proizlazi da je pacijent svaka bolesna ili zdrava osoba kojoj se pruža ili koja zatraži zdravstvenu zaštitu s ciljem očuvanja ili unapređenja zdravlja, kao i sve mehanizme za zaštitu tih prava. Prava pacijenta i zaštita tih prava uređuje svaka država, bilo zakonom kojim isključivo uređuje prava i zaštitu prava pacijenta, bilo zakonom kojim uređuje zdravstvenu zaštitu uopšte, ili ta prava i zaštitu tih prava proizlaze iz zakona kojima se štite osnovna ljudska prava.

Zaštita prava pacijenta zaokuplja sve više pažnju, kako pacijenta, tako i stručnih krugova. Etimološki gledano, riječ pacijent potiče od latinske riječi *patiens*, što znači strpljenje, patnja, što je dovoljno da pojasni

⁷²Dž. Hadžić, *Javnopravna zaštita pacijenata u pravnom sistemu BiH*, FCJP, strana 11 i 12;

⁷³Svjetska zdravstvena organizacija, sa sjedištem u Ženevi, osnovana je u okviru UN-a 7.04.1948.godine.

u kakvom je položaju osoba koja je bolesna i kojoj je potrebno liječenje ili zdravstvena njega ili rehabilitacija.

Pravni osnov za donošenje propisa kojima se reguliše pravna zaštita prava pacijenata u Bosni i Hercegovini, sadržan je u ustavima entiteta i Statutu Brčko distrikta, a, pored toga, i u propisima koji regulišu oblast zdravstvene zaštite, zdravstvenog osiguranja, zaštite ličnih podataka i drugim zakonima.

Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata u Federaciji Bosne i Hercegovine⁷⁴ regulisana su navedena prava i postupak za zaštitu tih prava pacijenata, dok je u Republici Srpskoj⁷⁵ i Brčko distriktu Bosne i Hercegovine⁷⁶ ova materija regulisana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, i u Republici Srpskoj Zakonom o pravima pacijenata.⁷⁷

Donošenjem navedenih zakona stvoreni su uslovi za ostvarivanje približno jednake, primjerene, kontinuirane, dobre, kvalitetne i bezbjedne zdravstvene zaštite, kao i ostvarivanje i zaštita prava pacijenata. Ovim zakonima u naš pravni sistem, u najvećem dijelu, implementirane su odredbe Evropske povelje o pravima pacijenata, koja je donijeta 2002. godine u Rimu (Rimska povelja).

Pored prava utvrđenih Rimskom poveljom u BiH, utvrđena su i sljedeća dodatna prava pacijenata: pravo na prehranu u skladu sa svjetonazorom, na obavljanje vjerskih obreda, na održavanje ličnih kontakata i na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove. Pravo na inovacije, koje je utvrđeno Rimskom poveljom⁷⁸, kao takvo nije propisano zakonima u BiH.

⁷⁴ Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta FBiH („Službene novine FBiH“, broj 40/10)

⁷⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 106/09 i 44/15);

⁷⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 38/11, 09/13, 27/14 i 03/15);

⁷⁷ Zakon o pravima pacijenata RS („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 45/13);

⁷⁸ www.pravapacijenata.ba (28.08.2018.)

Neophodno je napomenuti da su zakoni o zdravstvenom osiguranju, zdravstvenoj zaštiti, kao i zakoni koji uređuju oblast prava pacijenata, u najvećoj mjeri usaglašeni sa međunarodnim dokumentima koji regulišu ovu oblast.

Pacijent mora biti aktivni partner u procesu ostvarivanja zdravstvene zaštite i aktivno učestvovati u svom liječenju, zajedno sa zdravstvenim profesionalcima. Pored toga, pacijent mora biti informisan o načinu i toku liječenja, eventualnim mogućim komplikacijama i rezultatima liječenja, te dati svoj pristanak na takvo liječenje.

Razvojem medicinske nauke i tehnologije, sve je teže pratiti kako da se pacijent, kao neuka stranka, aktivno uključi u tok liječenja, jer je ranjiv zbog same činjenice da je njegovo zdravlje narušeno i ugroženo, te da se teško snalazi u svim opcijama za liječenje određene bolesti.⁷⁹ Pacijent je, takođe, dužan da se u granicama svojih mogućnosti uključi u društvenu brigu za zdravlje, kao i da povrijeđenom ili bolesnom u hitnom slučaju pruži prvu pomoć i omogući dostupnost do najbliže zdravstvene ustanove. Pacijent je dužan da čuva sopstveno zdravlje, zdravlje drugih ljudi kao i životnu i radnu okolinu. Pacijent u središtu (engl. *patient-centeredness*, *patient-focused care*, *patient-oriented care*) je model/pojam koji znači da bolesnik i njegova porodica jesu i trebaju biti uključeni u zdravstvenu zaštitu kroz usku saradnju sa zdravstvenim radnicima i uticati na donošenje odluka i oblikovanje zdravstvene politike. Nažalost, u većini zdravstvenih ustanova diljem svijeta, osnove zdravstvene zaštite usmjerene na osobu su nejasne. Svaka ustanova može imati svoj specifičan pristup u uspostavljanju modela „pacijent u središtu“, a preporuke instituta Picker iz Bostona i njegovih sestrinskih organizacija u Evropi mogu pri tome biti od koristi.⁸⁰

Iz ovoga proizlazi da se radi o dvostranom pravnom poslu, tj. ugovoru za koji nije propisana posebna forma.

⁷⁹ Dž. Hadžić, *cit. djelo*, str. 3

⁸⁰ <http://aaz.hr/hr/content/sto-znaci-pojam-pacijent-u-sredistu> (14.11.2018.)

Pod pojmom zdravstvene zaštite podrazumijeva se da pacijent ima pravo na dobru i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Dobra i kvalitetna zdravstvena zaštita obuhvata sprječavanje, prevenciju i liječenje bolesti. Da bi se govorilo o dobroj i kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti treba imati u vidu da usluge zdravstvene zaštite pružaju zdravstvene ustanove koje moraju obezbijediti kadrove (zdravstvene i nezdravstvene), te za njih obezbijediti kontuiranu edukaciju.

Za pružanje zdravstvenih usluga i dobre zdravstvene zaštite potreban je adekvatan prostor (standardi prostora i opreme normativno su regulisani, obavezni su), oprema (koja mora biti kontrolisana i atestirana), informacijski sistemi, tehnologije, lijekovi, potrošni materijali i dr.

4. PRAVA I OBAVEZE PACIJENATA

Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH, te Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o pravima pacijenata u Republici Srpskoj propisana su prava, obaveze i odgovornosti pacijenata, kojih se u postupku liječenja moraju ili bi se trebali pridržavati.

4.1. Prava pacijenata

Naime, prava pacijenata su se razvijala kroz istoriju, kao i većina drugih tekovina međunarodnog prava, kroz međunarodne ugovore-konvencije, deklaracije i povelje u svjetskim okvirima i dokumentima Evropske unije i Vijeća Evrope u evropskom pravu.

Pojam prava pacijenata je izведен iz koncepta ličnosti Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima Ujedinjenih nacija iz 1948. godine, koja u odredbi člana 25. priznaje i pravo na zdravlje i zdravstvenu njegu. Deklaracija iz Alme Ate Svjetske zdravstvene organizacije iz 1978. godine bila je važna za promociju zdravlja, dok se značaj Deklaracije o pravima

pacijenata Svjetske medicinske organizacije iz 1981. godine ogleda u regulisanju prava na povjerljivost informacija i saglasnost pacijenta.

U pogledu razvoja prava pacijenta od naročite važnosti je bila Evropska deklaracija o unapređenju prava pacijenata usvojena 1994. godine kojom je definisan princip i strategija za promovisanje prava pacijenata. Ljubljanska povelja iz 1996. godine sadrži nekoliko osnovnih principa kojima se osigurava bolje zdravlje i kvaliteta života pacijenta, dok iz Evropske povelje o pravima pacijenta, koja je potpisana 2002. godine, prozilazi četrnaest konkretnih prava pacijenta.⁸¹

Pitanja prava pacijenata i pravnih mehanizama zaštite tih prava, inače, su veoma kompleksni, a u Bosni i Hercegovini, zbog specifičnog ustavnog uređenja, to pitanje je regulisano sa više zakonskih i podzakonskih propisa, što dalje komplikuje i usložnjava ostvarivanje i zaštitu tih prava. Pravo građana BiH na zdravlje (prava pacijenata), kao što smo i ranije naveli, nisu eksplisitno navedena u Ustavu BiH.

Iz prava na zdravstvenu zaštitu proizlazi niz prava koja ostvaruju pacijenti, te pojam prava pacijenta poprima oblik ličnog prava, kako to smatraju pojedini teoretičari. Pacijent, kao pojedinac u stanju potrebe za liječenjem, upućen je u zdravstvenu ustanovu, odnosno kod zdravstvenog radnika koji su jedini ovlašteni da mu pruže usluge zdravstvene zaštite. Takav odnos (pacijent/davalac usluga zdravstvene zaštite) sadrži pravne elemente, posebno jer je zdravstvena zaštita od posebnog interesa za državu. Pacijenti, pored opšte pravne zaštite koju uživaju kao građani, uživaju i posebnu pravnu zaštitu svojih prava saglasno propisima o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvenom osiguranju i propisima kojima se posebno uređuju prava pacijenata, zavisno o kojem se entitetu radi.

S ciljem ujednačavanja sistema pravne zaštite pacijenata neophodno bi bilo donošenje zakona na nivou cijele države Bosne i Hercegovine, kojim bi bio uređen sistem zaštite prava građana – pacijenata na identičan način. Ovo prvenstveno iz razloga što je saglasno važećim propisima koji regulišu ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu

⁸¹Biblioteka Narodne skupštine Republike Srbije, *cit. djelo*, str. 5

omogućeno pacijentima da koriste zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama na području cijele dražve. Shodno tome mogu da se javljaju i problemi, odnosno nezadovoljstvo prilikom pružanja zdravstvene zaštite u tim ustanovama. Ukoliko bi na području cijele države postojao jedan propis kojim bi pravna zaštita bila uređena na jedinstven način, to bi u mnogome olakšalo i pojednostavilo proceduru kontrole primjene ovog vida zaštite pacijenata, te davanje instrukcija i preporuka.

Takođe, formiranjem odgovarajućeg državnog organa ili tijela bio bi znatno ojačan sistem nadzora nad primjenom navedenog propisa i smanjene bi bile mogućnosti da građani sa istim problemima u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite na različit način budu tretirani-zaštićeni ovisno tome da li žive na području Federacije BiH, Republike Srpske ili Brčko distrikta BiH.⁸²

Prava pacijenata u Federaciji BiH su uređena propisima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, kao i o Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta. U Republici Srpskoj su prava i obaveze pacijenta propisane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o pravima pacijenata. U Brčko distriktu prava pacijenata su regulisana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Brčko distrikta.

Iako nema zakona na državnom nivou koji reguliše pravnu zaštitu pacijenata, Vijeće ministara BiH 2003. godine je donijelo Odluku o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva BiH sa ACQUIS COMMUNAUTAIRE (harmonizacija propisa BiH sa propisima Evropske unije)⁸³, a 2010. godine Odluku o usvajanju dokumenta aktivnosti za integraciju zdravstvenog sektora BiH u Evropsku uniju.⁸⁴

Mnoge evropske zemlje su, po donošenju Deklaracije o promociji prava pacijenta 1994. godine, na nacionalnom nivou regulisale prava pacijenta kroz zakonske akte ili povelje.

⁸² DŽ. Hadžić, *cit. djelo*, str. 2 i 3

⁸³Odluka o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva BiH sa ACQUIS COMMUNAUTAIRE („Službeni glasnik BiH“, broj 44/03)

⁸⁴Odluka o usvajanju dokumenta aktivnosti za integraciju zdravstvenog sektora BiH u Evropsku uniju („Službeni glasnik BIH“, broj 18/11).

Naime, pacijent je odgovoran za svoje zdravlje, on najbolje zna kako se osjeća, šta ga i gdje boli, koje smetnje mu ta bol pričinjava, sto znači da je aktivni učesnik u procesu liječenja i da ni u kom slučaju ne može i ne smije biti pasivan, jer upravo njegova aktivnost i doprinosi njegovom boljem položaju u sistemu zdravstvene zaštite.

Pacijentima u Federaciji Bosne i Hercegovine, između ostalog, su garantovana sljedeća prava:

- pravo na dostupnost zdravstvene zaštite, uključujući pravo na hitnu medicinsku pomoć;
- pravo na informacije;
- pravo na obaviještenost i učestvovanje u postupku liječenja;
- pravo na slobodan izbor;
- pravo na samoodlučivanje i pristanak, uključujući zaštitu prava pacijenta koji nije sposoban dati pristanak;
- pravo na povjerljivost informacija i privatnost;
- pravo na tajnost podataka;
- pravo na lično dostojanstvo;
- pravo na sprječavanje i olakšavanje patnji i bola;
- pravo na poštovanje pacijentovog vremena;
- pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju;
- pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove;
- pravo pacijenta nad kojim se vrši medicinsko istraživanje;
- pravo na preventivne mjere i informisanje o očuvanju zdravlja;
- pravo na prigovor;
- pravo na naknadu štete;
- pravo na prehranu u skladu sa svjetonazorom;
- pravo na održavanje ličnih kontakata, kao i
- pravo na obavljanje vjerskih obreda.

Ova prava pacijent ostvaruje na osnovu savremene medicinske doktrine, stručnih standarda i normih, te u skladu sa mogućnostima zdravstvenog sistema i uz uslov da prethodno ispunjava svoje obaveze.

U Republici Srpskoj utvrđena su prava pacijenata na način kako je to utvrđeno i u Federaciji BiH, s tim da u Republici Srpskoj postoje i sljedeća prava, i to:

- pravo na prevodioca ako ne poznaje službeni jezik;
- pravo uvida u troškove liječenja;
- pravo na informisanje o rezultatima naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija;
- pravo na slobodno odlučivanje o svemu što se tiče njegovog zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih lica, i
- pravo da odbije predloženi medicinski tretman, čak i u slučaju kada se time spašava ili održava njegov život.

Pored prava, pacijenti u Federaciji BiH imaju i obaveze i odgovornosti, a koje se odnose na njegovo lično zdravljje; druge korisnike zdravstvenih usluga, kao i zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike koji osiguravaju zdravstvene usluge, i šиру društvenu zajednicu.

Međutim, iako pacijenti imaju zakonom utvrđena prava i obaveze, u mnogim medicinskim ustanovama u Bosni i Hercegovini je utvrđeno da se pacijenti pismenim putem na oglašnim tablama upoznaju samo sa svojim obvezama, dok nisu na isti način upoznati sa svojim pravima. Poznato je da su pacijenti neuke stranke u postupku liječenja, kao i to da nepoznavanje prava ne opravdava (*ignorantia iuris nocet*). Zato je svaki ljekar dužan upoznati pacijenta sa njegovim zdravstvenim stanjem preporučenim pregledima, pogodnostima i rizicima obavljanja preporučenih pregleda, toku postupka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života i pravima iz zdravstvenog osiguranja. Oblik informacije koju ljekar daje ne mora biti u pismenom obliku, već u usmenom, s tim da je ljekar dužan suptilno postupati u situaciji kad bi iscrpna informacija mogla dodatno ugroziti ili uznemiriti pacijenta, te prouzročiti pogoršanje njegovog zdravlja. Mnogi pacijenti nisu u stanju prihvatići istinu, ali

uskraćivanjem nelagodnih podataka pacijentu se oduzima mogućnost u pogledu nastavka njegovog liječenja.⁸⁵

Pacijenti moraju preuzeti aktivnu ulogu u svom liječenju, na način da ljekaru saopšte sve poznato o svom zdravstvenom stanju. Naime, u konkretnom slučaju se radi o neformalnom ugovoru, kojeg ne poznaje zakonodavstvo BiH. Do nastanka ugovora dolazi bez izričitog sporazuma, već prosta izjava saglasnosti volja dvije strane, za koju vrlo često nije potrebno ni da bude izričita, nego se ostvaruje putem konkludentnih radnji.

Ugovor nastaje čim ljekar pokaže svoju spremnost da pacijenta koji mu se obrati primi ili posjeti, pregleda ga ili jednostavno preduzme medicinsku radnju, ili nakon što se pacijent bez prisile, dobrovoljno prepusti izvjesnom medicinskom postupku. Dok pacijent koji je pristao da u njegovom liječenju učestvuje i drugi ljekar, sklapa s tim ljekarom prešutno samostalni ugovor.⁸⁶

Pacijenti se susreću sa nizom problema u toku svog liječenja. Njihovo poznavanje medicine i medicinske tehnologije i procedura je često vrlo ograničeno. Kod pacijenta je prisutan razumni strah, jer mu zdravstvenu zaštitu uvijek i samo mogu pružiti zdravstveni radnici u sistemu zdravstvene zaštite. Pacijent je primoran da se uvijek vratи по zdravstvenu uslugu kod skoro uvijek istih davalaca. Treba imati na umu da pravo na zdravstvenu zaštitu, koje se najčešće se ostvaruje po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, pacijent ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na području u kojem živi, te da ukoliko uloži prigovor, smatra da mu se ubuduće to pravo može uskratiti ili da će dobiti manje kvalitetnu uslugu.

Ponašanje zdravstvenih radnika prema pacijentu vrlo sporo se mijenja. Naime, zdravstveni radnici teško prihvataju činjenicu da je pacijent partner u liječenju, te da ima pravo učestvovati i donositi konačnu odluku o svom liječenju. Stoga su vrlo često informacije koje se daju pacijentu šture, a i odgovori na pitanja pacijenta nisu uvijek dovoljno jasni,

⁸⁵ I. Crnić, *Odgovornost ljekara za štetu*, Organizator, Zagreb, 2009, str. 20 i 21

⁸⁶ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 80 i 81

niti se pacijentu predoče svi eventualni problemi i posljedice s kojima se može susresti i u toku liječenja i po završetku liječenja, kako je to propisala Svjetska zdravstvena organizacija deklaracijom iz Alma Ate 1978. godine.⁸⁷

Londonskom deklaracijom⁸⁸ iz 2006. godine proglašena je transparentnost i konstruktivan dijalog sa pacijentom, a po Salzburškoj izjavi iz 2011. godine⁸⁹ od ljekara-kliničara se traži da važne odluke dijele sa pacijentom, da ohrabre pacijenta da postavlja pitanja, opišu svoje zdravstveno stanje izraze svoje želje, da im se pruži dovoljno podataka o mogućnostima liječenja, a sve u svrhu da pacijent stvarno učestvuje u svom liječenju i donosi odluke o načinu liječenja.

U partnerskom odnosu ljekar-pacijent najbitniji je uspostavljeni odnos povjerenja na osnovu dobro razvijene komunikacije između partnera.

Većina zemalja nastoji da u sistemu zdravstva ispoštuje navedene dokumente Svjetske zdravstvene organizacije, a kao primjer se često navode Engleska i Wels, koje posjeduju strategiju jačanja uloge pacijenta u vlastitom liječenju.

Svaki pacijent ima pravo na zdravstvenu uslugu koja odgovara njegovom zdravstvenom stanju. Ta usluga mu mora biti dostupna, i o njoj mora biti razumno informisan, kako bi mogao učestvovati u svom liječenju. Pacijent ima pravo na izbor ljekara i način liječenja. O svemu sam mora donijeti odluku, nakon što mu se pruže sve neophodne informacije. Pacijent mora uživati potpunu privatnost i podaci o njegovom zdravstvenom stanju predstavljaju tajnu koju su dužni čuvati davatelji usluga. Ova prava pacijenta zaštićena su i u Bosni i Hercegovini, ista su utvrđena zakonima entiteta i Brčko distrikta Bosne i Hercegovine. Naime, najčešće se od pacijenta samo traži da potpiše pristanak na liječenje bez objašnjenja i bez

⁸⁷ <https://www.yumpu.com> (30.08.2018.)

⁸⁸Ibid.

⁸⁹Ibid.

obrazloženja medicinskih procedura koje će biti primijenjene, a koji pacijenti iz straha, bez čitanja potpisuju.

Deklaracijom o promovisanju prava pacijenata u Evropi (*The Declaration on the Promotion of Patients's Rights in Europe*) iz Amsterdama (1994. godine), uređena su ljudska prava i vrijednosti u oblasti zdravstvene zaštite. Prema odredbama ove deklaracije, svako ima pravo da ga se poštuje kao ljudsko biće, pravo na očuvanje fizičkog i mentalnog integriteta i zaštitu svoje ličnosti, pravo na poštovanje svojih moralnih i kulturnih vrijednosti, te vjerskih i filozofskih uvjerenja, kao i najveći mogući stepen zaštite svoga zdravlja.⁹⁰

Navedeni dokument, i veliki broj drugih dokumenata koji se naslanjaju na isti, među kojima je svakako i Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama, predstavlja validnu osnovu za donošenje propisa iz oblasti zaštite prava pacijenata u mnogim zemljama Evropske Unije i zemljama koje nisu članice Evropske unije, ali su u postupku harmonizacije svojih propisa s propisima Evropske Unije, što je slučaj i u Bosni i Hercegovini.

Evropskom poveljom o pravima pacijenata, koja je potpisana 2002. godine u Rimu, poznata kao Rimska povelja, utvrđena su sljedeća prava koja uživaju pacijenti, i to: **pravo na preventivne mjere, pravo na pristup zdravstvenim uslugama, pravo na sve vrste informacija** u vezi sa njegovim zdravljem i postupkom izbora liječenja, **pravo na pristanak** kao aktivno učešće u liječenju, **pravo na izbor** načina liječenja i dijagnostike, **pravo na privatnost i povjerljivost, poštovanje pacijentovog vremena, pravo na praćenje standarda kvaliteta**, odnosno pristup visokokvalitetnim standardima usluga, **pravo na sigurnost**, odnosno da bude pošteđen štete uzrokovane lošim funkcionisanjem zdravstvenog sistema, medicinski loše prakse i grešaka, kao i pravo na pristup zdravstvenim uslugama koje ispunjavaju standarde sigurnosti, **pravo na inovaciju**, odnosno pristup inovativnim načinima liječenja i dijagnostike, **pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i bola, pravo na lični tretman**, odnosno na liječenje i dijagnostiku prilagođenu njegovim

⁹⁰ <http://hrcak.srce.hr/file> (26.09.2018.)

potrebama, **pravo na žalbu** kad god da je pretrpio štetu ili je tražio informaciju, **pravo na kompenzaciju** unutar razumnog vremena kad god su pretrpjeli štetu ili su bili izloženi fizičkoj, moralnoj ili psihičkoj povredi uzrokovanoj postupcima pružanja zdravstvene usluge.⁹¹

U medicini, kao i u društvu i životu, čovjek se stalno suočava s dilemama, nepredvidivim situacijama i potrebama za racionalnim rješenjima i izbalansiranim solucijama, koje uvijek ne moraju biti najbolje rješenje. Polja napetosti u zdravstvu su brojna, a moguća su sljedeća, i to:

- stalne čežnje za napredovanjem i opasnosti koje napredovanje nosi sa sobom;
- sukob između interesa pojedinca i interesa društva;
- odlučivanje između prinude i slobode;
- odlučivanje između autonomije pacijenta i paternaliziranja ljekara;
- odlučivanje između medicine utemeljene na posljednjoj riječi nauke i tehnike, te vrijednosti onih zahvata koji se temelje na tzv. alternativnim modelima terapije, i
- izbor između državnog i privatizovanog zdravstva.

Iznad medicine, prava i etike treba da se nalazi moral ljekara. O moralu su rekli:

„Najvažnija ljudska težnja je težnja za moralnošću u našem djelovanju. Naša unutarnja ravnoteža, čak i naša egzistencija ovisi o tome. Jedino moralnost u našem djelovanju može dati ljepotu i dostojanstvo našem životu ... U moralnosti nema ničeg božanskog, to je posve ljudska stvar...“ Albert Einstein (Ajnštajn)

„Moralna su pravila produkt specijalnih društvenih faktora, a svaki moralni sistem zavisi od socijalne strukture društva u kojem egzistira. Ne postoji apsolutni moral, dakle, ni jedan moralni sistem koji bi bio moralan za svako društvo, a različitost morala za ovo ili ono društvo ne može se objašnjavati neznanjem ili izopačenošću.“ Emile Durkheim (Dirkem)

⁹¹ <https://www.pravopacijenta.ba> Evropska povelja o pravima pacijenta (26.09.2018.)

„To je moral: da ste poslije odvratni sami sebi... O moralu znam samo toliko da je moralno ono poslije čega se dobro osjećate, a nemoralno ono poslije čega se osjećate loše.“ Ernest Hemingway (Hemingvej)

„Jedno je u meni usadilo dubok korijen: ubjedjenje da je moral osnova svih stvari i da je istina supstanca sve moralnosti. Istina je bila moj jedini cilj.“ Mahatma Gandhi (Gandi)⁹²

Kao što je već rečeno, pravo na pristanak je jedno od osnovnih prava pacijenta, koje se smatra i moralnim pravom i pacijenta i ljekara.

Razvojem medicinske nauke, a posebno ubrzanog razvoja medicinske tehnologije, sve se više ukazivala potreba da se utvrdi pravni položaj pacijenta. U tom smislu centar medicine postaje pacijent, a ne samo isključivo dijagnoza.

Glavni dokumenti koji određuju pravni položaj pacijenta i zaštitu njegovih prava u ostvarivanju zdravstvene zaštite su obavezujuća dokumenta Evropske unije. U tom smislu Savjet Europe je uspostavio Evropski sud za ljudska prava.

S ciljem zaštite prava pacijenata potpisana je Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, koja sadrži odredbe o pravičnom pristupu zdravstvenoj zaštiti, pravo na informaciju i slobodan pristanak, pravo na poštovanje privatnosti i informacije o svom zdravlju. Pored ovih dokumenata, Evropska unija je donijela više direktiva kojima se štite pojedina prava pacijenata.⁹³ U zemljama Evropske unije, veliki značaj pridaje se zaštiti ljudskih prava, te je pod pritiskom pokreta za prava pacijenata širom Evrope došlo do promjena u razmišljanju i ponašanju zdravstvenih profesionalaca prema pacijentima, pacijent postaje središte pažnje i njegova se proklamovana prava moraju poštovati.

U Velikoj Britaniji postoje Povelje o pacijentima iz 1991. godine i 1997. godine. Pored standarda zdravstvene zaštite, Povelja sadrži prava, obaveze i dužnosti koje pacijenti i zdravstveni radnici imaju jedni prema

⁹² <https://www.slideshare.net/VinkoBubi/prava-pacijenata> (25.10.2018.)

⁹³ <https://hrcak.srce.hr> (26.09.2018.)

drugima. Prava pacijenata štite ombudsmani za zdravstvenu zaštitu koji funkcionišu kao služba u parlamentu, dok na lokalnom nivou funkcionišu službe za savjetovanje pacijenta.⁹⁴

U Njemačkoj postoji Kancelarija povjerenika za zaštitu pacijenata. Glavni zadatak povjerenika je da kroz preporuke i prijedloge utiče na rješavanje problema sa kojima se susreću pacijenti.⁹⁵

Republika Austrija je zaštitu prava pacijenata riješila preko nezavisne institucije pacijentovog zastupnika, koji uzima učešće i u postupku kod zdravstvene ustanove i u vansudskoj nagodbi.

Svako kršenje prava pacijenta posmatra se kao kršenje osnovnih ljudskih prava. Stoga se u zemljama Evropske unije položaju pacijenta, njegovim pravima i zaštiti tih prava posvjećuje velika pažnja, te su u sistemu zaštite ovih prava, osim države uključene i nevladine organizacije i udruženja, koja se bave položajem i pravima pacijenata.

Upoređujući normirana prava u navedenim međunarodnim dokumentima sa pravima pacijenata u Bosni i Hercegovini, jasno je da su zakoni Bosne i Hercegovine u vezi sa pravima pacijenata harmonizovani. Pitanje ostvarivanja prava u punom obimu ovisno je i o materijalnim mogućnostima naše zemlje, te nije ni za očekivati da pacijenti mogu ili uživaju isti obim prava. Posebno se to odnosi na izbor zdravstvene ustanove, drugog metoda liječenja, dijagnostiku prilagođenu potrebama pacijenta, posebno onih usluga koje se pružaju na novim sofisticiranim aparatima, koje naše zdravstvene ustanove ne posjeduju i sl.

Ovdje valja napomenuti da u javnom sektoru zdravstva u Bosni i Hercegovini nadležni organi imaju obavezu kapitalnih ulaganja u prostor i opremu informacionih sistema, a da su ta ulaganja već godinama minimalna ili čak potpuno izostala. Pored navedenog, sam način finansiranja zdravstvene zaštite direktno ovisi o ekonomskoj situaciji.

⁹⁴ <https://scindex-slanci-ceon.rs> “Innocence without protection or one perspective on the law on patients' rights” (26.09.2018.)

⁹⁵ <https://virgo.pravo.hr> (22.11.2018.)

4.2. Obaveze pacijenata

Primjena dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije (deklaracije iz Alme Ate i Londona⁹⁶, Salzburške izjave), kojima se reguliše položaj pacijenta u sistemu zdravstvene zaštite, odnosa ljekara prema pacijentu, transparentnosti i dostupnosti informacija neophodnih za donošenje odluke o liječenju još uvijek nije na zadovoljavajući način zaživila u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine, a najviše zbog uvriježenog mišljenja kod pacijenata da oni sami nisu dovoljno edukovani da učestvuju u donošenju odluke o svom liječenju.

Pored navedenih prava, pacijent ima zakonom utvrđene obaveze i odgovornosti, kako po svoje zdravlje, tako i u odnosu na lica koja mu pružaju uslugu zdravstvene zaštite, druge pacijente, pa i po šиру društvenu zajednicu.

Načelno, ukoliko se pacijent ne pridržava svojih obaveza, zdravstveni radnik može otkazati pružanje daljnje zdravstvene zaštite, izuzev hitne medicinske pomoći, s tim da je dužan u medicinsku dokumentaciju pacijenta unijeti razloge za odbijanje pružanja zdravstvene zaštite, te o tome obavijestiti direktora zdravstvene ustanove, odnosno nosioca odobrenja privatne prakse.

Zdravstveni radnik ne može otkazati zdravstvenu zaštitu pacijentu u slučaju pojave zarazne ili psihičke bolesti kod pacijenata, ako bi neliječenje tog pacijenta moglo ugroziti zdravlje i život drugih ljudi, kao i širu društvenu zajednicu.

U Bosni i Hercegovini obaveze i odgovornosti pacijenata su regulisane zakonom entiteta i Brčko distrikta. Obaveze i odgovornosti pacijenta su sljedeće, i to:

- lično zdravlje;

⁹⁶ Deklaracija Međunarodne konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, održana 1978. u Alma Ati, verifikovana od strane Svjetske zdravstvene organizacije, www.who.int/hp/NPH/does/declaration_almaata (15. 06. 2014.)

- da aktivno učestvuje u zaštiti, očuvanju i unapređenju svog zdravlja;
- da u potpunosti informiše nadležnog zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika o istinitim podacima o svom zdravstvenom stanju;
- da poštuje upute i preduzima mjere propisane terapije od strane nadležnog zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika;
- u slučaju da pacijent zahtijeva prekid liječenja i pored upozorenja nadležnog zdravstvenog radnika na moguće posljedice zbog ovakve odluke, o tome daje pismenu izjavu, a u slučaju da odbije davanje pismene izjave, zdravstveni radnik sačinjava službenu zabilješku, i
- da poštuje akte zdravstvene ustanove o uslovima boravka i ponašanja u ustanovi.

Odgovornost pacijenata u odnosu na druge korisnike zdravstvenih podrazumijeva obavezu da je svaki pacijent dužan poštovati ljudska prava, te prava pacijenata određena zakonom. U slučaju kršenja navedenih obaveza pacijenta, zdravstvena ustanova nema pravo uskratiti dalje liječenje pacijentu, ali ima pravo pokrenuti postupak kod nadležnog suda. U odnosu na zdravstvene radnike i saradnike koji obezbjeđuju i omogućuju zdravstvene usluge, pacijent ima odgovornost u potpunosti informisati nadležnog zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika o istinitim podacima o svom zdravstvenom stanju. Pored toga, obavezan je informisati nadležnu zdravstvenu ustanovu o otkazivanju termina za naručene preglede; poštovati kućni red; uvažavati obaveze zdravstvenog osoblja prema drugim pacijentima tako da ne ometa njihov rad, i prije ostvarivanja zdravstvene zaštite prihvati predloženi oblik medicinskog tretmana koji osigurava zaštitu zdravlja osoba koja mu taj tretman pruža.

Odgovornost za širu društvenu zajednicu sastoji se u tome da, ukoliko pacijent boluje od bolesti koja može uticati na zdravlje i život drugih ljudi, ne smije niti jednim postupkom izazvati opasnost po život i zdravlje drugih ljudi. Ako se pacijent ne pridržava svih gore navedenih obaveza, nadležna zdravstvena ustanova ili nadležni zdravstveni radnik ili

saradnik, može otkazati pružanje dalje zdravstvene radnje pacijentu, izuzev hitne medicinske pomoći s tim da je dužan u medicinsku dokumentaciju unijeti razloge odbijanja pružanja zdravstvene zaštite i o tome obavijestiti direktora, osim u slučajevima pojave zarazne i psihičke bolesti kod pacijenta. Pacijent je dužan da poštuje uputstva i preduzima mjere propisane terapije od strane nadležnog zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika; da poštuje akte zdravstvene ustanove o uslovima boravka i ponašanja u ustanovi; da poštuje zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike; da poštuje ljudska prava na način da drugim pacijentima namjerno ne onemogućava korištenja istih prava; da ne smije ometati zdravstvene radnike, odnosno zdravstvene suradnike prilikom pružanja zdravstvene zaštite drugom pacijentu; da se odgovorno ponaša prema zdravstvenim radnicima i drugim licima koja osiguravaju i omogućuju zdravstvene usluge; da u potpunosti informiše nadležnog zdravstvenog radnika i daje istinite podatke o svom zdravstvenom stanju, promjeni adrese i telefonskog broja; da informiše nadležnu zdravstvenu ustanovu, odnosno privatnu praksu o otkazivanju termina za naručene pregledе i medicinske postupke; da poštuje kućni red zdravstvene ustanove regulisan opštim aktima zdravstvene ustanove o uslovima boravka i ponašanja u njoj, i da uvažava obaveze zdravstvenog osoblja prema drugim pacijentima, tako da ne ometa njihov rad, izbjegavajući na taj način da ih dovodi u situacije da počine profesionalnu grešku za koju mogu odgovarati saglasno posebnom zakonu.

**DIO TREĆI: LJUDSKA PRAVA I
SLOBODE U USTAVNOM
SISTEMU BOSNE I
HERCEGOVINE**

1. UVOD

Ljudska prava i slobode mogu se definisati kao javnopravni odnos između čovjeka, kao pojedinca, i državne vlasti.⁹⁷ Pošto ljudska prava ima svaki pojedinac, slijedi da su ona neotuđiva i kao takva spadaju u grupu ličnih prava. Iako se se smatra da su ljudska prava i slobode stara bar koliko i prvobitna zajednica ljudi, prva generacija ljudskih sloboda i prava nastala je tokom XVIII i XIX vijeka. U ovu grupu spadaju ljudska prava i slobode koje se smatraju univerzalnim i opšteprihvaćenim, a tiču se zaštite fizičkog i moralnog integriteta čovjeka, kao i političkih sloboda i prava. Druga generacija ljudskih sloboda i prava javlja se poslije Prvog svjetskog rata. U ovu grupu spadaju ona ljudska prava i slobode koja se tiču ekonomske i socijalne sigurnosti čovjeka. Rapidnim tehnološkim napretkom javila se potreba zaštite i očuvanja životne sredine. Tako u treću generaciju ljudskih sloboda i prava ubrajamo one slobode i prava kojima se čovjeku garantuje pravo na zdravu životnu sredinu. Najzad, u četvrtu generaciju ljudskih prava i sloboda spadaju ona prava i slobode kojima se pokušavaju ljudi zaštiti od zloupotrebe tehnologija, medija, genetičkog inženjeringu, kloniranja ljudskih bića, zatim kojima se garantuje određeni krug prava i sloboda izbjeglicama, raseljenim licima, azilantima, i druga.⁹⁸

Prvim sveobuhvatnim dokumentom o ljudskim pravima i slobodama smatramo Univerzalnu deklaraciju o pravima koju su usvojile Ujedinjene nacije 10.12.1948. godine. Ova deklaracija prvenstveno se bavi građanskim i političkim pravima građanina, a zatim i njegovim socijalnim, ekonomskim i kulturnim pravima.⁹⁹ Nakon ove deklaracije uslijedilo je usvajanje brojnih međunarodnih akata kojima se garantuje širok krug ljudskih prava i sloboda. Svakako je najznačajnija Evropska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda, koja je dopunjavana sa više protokola. Prema Milićeviću, autoritativnost ove konvencije proizlazi iz njene principijelne opredijeljenosti za što potpunije ostvarivanje ljudskih

⁹⁷ K. Trnke, *cit. djelo*, str. 111

⁹⁸ Ibid. str. 112

⁹⁹ N. Milićević, *Ljudska prava*, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2007, str. 32

prava utvrđenih u Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima.¹⁰⁰ Konvenciju je usvojilo deset članica Savjeta Evrope u novembru 1950. godine, a stupila je na snagu 3.09.1953. godine. Konvencija, između ostalih, izričito garantuje sljedeća ljudska prava i slobode: pravo na život; zabrana mučenja, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja; zabrana ropstva; pravo na slobodu i sigurnost ličnosti; pravo na pravično suđenje; kažanjavanje samo na osnovu zakona; pravo na poštovanje privatnog i porodičnog života; sloboda misli, savjesti i vjeroispovijesti; sloboda izražavanja; sloboda okupljanja i udruživanja; pravo na sklapanje braka; pravo na djelotvoran pravni lijek; zabrana diskriminacije; pravo na slobodne izbore; sloboda kretanja etc. Za razliku od brojnih međunarodnih akata kojima manja djelotvoran mehanizam za ostvarivanje i zaštitu ljudskih prava i sloboda, Evropska konvencija ustanovila je Evropski sud za ljudska prava sa sjedištem u Strazburu. Sud je osnovan 1959. godine, a pored Suda osnovana je i Evropska komisija za ljudska prava, čija je nadležnost da preliminarno preispituje podnijete predstavke i odlučuje o njihovoj prihvatljivosti.

2. LJUDSKA PRAVA I SLOBODE ZAGARANTOVANE USTAVOM BOSNE I HERCEGOVINE

Ustavom Bosne i Hercegovine nameće se obaveza za Bosnu i Hercegovinu i oba njena entiteta da osiguraju najviši nivo međunarodno priznatih ljudskih prava i osnovnih sloboda. Prava i slobode predviđeni u Evropskoj konvenciji o zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda i u njenim protokolima se direktno primjenjuju u Bosni i Hercegovini. Čak se ovim aktima daje prioritet nad svim ostalim zakonima. Ustavom Bosne i Hercegovine je propisano da sve osobe na teritoriji Bosne i Hercegovine uživaju ljudska prava i temeljne slobode, a što uključuje:

- Pravo na život;

¹⁰⁰ Ibid. str. 42

- Pravo osobe da ne bude podvrgnuta mučenju ili nehumanom ili ponižavajućem postupanju ili kazni;
- Pravo osobe da ne bude držana u ropstvu ili potčinjenosti ili da ne obnaša prisilan ili obavezan rad;
- Pravo na slobodu i sigurnost osobe;
- Pravo na pravično saslušanje u građanskim i krivičnim stvarima, i druga prava vezana za krivične postupke;
- Pravo na privatni i porodični život, dom i dopisivanje;
- Slobodu mišljenja, savjesti i vjere;
- Slobodu izražavanja;
- Slobodu mirnog okupljanja i slobodu udruživanja;
- Pravo na brak i zasnivanje porodice;
- Pravo na imovinu;
- Pravo na obrazovanje, i
- Pravo na slobodu kretanja i prebivališta.

Imajući u vidu da se Ustav Bosne i Hercegovine ubraja u kategoriju kratkih ustava, katalog ljudskih prava i sloboda je detaljnije naveden u entitetskim ustavima. U daljem izlaganju biće izložena ona ludska prava i slobode koja su, direktno ili indirektno, povezana sa zdravljem i zdravstvenom zaštitom ljudi.

2.1.Pravo na život

Zaštita čovjekovog života predstavlja najstariji vid zaštite ličnosti. Život je u rimskom pravu bio zaštićen kroz sistem deliktne odgovornosti, a razvojem ličnih prava dobio je i potpunu građansku zaštitu. Pojedina zakonodavstva sadrže normu kojom ljudskom biću garantuju zaštitu od početka života, kao što je Američka konvencija o ljudskim pravima iz 1969.godine, dok se Evropskom konvencijom o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda iz 1959. godine propisuje da je pravo svakog na život zaštićen zakonom, s tim da nije precizirano otkad počinje život. Ipak, tumačenjem ove odredbe Konvencije ustanovljeno je da se pravo na život ne odnosi na začeto, a još nerođeno dijete. Kod tumačenja prava na život određivanje početka i kraja života čovjeka jako je važno kod primjene

prava na abortus. Evropski sud za ljudska prava je utvrdio da se ljudski zametak ne može smatrati osobom s obzirom da je život fetusa povezan sa životom majke i može biti zaštićen kroz zaštitu njenog života.¹⁰¹

Iako je Američkom konvencijom o ljudskim pravima iz 1969. godine ljudskom biću garantovana zaštita od početka života, američki sud u gradu Vermont donio je odluku da Jehovin svjedok Dennis Lindberg (14) može odbiti transfuziju. Država je maloljetnog dječaka, kojem je dijagnostikovana leukemija, htjela prisiliti na transfuziju, ali sud je odlučio da je to njegova privatna stvar, te da zbog svojih religijskih ubjedjenja može odbiti transfuziju i tako otici praktično u sigurnu smrt. Dennis je liječen hemoterapijom, ali s vremenom mu je krv toliko oslabila, pa su doktori ocijenili da mu je neophodna transfuzija krvi. Roditelji i prijatelji uvjeravali su ga da će mu to produžiti život, ali Dennis je to odbio. Transfuzija krvi mu je davala 70 postotne šanse za potpuno izljeчењe. Dječak je od posljedica bolesti preminuo u bolnici. Prema vjerovanju Jehova transfuzija je strogo zabranjena, a ako takav vjernik prihvati transfuziju krvi, zauvijek ga se izbacuje iz zajednice. S tim u vezi s pravom se postavlja pitanje, na koji način se štiti pravo na život, kao osnovno lјusko pravo, ako se donose ovakve odluke, uzimajući u obzir želje nezrelog djeteta. Na taj način se praktično odobrava pasivna eutanazija.

2.1.1. *Eutanazija*

U tjesnoj vezi sa pravom na život stoji pravo na eutanaziju, odnosno „ubistvo iz milosrđa“. Eutanazija vuče korijene još iz Stare Grčke. Riječ eutanazija izvedena je od grčkih riječi *eu* – lijepo, dobro, lako, i *thanatos* – smrt. Naime, u doba starih Grka i Rimljana, eutanazija je podrazumijevala isključivo laku i bezbolnu smrt, ali je kasnije njeno prvobitno značenje dopunjeno sa još druga dva: ublažavanje smrtnih bolova davanjem bolesniku narkotičkih sredstava od strane ljekara i usmrćivanje neizljječivih bolesnika radi skraćenja njihovih muka. Danas se

¹⁰¹ M. Čolaković, *Pravo na tjelesni integritet*, Mostar, 2015, str. 13-15

u nekim zemljama umjesto riječi eutanazija, koristi izraz i pomoć samrtniku, s tim da je kod nas ukorijenjen izraz eutanazija.

Zaštita prava na život u slučaju eutanazije u praksi međunarodnih organa nije definisana jednim opšteprihvaćenim standardom. S obzirom da danas pojedine države dozvoljavaju eutanaziju, a da pri tome reakcija „strazburških organa“ izostaje, može se zaključiti da eutanazija nije u suprotnosti sa Evropskom konvencijom.¹⁰² U teoriji se razlikuje aktivna i pasivna eutanazija. Aktivna je ona u kojoj je aktivan ljekarski zahvat u tijelu pacijenta koji dovodi do skraćenja njegovog života, dok druga pretpostavlja svjesno dopuštenje da bolesnik umre. Znači, aktivna eutanazija može biti direktna ili indirektna dok se pasivna eutanazija ogleda o nepreduzimanju ili obustavljanju mjera za produženje života pacijenta. Za sve ove eutanazije važi pravo pacijenta na samoodređenje (*Voluntas aegroti suprema lex*), imajući u vidu da je pacijent jedini gospodar svog života. Budući da se radi o skraćenju ljudskog života bilo bi logično da je ovo pitanje pravno riješeno. Međutim, s obzirom da postoji nedostatak zakonskih rješenja, udruženja ljekara su pitanje eutanazije riješili svojim staleškim pravom kao što je u svim zemljama Zapadne Europe i Skandinavije. Direktno aktivna eutanazija predstavlja direktno skraćenje života neizlječivog pacijenta, aktivnim mjerama ljekara koji utiču na proces bolesti i proces umiranja.

Holandija i Belgija su do sada jedine evropske zemlje koje su legalizovale aktivnu eutanaziju, s tim da mora postojati izričita, dobrovoljna i postojana želja pacijenta koji traži pomoć od ljekara dok se drugi uslov odnosi na teško stanje pacijenta (bolovi koji moraju biti nepodnošljivi i neprolazni). Obaveza ljekara prije nego što se odluči za eutanaziju je da se konsultuje sa jednim od svojih kolega. O izvršenoj eutanaziji mora se sačiniti pismena isprava i obavijestiti javni tužilac. Čak je u Holandiji dozvoljena eutanazija djece, ali samo starije od 12 godina.¹⁰³ U Luksemburgu i Švicarskoj dozvoljena je eutanazija odraslih osoba, na način da ljekar odredi letalnu dozu lijeka, a pacijent mora sam da je uzme.

¹⁰² N. Milićević, *cit. djelo*, str. 91

¹⁰³ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 145

Indirektna aktivna eutanazija predstavlja skraćenje života pacijenta koji predstavlja “uzgredno dejstvo” medicinskih mjera upravljeno na ublažavanje bolova. Ono je uslovljeno potrebom da se ublaže bolovi smrtno bolesnog pacijenta koji pati. Međutim, skraćivanje života pacijenta ni u kom slučaju, ne bi smio biti glavni cilj ljekarske intervencije jer bi u suprotnom bio nedopušten, s obzirom da je ljekar obavezan ublažavati bolove prema umirućem pacijentu koji ne želi eutanaziju. Interesantno je rješenje u Velikoj Britaniji, gdje je eutanazija zakonom zabranjena, s tim što ljekar umirućem pacijentu može dati jaku dozu morfijuma, znajući da bi ovo moglo izazvati smrt pacijenta. Ovo se pravda činjenicom da je ljekar dužan preuzeti sve neophodne mjere da otkloni bol kod pacijenta.

Pasivna eutanazija, kako propisuju staleški propisi u određenim situacijama podrazumijeva nepreduzimanje ili obustavljanje mjera kojima se produžava život umirućeg pacijenta. U tu mjeru spada vještačko davanje hrane, vode i kiseonika, vještačko disanje, vještačko davanje lijekova itd.¹⁰⁴ Primjera radi, u Francuskoj je eutanazija dozvoljena samo u određenim slučajevima regulisanim zakonom uz ispunjenje odgovarajućih uslova, a vrši se tako što se prekida terapija pacijentu. U Njemačkoj i Austriji je dozvoljena pasivna eutanazija, koja podrazumijeva da ljekar mora da prekine terapiju ukoliko to pacijent želi i izričito stavi do znanja.

Eutanazija se u teoriji dijeli i dalje po raznovrsnim kriterijima. Tako postoji dobrovoljna, nedobrovoljna i eutanazija bez iskazivanja pristanka.

Dobrovoljna eutanazija predstavlja situacije usmrćenja na izričit zahtjev pacijenta, tj. s pristankom bolesne osobe nakon što je detaljno informisana o svom zdravstvenom stanju, dok se nedobrovoljna eutanazija izvodi bez pristanka. Kod nedobrovoljne eutanazije se radi o usmrćenju osobe uprkos njenoj nedvosmislenoj izraženoj volji da ostane živa. U ovakvim slučajevima se radi o nezakonitom ubijanju (usmrćenje nakaznih pojedinaca, psihičkih bolesnih osoba itd.), skriveno pod pojmom eutanazije i opravdano interesom eutanaziranih osoba. Eutanazija bez iskazivanja

¹⁰⁴ Ibid. strana 146.

pristanka je usmrćenje osoba koje nisu sposobne izraziti svoj stav o tome (tjelesno malformisana novorođenčad, ljudi u stanju trajnog vegetiranja).¹⁰⁵

Uz navedene vrste postoji još i oporučna eutanazija. U pitanju je unaprijed data izjava kojom se pacijent odriče primjene medicinskih metoda za produženje života ako dospije u stanje bez izgleda za ozdravljenje i pri tome ne bude sposoban očitovati svoju volju zbog bolesti i trauma. U velikom broju zemalja upotrebljava se i pojam potpomognuto samoubistvo.¹⁰⁶

Sam institut eutanazija, generacijama hvaljen i osporavan, primjenjivan i zabranjivan, došao je u fazu kad ga treba regulisati na drugim osnovama i etičkim opredjeljenjima. Prošla su vremena kada su medicinska profesija i krivično zakonodavstvo, u ime nekih sasvim apstraktnih etičkih i filozofskih premissa, zabranjivali lično disponiranje sopstvenim životom, kada je ovaj izgubio svaki realni smisao i postao neizdržljiv teret i umirućem pacijentu i njegovoj porodici. Država, koja od ovakvog života ima samo štetu, morala bi konačno priznati da za očuvanjem takvog života ne postoji nikakav interes.¹⁰⁷

Prvi slučaj pred Evropskim sudom za ljudska prava neposredno je vezan za pomoć u umiranju Pretty vs. the United Kingdom (No. 2346/02 sets 4. ECHR 2002. godina –III 29.04.2002. godine), a u pitanju je slučaj žene oboljele od neizlječive degenerativne bolesti mišićnog tkiva uslijed koje je bila paralizovana od vrata na niže, ali sa neoštećenim intelektualnim sposobnostima. Prema ljekarskim prognozama iščekivale su je mučne i nedostojanstvene posljedne faze bolesti, stoga je ona poželjela kontrolisati način svoje smrti i biti poštovanja patnje. Po Engleskom zakonu, kao i po zakonu Bosne i Hercegovine, samoubistvo nije krivično djelo, ali ga pacijentica nije mogla izvršiti. Zbog toga je tražila pomoć, odnosno garanciju nadležnih organa da njen muž neće biti krivično gonjen ako joj pomogne. Njen zahtjev je odbijen, a u predstavci Evropskog suda za ljudska prava pacijentica je istakla kršenje odredbe člana 2. Evropske

¹⁰⁵ M. Čolaković, *cit. djelo*

¹⁰⁶ Ibid. str. 26.

¹⁰⁷ N. Stanković, *cit. djelo*, 2017, str. 34.

konvencije o ljudskim pravima, smatrajući da taj član garantovanjem prava na život, istovremeno prizanje i pravo na smrt.¹⁰⁸

Razmatrajući postojanje prava na smrt, a na osnovu predstavke pacijentice, Sud je zauzeo stav da pravo na život zajamčeno Evropskom konvencijom o ljudskim pravima, nije moguće tumačiti na način da ono u sebi uključuje i negativni aspekt. Odredba člana 2. se ne bi mogla bez izmjene tumačiti da garantuje dijametralno suprotno pravo, tj. pravo na smrt, niti bi mogla stvoriti pravo na samostalno odlučivanje, u smislu priznavanja prava pojedincu da izabere smrt umjesto života. Sud je zaključio da, shodno odredbi člana 2. Konvencije, ne postoji pravo na smrt, bilo posredstvom druge osobe, bilo uz pomoć javne vlasti. Stoga je odbio predstavke pacijentice smatrajući da u njenom slučaju nije došlo do povrede člana 2. Konvencije. Međutim, samo 15-tak dana nakon što je Evropski sud donio ovu odluku, pacijentica je preminula uslijed progresije bolesti.¹⁰⁹

U Bosni i Hercegovini ne postoji pravna regulativa kojom bi se propisao postupak eutanazije. Iako su podijeljeni stavovi o pitanju eutanazije, svakako bi trebalo ovo pitanje regulisati propisima i na taj način omogućiti pacijentu pravo na samoodređenje, gdje bi mogao iskazati svoju volju da ne trpi bol i patnju. Jedno od mogućih rješenja bilo bi da konzilijum od tri ljekara uz prethodni dobrovoljni pismeni pristanak pacijenta, koji je izrazio želju da uslijed bola i patnje želi smrt, doneše odluku. S obzirom da u krivičnom zakonodavstvu Bosne i Hercegovine, ne postoji eutanazija kao krivično djelo, samo izvršenje krivičnog djela bi se moglo kvalifikovati pod krivično djelo ubistva i krivično djelo učestvovanja u samoubistvu. Napominjemo da, iako Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata propisuje pravo na samoodlučivanje i pristanak pacijenta, isto tako propisuje i ekscepцију da ovo pravo ne podrazumijeva eutanaziju.

¹⁰⁸ M. Čolaković, *cit. djelo*, str. 27. i 28

¹⁰⁹ Ibid.

2.1.2. Samoubistvo

Samoubistvom se smatra namjerno i nasilno uništenje sopstvenog života. Svako drugi ko postupa po želji onog ko želi smrt i aktivno zadiре u njegov tjelesni integritet čini krivično djelo ubistva ili učestvovanja u samoubistvu, bez obzira koliko altruistični njegovi razlozi bili. Samoubistvo vlastitim rukama nije samo lična stvar pojedinca koja se drugih ne tiče, stoga je isto bilo predmet posebne i moralne pravne ocjene.

Naime, Aristotel je još smatrao samoubistvo činom nepravde prema drugima u političkoj zajednici i izrazom kukavičluka. Stari Rimljani samoubistvo u određenim situacijama tolerisali, pa čak smatrali herojskim djelom. Robovima su priznavali pravo da raspolažu svojim životima. Jevrejski i kršćanski narod dijele Aristotelov stav prema samoubistvu, objašnjavajući to kao princip totaliteta. Smatra se da čovjek nema neograničenu slobodu raspolaganja samim sobom i da nije suveren, tj. da ima pravo na prirodnu, ali ne i na neprirodnu smrt. Zbog toga se samoubistvo tretiralo kao zločin, a pokušaj samoubistva bivao je kažnjiv. Ovakvo stajalište je napušteno tek krajem XVIII i početkom XIX vijeka, dok je u Velikoj Britaniji kažnjavanje zbog pokušaja samoubistva bilo na snazi sve do 1961. godine.¹¹⁰

Zdravstvena ustanova odgovara za štetu u slučaju ako je pacijent počinio samoubistvo, i to po načinu krivice, kada u ponašanju njenih zaposlenih postoje propusti zbog kojih je šteta nastala. U slučaju da zdravstvena ustanova nije imala informacije o sklonostima suicidu pacijenta, i da je preduzela odgovarajući nadzor, te da u radnjama njenih zaposlenih nije bilo krivice, neće odgovarati za štetu.¹¹¹

¹¹⁰ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 2027-2029

¹¹¹ I. Crnić, *cit. djelo*, str. 161.

2.1.3. Surogat majčinstvo

Praksa korištenja surogat-majki iznenada se pojavila sredinom 1970-tih stvarajući socijalne, moralne i pravne probleme s kojima se nije ranije suočavalo. Neki bračni parovi koji nisu mogli imati djecu, bili su nestrpljivi da iskoriste ovaj oblik reprodukcije. S druge strane, liječnici, pravnici i zakonodavci borili su se da održe korak s napredujućom tehnologijom, nastojeći pružiti smjernice u vezi s etičkim i moralnim pitanjima koja su se pojavila.¹¹²

Ovaj oblik pomoći predstavlja materinstvo u korist trećeg. Suština ovog oblika je to što partneri koji žele dijete ugovorom angažuju drugu ženu (surogat majku) da se podvrgne vještačkom ili prirodnom oplođenju ili da dopusti da se u njenu maternicu unese tuđi embrion, da rodi dijete i isto preda drugoj ugovorenoj strani sa kojima je ugovor zaključila. Najčešće se oplodnja vrši spermom oca koji želi dijete s obzirom da njegova supruga iz medicinskih razloga ne može roditi, ili ne želi da nosi dijete.¹¹³

Institut surogat majke pored vantjelesne oplodnje postaje suvišan, a jedino opravdanje ima u slučaju da žena, odnosno majka iz medicinskih razloga ne može iznijeti trudnoću. Mnogi su mišljenja da, ako majka ne želi da nosi dijete iz estetskih razloga, onda je to apsolutno neopravdano. Tim prije što je biološki da majka bude majka svog djeteta, a ne da za nju neka druga žena nosi dijete.

U Bosni i Hercegovini dugo nije bio prihvaćen taj institut. Tek je 2018. godine u FBiH usvojen Zakon o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom.¹¹⁴ U Republici Srpskoj još nije usvojen takav zakon, ali je Narodna skupština RS dana 31.10.2019. godine donijela Zaključak u vezi sa Nacrtom zakona o liječenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje, kojim se ovaj nacrt upućuje na

¹¹² <https://wol.jw.org> (23.12.2018.)

¹¹³ J.Radišić, *cit. djelo*, str. 120

¹¹⁴ Zakon o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom objavljen je u „Službenim novinama F BiH“, broj 59/18 od 27.07.2018.godine.

stručnu raspravu.¹¹⁵ Imajući ovo u vidu, u daljem tekstu će biti izložena rješenja prihvaćena u Federaciji BiH, dok se rješenja koja budu usvojena u Republici Srpskoj ostavljuju za razradu u nekom dopunjrenom izdanju ovog udžbenika.

Zakonom o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom u FBiH se izričito zabranjuje tražiti ili nuditi uslugu rađanja djeteta za drugog (surogat majčinstvo), objavom javnog oglasa ili na bilo koji drugi način. Takođe je zabranjeno ugovarati ili sprovoditi biomedicinski potpomognutu oplodnju radi rađanja djeteta za druge osobe i predaje djeteta rođenog nakon biomedicinski potpomognute oplodnje (surogat majčinstvo). Ugovori, sporazumi ili drugi pravni poslovi o rađanju djeteta za drugog (surogat majčinstvo) i o predaji djeteta rođenog nakon biomedicinski potpomognute oplodnje, uz novčanu naknadu ili bez naknade, su *ex lege* ništavi.

Zemlje u kojima je dozvoljeno surrogat majčinstvo susreću se sa brojnim izazovima povezanim sa ovim institutom. Naime, postavlja se pitanje kakve psihološke testove mora proći surrogat majka, da bi dijete koje je nosila 9 mjeseci mogla dati roditeljima s kojim je zaključila ugovor, to jeste kako bi takav ugovor ispoštovala. Surrogat majčinstvo često **može krenuti i po krivu**. Potpisivanjem ugovora surrogat majka se obvezuje na mnoge stvari, ali jednako tako i podnosi rizik gubitka djeteta. U slučaju pobačaja, rođenja mrtvog djeteta ili djeteta s teškoćama, surrogat majci pokrit će se svi troškovi, no, neće dobiti puni iznos za ugovorenou uslugu. Uz to, nisu rijetki slučajevi u kojima se majka odlučila zadržati dijete nakon poroda. Surrogat majčinstva su aktuelna u Kambodži – u zemlji u kojoj nedavno evidentiran ekonomski rast. Bez obzira na tu činjenicu veliki broj stanovnika živi u siromaštvu. U Kambodži su raširene ilegalne agencije za surrogat majčinstvo, u kojima se siromašne Kambodžanke drže kao stoka na farmi da bi rađale djecu za dobrostojeće parove iz Kine, Australije i SAD-a.¹¹⁶

¹¹⁵ <https://www.narodnaskupstinars.net> (14.11.2019.)

¹¹⁶ <https://www.crol.hr> (15.02.2019.)

U Sjedinjenim Američkim Državama, Vrhovni sud New Jerseya priznao je mogućnost da bogati iskorištavaju siromašne, te je u jednom slučaju o surogat majčinstvu izjavio: „Postoje, kratko rečeno, vrijednosti koje društvo smatra važnijima od davanja bogatstvu svega što može kupiti, bilo da se radi o radu, ljubavi ili životu.“ Vrhovni sud Francuske izjavio je da surogat majčinstvo oskvrnjuje ženino tijelo, te da se “ljudsko tijelo ne može posuditi, iznajmiti ili prodati”.¹¹⁷

Surogat majčinstvo sa sobom nosi brojne probleme. Jedan problem su moguće neugodne pravne bitke, ako žena koja je rodila želi zadržati dijete. postavlja se i pitanje čije je to dijete – žene koja ga je rodila ili žene koja je dala jajašce? Tako rođenje, koje obično predstavlja vrijeme za radost, ponekad vodi do sudskeih postupaka. Naime, neke žene koje pristanu da postanu surogat majke otkriju da se njihovi osjećaji mijenjaju s razvitkom i rođenjem ugovorenog djeteta. Tu su i druge dileme. Kakav dugoročni efekat može takvo rođenje imati na drugu djecu surogat majke, na porodicu koja prihvata dijete te na samo dijete? Ili, što će se desiti ako dijete koje je rodila surogat majka ima neku urođenu manu? Je li otac obavezan uzeti dijete? Ako nije, ko će platiti za djetetovo izdržavanje?¹¹⁸ Na sva ova pitanja pravna praksa nije dala još uvijek jedinstvene odgovore.

Surogat majčinstvo u Republici Srbiji nije dozvoljeno, prije svega zbog velike mogućnosti zloupotrebe ovog "pravnog odnosa", a na osnovu podataka o lošim pokazateljima ishoda uvođenja ove usluge u mnogim drugim zemljama.

Analiza rezultata višegodišnje prakse surogat majčinstva upućuje na zaključak da se radi o komercijalizaciji ove usluge. Sistem koji je trebalo da bude zasnovan na čistom nesebičnom odnosu između surogat majke i para koji ne može drugačije ostvariti roditeljstvo, dakle, na odnosu koji prije svega nije zasnovan na sticanju materijalne koristi, u praksi jednostavno nije takav. Naime, pokazalo se da su surogat majke po pravilu iz siromašnih porodica. Velikog odjeka je imala objavljena analiza o rezultatu čestog odlaska njemačkih parova u Ukrajinu, po uslugu surogat

¹¹⁷ <https://wol.jw.org> (15.02.2019.)

¹¹⁸Ibid.

majčinstva, a koja je ukazala da je veliki broj djece rođene sa genetskim i fizičkim manama bilo ostavljeno od obje strane "pravno-ugovornog odnosa", a kako ih niko poslije porođaja nije htio, ostavlјana su na brigu državi.

Surogat majčinstvo dozvoljeno je u SAD-u, Kanadi, Engleskoj, Poljskoj, Rusiji, Češkoj, Indiji, Ukrajini, Makedoniji, Grčkoj, Francuskoj, Rumuniji, Holandiji. U Makedoniji je 2017. godine rođena prva beba koja je na svijet došla zahvaljujući surogat majci, i to nakon tri godine od kad je zakon usvojen.¹¹⁹

Zakonom o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom je proisano da ko sa ili bez bilo kakve naknade da svoje spolne ćelije, spolna tkiva, odnosno embrion, ili spolne ćelije, spolna tkiva, odnosno embrion drugih osoba radi postupka biomedicinski potpomognute oplodnje, ili nudi svoje ili tuđe spolne ćelije, odnosno embrion sa ili bez bilo kakve naknade radi postupka biomedicinski potpomognute oplodnje, ili vrbuje, prevozi, prebacuje, predaje, prodaje, kupuje, posreduje u prodaji ili posreduje na bilo koji drugi način u postupku biomedicinski potpomognute oplodnje, ili učestvuje u postupku biomedicinski potpomognute oplodnje sa spolnim ćelijama, spolnim tkivima, odnosno embrionima koji su predmet komercijalne trgovine suprotno ovom zakonu, biće kažnen kaznom zatvora od šest mjeseci do tri godine. Zakonodavac u FBiH je posebno zaštitio maloljetnike propisujući kaznu zatvora u trajanju od najmanje tri godine za onog ko ovo djelo preduzme prema maloljetnom licu. Ako izvršenjem ovih djela nastupi teška tjelesna povreda darivaoca spolnih ćelija, spolnih tkiva, odnosno embriona ili mu je zdravlje teško narušeno, počinilac će biti kažnen kaznom zatvora od jedne do osam godina, a ukoliko nastupi smrt darivaoca, učinilac će se kazniti kaznom zatvora u trajanju od jedne do 12 godina. Zakonodavac je propisao da se organizovane grupe koje se bave vršenjem ovih krivičnih djela imaju kazniti kaznom zatvora u trajanju od najmanje pet godina. Pored toga, propisuje se i kažnjavanje samog pokušaja.

¹¹⁹ <https://www.telegraf.rs> (15.02.2019.)

S obzirom na to da je Zakona o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom stupio na snagu 2018. godine, još nema sudske prakse, kako bi se utvrdilo da li je došlo do zloupotrebe ovog prava i da li su izrečene krivične sankcije.

2.1.4. Kloniranje ljudskih bića

Pored instituta surogat majčinstva, Zakonom o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom je uređeno i pitanje kloniranja ljudskih bića. Zakonom je zabranjen svaki postupak namijenjen ili koji bi mogao dovesti do stvaranja ljudskog bića ili dijela ljudskog bića genetički identičnog drugom ljudskom biću, bilo živog bilo mrtvog. Naime, zabranjeno je stvaranje genetskih identičnih jedinki, ili tzv. „kloniranje“, a također nije dopušteno ni da se izborom oplođenih ćelija vrši vještački izbor spola ili nekih drugih osobina djeteta, osim ako se time izbjegava prenošenje teških i neizlječivih bolesti koje nije moguće izbjegći na drugi način.

Zloupotrebe kloniranja su potencijalno mnogobrojne. Od ropske radne snage, preko različitih prevara, iznuda, borbi oko nasljeđivanja do vojski klonova. Ovo je tema o kojoj se danas vodi intenzivna debata sa različitim nivoima ozbiljnosti.

Koliko god moćna bila moderna farmaceutska industrija, postoje određena patološka stanja za koja jednostavno nije moguć lijek u klasičnom smislu. Također ne postoji lijek za traumatska stanja, gdje dolazi do masivnih oštećenja organa. Jedan od eksperimentalnih pristupa rješenjima ovim problemima je i proizvodnja organa. Glavni problem leži u tome što tehnologija još nije dovoljno uznapredovala da grupu ćelija u ćelijskoj kulturi „natjera“ da formiraju organ. Jedna alternativa o kojoj se diskutuje jeste koncept farmi klonova, gdje bi pojedinci imali klonove koji bi služili kao rezervni dijelovi. Ovaj koncept je obrađivan u literaturi i filmu (npr. film „Ostrvo“ iz 2005. godine) i postavlja jezivu alternativnu budućnost u kojoj bogati pojedinci imaju mogućnost da obezbijede sopstvenu dugovječnost korištenjem dijelova tijela svojih klonova. Srećom, ovakav

pristup nailazi na skoro univerzalno protivljenje javnosti i male su šanse da će ikada zaživjeti. Jedna postojeća alternativa je korištenje redizajniranih životinjskih organa, koji su tako modifikovani da sadrže ljudski genetski materijal, dok rastu i razvijaju se u nekoj životinji. U ove svrhe se najčešće koriste svinje. Već su prijavljeni slučajevi gdje je u specijalnim eksperimentalnim svinjama uzgojeno srce, koje bi trebalo da funkcioniše normalno, bez odbacivanja organa i drugih pratećih komplikacija klasične transplantacije. Da bi se izbjegli različiti fikcijski scenariji neophodna je i čvrsta zakonska regulativa.¹²⁰

2.1.5. Prekid trudnoće

Dugo je bilo nedpustivo namjerno prekidanje trudnoće uništenjem ploda u utrobi majke sa stanovišta prava, ali i morala. Ovo se vidi i iz rečenice iz Hipokratove zakletve: „Prema svakom ljudskom životu od samog začetka pokazaću duboko poštovanje, i neću čak ni pod prijetnjom svoju ljekarsku vještinu upotrijebiti protivno zahtjevima humanosti“. O prekidanju trudnoće počelo se razmišljati drugačije tek u drugoj polovini dvadesetog vijeka. S tim da je prekid trudnoće bio moguć u ranoj fazi razvoja ploda (embriona), dok u kasnijim fazama bio je moguć prekid trudnoće tek u posebno određenim slučajevima. Do ovakvog stava je došlo iz više razloga. Neke zemlje su donijele posebne zakone, dok su druge slično rješenje našle u tumačenju svojih ustava. Ako govorimo o našoj, zakonodavac je donio posebne zakone koji se odnose na prekid trudnoće.¹²¹

Imajući u vidu da život embriona započinje sa 14-danom od začeća, sa tzv. nidacijom, koja podrazumijeva konačno učvršćenje ploda u maternici žene, od tog trenutka, pa sve do zrelosti ploda, prekidanje trudnoće je zabranjeno i kažnjivo. Sama zabrana se odnosi kako na trudnicu, tako i na treća lica, pa i na ljekara. Od ovih pravila su dopušteni izuzeci, kako kod nas, tako i u drugim zemljama u Evropi.

¹²⁰ <https://www.b92.net> (20.02.2013.)

¹²¹ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 113

Ako se gleda sa stanovišta pravnih propisa, obavezno treba praviti razliku između dozvoljenog i zabranjenog prekida trudnoće. Zabranjenim se smatra onaj prekid trudnoće koji nije u skladu sa važećim pravnim propisima, i takav prekid trudnoće bi imao karakter krivičnog djela. Dozvoljeni prekid trudnoće je onaj koji je urađen u skladu sa zakonom o uslovima i postupku za prekid trudnoće u zdravstvenim ustanovama. I dok je Federacija BiH¹²² preuzeila Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće iz bivše SR Bosne i Hercegovine, u Republici Srpskoj¹²³ je donijet novi zakon kojim se reguliše ovo pitanje.

Žena, koja želi da prekine svoju trudnoću, treba da se usmenim zahtjevom obrati ljekaru specijalisti čija specijalizacija odgovara akušerstvu i ginekologiji, a koji radi u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi. Tom prilikom ljekar specijalista treba da utvrди sljedeće, i to:

- da utvrdi starost trudnoće;
- da pribavi podatke o krvnoj grupi trudnice, RH faktoru te anamnističke podatke pacijentice o ranijim bolestima;
- da samostalno ili uz konsultaciju specijalista ljekara iz drugih grana medicine utvrdi da li će prekidom trudnoće doći do narušavanja zdravstvenog stanja trudnice;
- da ukaže trudnici na moguće opasnosti i posljedice koje se mogu desiti kod prekida trudnoće, i
- da upozna pacijentkinju sa drugim metodama i sredstvima zaštite od neželjene trudnoće.

Prije pristupanju postupku prekida trudnoće pacijentkinja mora dati pismenu saglasnost. U kojoj ustanovi će se vršiti prekidanje trudnoće, zavisit će od starosti same trudnoće, tako da će prekid trudnoće biti izvršen u domu zdravlja ili ljekarskoj ordinaciji, ako trudnoća nije starija od deset nedjelja. Trudnoća koja je starija od deset nedjelja je zakonom zabranjena i može se prekinuti samo izuzetno, i to u sljedećim slučajevima:

¹²² Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće („Službeni list SRBiH“, broj 29/77 i 12/87)

¹²³ Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće RS („Službeni glasnik RS“, broj 34/2008)

- kada se na drugi način ne može spasiti život ili otkloniti teško narušavanje zdravlja žene;
- kada postoje sigurni pokazatelji na osnovu naučno-medicinskog saznanja da će se roditi dijete sa teškim tjelesnim i duševnim nedostacima, i
- kada je do začeća došlo izvršenjem krivičnog djela (npr. silovanjem, rodoskrnavljenja, obljube nad nemoćnim i maloljetnim licem, i sl.).

U Republici Srpskoj postoji i još jedna zakonska mogućnost prekida trudnoće poslije desete nedjelje, i to ako se utvrdi postojanje psihosocijalnih indikacija za prekid trudnoće.

Kada se radi o trudnoći koja je stara od deset do dvadeset nedjelja, postojanje uslova za prekid trudnoće utvrđuje konzilijum ljekara, i prekid trudnoće se obavlja u zdravstvenoj ustanovi koja ima bolničku službu iz oblasti ginekologije i akušerstva, operacionu salu i službu transfuzije krvi. Nakon navršene dvadesete nedjelje trudnoće, postojanje uslova za prekid trudnoće utvrđuje etički odbor zdravstvene ustanove, čije članove imenuje nadležno ministarstvo zdravlja, dok se prekid trudnoće obavlja u klinici, kliničko-bolničkom centru, kliničkom centru ili institutu.

Za prekid trudnoće ne traži se mišljenje muža-oca, a niti on učestvuje o odlučivanju o prekidu trudnoće, tako da njegovo mišljenje nije od pravnog značaja.

Prekid trudnoće se može izvršiti i kod maloljetnih žena, s tim da je kod žena mlađih od šesnaest godina ili poslovno nesposobnih žena potrebna saglasnost roditelja ili startelja ili u nemogućnosti pribavljanja takve saglasnosti potrebno je pribaviti saglasnost nadležnog organa starateljstva.

Kada se u maternicu žene, koja se liječi od steriliteta, prenese više vještački stvorenih embriona, može doći do višeplodne trudnoće.¹²⁴ U takvim slučajevima se vrši djelimični prekid trudnoće, na način da se suvišni fetusi ubijaju da bi se produžio život jednog ili dva fetusa. I kod

¹²⁴ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 116

ovakvog prekida trudnoće potrebna je saglasnost, odnosno dokaz da je trudnica zdravstveno ugrožena upravo „prekobrojnim“ fetusom ili da fetusi jedan drugog ugrožavaju.¹²⁵

Bitno je napomenuti i to da ljekar ima pravo da odbije da izvrši i dozvoljen prekid trudnoće, ali je to pravo ljekara ograničeno njegovom obavezom ukazivanja hitne medicinske pomoći, kada se radi u slučaju akutne opasnosti po život ili teškog oštećenja zdravlja trudnice.

2.2.Pravo na zdravstvenu zaštitu

Države potpisnice Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima priznaju pravo svakoga da uživa najvišu moguću mjeru tjelesnog, psihičkog i mentalnog zdravlja. Države potpisnice ovog pakta treba da utiču, između ostalog i na:

- ...smanjenje postotka mrtvorodenčadi i pomora djece, te zdrav razvoj djeteta;
- poboljšanje svih vidova higijene okoline i industrijske higijene;
- sprječavanje, liječenje i suzbijanje epidemijskih i drugih bolesti;
- stvaranje uslova koji bi svima osigurali ljekarske usluge i njegu u slučaju bolesti.¹²⁶

Bosna i Hercegovina, kao i ostale potpisnice ovog Pakta, za ostvarivanje ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava, ne može se pozivati na nedostatak ili neadekvatne resurse kao izgovor za nedjelovanje države u osiguranju najšireg mogućeg stepena uživanja tih prava za sve građane. Navedeno znači da se ova prava moraju uvijek poštovati, pa čak i kada je država u stanju ekonomske krize.

Pravo na zdravljje ne znači obavezu države da garantuje pružanje besplatne zdravstvene zaštite, nego preduzimanje svih mjera u cilju

¹²⁵ A. Eser, *Lexikon der Biotethik*, Gütersloher Verlagshaus, 1988, str. 272

¹²⁶ Međunarodni akt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima www.unmikononline.org/regulations/.../BintCovEcSocCulRights.pdf (20.12.2011.)

unapređenja i zaštite zdravlja.¹²⁷ Prava zajamčena ovim Paktom tiču se pojedinca u njegovom svakodnevnom životu, a odnose se na više oblasti, pa i na oblast zdravstva. U tom smislu u entitetske zakone o zdravstvenoj zaštiti i zakone Brčko distrikta BiH, unijete su odredbe kojima se reguliše prevencija, liječenje i rehabilitacija zdravlja svih građana, što opet znači da je zakonodavstvo u BiH u pogledu prava na zdravlje usklađeno sa međunarodnim standardima.

U FBiH zakonom je propisano da svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrijednosti, odnosno ima pravo na fizički i psihički integritet i na bezbjednost njegove lica, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubjedjenja. Svako dijete od rođenja do navršenih 18 godina života ima pravo na najviši mogući standard zdravlja i zdravstvene zaštite¹.

Na sličan način rješenje je predviđeno i u Republici Srbkoj, dok je u Brčko distriktu zakonodavac utvrdio da se zdravstvena zaštita obezbjeđuje skupinama od posebnog socijalno-medicinskog značaja (djeca, studenti, žene u toku trudnoće i porođaja, lica starija od 65 godina, lica sa invaliditetom, mentalno oboljela lica, nezaposlena lica i dr.).

U zakonodavstvu entiteta i Brčko distrikta Bosne i Hercegovine utvrđeno je da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju lica koja su prijavljena na obavezno zdravstveno osiguranja, a za ostala lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita iz sredstava nadležnih budžeta (entiteta, kantona ili Brčko distrikta). Kako se radi o manjem broju građana, ali građanima koji pripadaju u grupu veoma osjetljive populacije (građani koji su često na granici siromaštva), bilo bi i za očekivati da se iz budžeta obezbijede ta sredstva. Izdvajanja iz budžeta za ove namjene su različita od entiteta, kantona i Brčko distrikta i većinom izdvojena sredstva nisu dovoljna da pokriju zdravstvenu zaštitu neosiguranih lica.

¹²⁷ N. Milićević, *cit. djelo*, str. 135

Iako je svim građanima garantovano pravo na zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu ostvaruju samo osigurana lica, dok neosigurana lica imaju pravo na zdravstvenu zaštitu samo u hitnim slučajevima ili da jednostavno plaćaju usluge zdravstvene zaštite. Osigurana lica su ona lica koja su u radnom odnosu i druga lica koja vrše određene djelatnosti. Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju i članovi porodice osiguranika.

Sistem zdravstvenog osiguranja je dio sistema socijalnog osiguranja, kojim se osiguranim licima obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i ostala prava iz zdravstvenog osiguranje. Obavezno zdravstveno osiguranje osnovni je oblik osiguranja i promjene, do kojih je kroz istoriju dolazilo i dolazi u sistemima zdravstvenog osiguranja, najčešće se sprovode kako bi se povećao obuhvat stanovništva ovim oblikom osiguranja, kao i radi proširenja obima i sadržaja prava. Učesnici u sistemu osiguranja su interesne grupe – fondovi/zavodi zdravstvenog osiguranja, državne institucije, zdravstvene ustanove, komore zdravstvenih radnika, sindikat zdravstvenih ustanova, ljekari u privatnoj djelatnosti i građani, kao korisnici usluga.

Zavisno od uređenja države, broj datih učesnika je promjenjiv/relativan, odnosno može ih biti više ili manje. Jedini konstantan učesnik u sistemu je građanin-korisnik usluga. Organizacija i pravni odnos među učesnicima u zdravstvenom sistemu regulišu se odgovarajućim zakonima i pod nadzorom, kontrolom i zaštitom su relevantnih državnih organa i agencija. Slobodno se može reći kako makroorganizacija zdravstva oslikava makroorganizaciju društva (države), pa je i u Bosni i Hercegovini makroorganizacija zdravstva, zapravo, samo druga strana organizacione šeme države. Jedino što odstupa od takve šeme ogleda se u činjenici da na nivou države Bosne i Hercegovine ne postoje institucije i organizacije koje djeluju na području cijele države. Drugačije rečeno, ne postoji državno ministarstvo za zdravstvo, niti državna organizacija zdravstvenog osiguranja, itd.

2.3.Pravo na socijalnu zaštitu

Pravo na socijalnu zaštitu se, u principu, odnosi na pravo socijalnog osiguranja i socijalne pomoći. Cilj ovakve zaštite je da se svakom licu obezbijedi socijalna sigurnost u mjeri koja je neophodna za njegovo dostojanstvo i razvoj ličnosti. Ova zaštita se obezbjeđuje putem državne pomoći i međunarodne saradnje imajući u vidu organizaciju i sredstva svake države.¹²⁸ U smislu zakonskog određenja¹²⁹ socijalna zaštita je organizovana djelatnost usmjerena na osiguranje socijalne sigurnosti građana i njihovih porodica u stanju socijalne potrebe. Socijalnom potrebom smatra se trajno ili privremeno stanje u kome se nalazi građanin ili porodica, prouzrokovano ratnim događajima, elementarnim nesrećama, opštrom ekonomskom krizom, psihofizičkim stanjem pojedinaca ili drugih razloga, koje se ne mogu otkloniti bez pomoći drugog lica.

U skladu sa načelima humanizma, solidarnosti, građanskog morala, socijalna zaštita porodice i njenih članova i građana pojedinaca, ostvaruje se otkrivanjem i umanjenjem, odnosno otklanjanjem posljedica i uzroka koji dovode do stanja socijalne potrebe i sticanjem određenih prava iz socijalne zaštite. Socijalna zaštita djeteta, u skladu sa odredbama Konvencije o pravima djeteta, ostvaruje se u najboljem interesu djeteta.

Korisnici socijalne zaštite su lica koja se nalaze u stanju socijalne potrebe, i to:

- djeca bez roditeljskog staranja;
- odgojno zanemarena djeca;
- odgojno zapuštena djeca;
- djeca čiji je razvoj ometen porodičnim prilikama;
- lica sa invaliditetom i lica ometena u fizičkom ili psihičkom razvoju;
- materijalno neosigurana i za rad nesposobna lica;
- stara lica bez porodičnog staranja;

¹²⁸ Ibid. str. 132

¹²⁹ Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom („Službene novine FBiH“, br. 36/99, 54/04, 39/06 ,14/09,45/16)

- lica sa društveno negativnim ponašanjem, i
- lica i porodice u stanju socijalne potrebe, kojima je uslijed posebnih okolnosti potreban odgovarajući oblik socijalne zaštite.

Cilj sistema socijalne zaštite je da doprinese društvenoj stabilnosti države, tako što će najugroženijim dijelovima stanovništva osigurati neophodnu pomoć. U Bosni i Hercegovini je veliki broj nezaposlenih osoba kojima je potrebna socijalna pomoć. U skladu sa svojim obavezama koje proizlaze iz međunarodnih i evropskih dokumenata za zaštitu ljudskih prava, Bosna i Hercegovina ima obavezu osigurati ostvarivanje socijalnih prava na pravedan, primjeren i nediskriminatorski način. Pravo na socijalnu sigurnost utvrđeno je instrumentima o zaštiti ljudskih prava, kao jedno od osnovnih ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava. Međunarodnim paktom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, a kojem je Bosna i Hercegovina pristupila nakon sukcesije 1992. godine, posebno su naglašena socijalna prava, dok i sam Ustav BiH postavlja standarde u vezi sa socijalnom sigurnošću.

Povelja Evropske unije o osnovnim pravima iz 2000. godine sadrži popis od 49 ljudskih prava, između ostalog, i pravo na socijalnu sigurnost, socijalnu pomoć u slučaju materinstva, bolesti, nesreće pri radu, starosti i u slučaju gubitka posla.

Socijalna sigurnost je posebno i detaljno normirana u Evropskoj socijalnoj povelji i konvenciji i preporukama Međunarodne organizacije rada. Evropska socijalna povelja nameće obavezu svim državama potpisnicama da stvore sistem socijalne zaštite, te da ga postepeno unapređuju. Pored toga, ovom konvencijom utvrđuje se pravo na socijalnu i zdravstvenu pomoć onim licima koja nemaju dovoljno sredstava i koja nisu u mogućnosti da obezbijede takva sredstva vlastitim snagama ili iz drugih izvora.¹³⁰

Sam cilj socijalne zaštite jeste da podržava prava pojedinca da bude zaštićen od nedostatka socijalnih prava ako nema dovoljno sredstava za

¹³⁰ N. Milićević, *cit. djelo*, str. 133

život. Svaka država je obavezna da koristi maksimum svojih prava kako bi građanima omogućila pravo na socijalnu sigurnost.¹³¹

Socijalna zaštita podrazumijeva pravo koje može da ostvari svaki pojedinac i porodica kojima je neophodna društvena pomoć i podrška radi savladavanja socijalnih i životnih teškoća i stvaranja uslova za zadovoljenje osnovnih životnih potreba. Usluge socijalne zaštite jesu aktivnosti pružanja podrške i pomoći pojedincu i porodici radi poboljšanja, očuvanja kvaliteta života, otklanjanja ili ublažavanja rizika nepovoljnih životnih okolnosti, kao i stvaranje mogućnosti da samostalno žive u društvu.¹³²

Zdravstveno osiguranje je dio socijalnog osiguranja koje uvodi država s ciljem obezbjeđenja zdravstvene zaštite građanima.¹³³ Ovo osiguranje finansira se iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom. Najčešći i najveći dio sredstava prikuplja se iz plata zaposlenih i sredstava koje uplaćuje poslodavac, pri čemu se kao osnov za obračun doprinosa uzimaju isplaćene plate. Dio sredstava uplaćuje se i iz drugih izvora, npr. fondovi penzijskog osiguranja i službe za zapošljavanje (biroi) uplaćuju za svoje korisnike, budžet države za određene ugrožene grupe stanovnika itd.

Osnovne prednosti sistema socijalne zaštite ogledaju se u sljedećem, i to:

- Sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja je transparentniji od poreznog, iz razloga što je evidentno da se uplaćena sredstva po osnovu doprinosa mogu koristiti isključivo za namjene utvrđene zakonom kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;
- pravila osiguranja su jasna svim učesnicima u procesu u kojem svi imaju iste mogućnosti;
- ciljevi su jasno i zvanično definisani, aktivnosti zdravstvenog osiguranja su regulisane i pod nadzorom;

¹³¹ *Pravo na socijalnu zaštitu u Bosni i Hercegovini*, Misija OSCE-a u BiH, 2012.

¹³² M. Matorčević, *Priručnik za roditelje, Prava iz socijalne zaštite*, NURDOR, Efekt print Beograd, 2012, str. 2.

¹³³ Ibid. str. 46.

- postoji minimum pravila za zaštitu osiguranika u odnosu na instituciju socijalnog osiguranja i slobodan pristup informacijama;
- socijalno zdravstveno osiguranje se oslanja na tačno definisan institucionalni i zakonski okvir;
- finansiranje se temelji na plaćanju doprinosa proporcionalno prihodima, te sistem omogućava pravednost u finansiranju po principu finansiranja prema mogućnostima i manje je progresivan u odnosu na poreze;
- stabilnost u finansiranju s obzirom na namjenske prihode, u odnosu na varijacije po osnovu finansiranja iz budžeta, i
- osigurava i pravednost u korištenju zdravstvene zaštite, premda se nepravednost u dostupnosti i kvalitetu mogu pojaviti u odnosu na one koji su isključeni ili nemaju pravo na zdravstveno osiguranje.¹³⁴

Ipak, sistem finansiranja putem socijalnog osiguranja ima i određene nedostatke. Oni se, prije svega, odnose na pretjerano i nepotrebno korištenje zdravstvene zaštite uslovljene samim postojanjem zdravstvenog osiguranja, odnosno zdravstvenih usluga kao uzrok prevelike zdravstvene potrošnje. S tim u vezi, prekomjerni nekontrolisani troškovi zdravstvenih usluga limitiraju obim prava iz zdravstvenog osiguranja i mogu ograničiti ulaganje u razvoj.¹³⁵

Kao prateća posljedica navedenoga se javlja porast broja nezaposlenih lica i lica u stanju socijalne potrebe, što dovodi do smanjenja sredstava u fondovima zdravstvenog osiguranja – ukoliko su subvencije iz budžeta vlada minimalne. Zatim, učešće u troškovima liječenja – participacije u sistemu socijalnog osiguranja uzrokuje pojavu nepravednosti u finansiranju, jer su lica sa socijalnim statusom izjednačena sa ostalim osiguranicima, pri čemu bi za oslobođanje bile neophodne subvencije vlada. Ovakav način finansiranja zdravstvene zaštite, na izvjestan način, predstavlja određeni napredak u razvoju sistema

¹³⁴ M. Mastilica, *Metode plaćanja zdravstvenih usluga i upravljanje budžetima*, www.zvu.hr (5.09.2011.)

¹³⁵ Š. Salihbašić, *cit. djelo*, str. 85. i 86.

zdravstvenog osiguranja, ali njegova primjena može dovesti do određenih zloupotreba u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Naznačene zloupotrebe se manifestuju putem nekontrolisanog korištenja usluga zdravstvene zaštite, koje su u sistemu socijalnog finansiranja zdravstvene zaštite dostupne svima. Također, ovaj sistem utiče na to da su određene kategorije stanovništva koje imaju veća primanja, pa samim tim i veća izdavanja za obavezno zdravstveno osiguranje, opravdano nezadovoljne. Ovo najviše zbog toga što se radi uglavnom o radno aktivnom stanovništu, koje u krajnjem slučaju najviše plaća, a najmanje koristi usluge zdravstvene zaštite.

Međutim, bez obzira na određene negativne implikacije ovog načina finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja, ipak, on ima mnogo veće pozitivne učinke. Oni se ogledaju kroz dostupnost zdravstvene zaštite širokom sloju stanovništva, mogućnost korištenja usluga na preventivnom, a ne na kurativnom nivou, naročito socijalno ugroženih kategorija, što, u krajnjem, doprinosi pozitivnom zdravstvenom stanju stanovništva.

2.4.Sloboda religije

Sloboda religije je jedno od temeljnih ljudskih prava kojim se propagira sloboda izražavanja svojih svjetonazora i vjerskih uvjerenja. Sloboda vjeroispovijesti priznata je Univerzalnom deklaracijom o pravima čovjeka, zatim Evropskom konvencijom za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda i Međunarodnim paktom o građanskim i političkim pravima. Povelja Europske unije o osnovnim pravima iz 2000. godine sadrži popis od 49 ljudskih prava, među kojima su i pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijesti koje uključuje pravo na prigovor savjesti, pravo na nediskriminaciju, pravo na kulturnu, jezičku i vjersku različitost.

Sloboda religije podrazumijeva slobodu svakog pojedinca da sam ili zajedno s drugima, privatno ili javno, propagira svoju religiju kroz razna

poštovanja i razne odredbe. Naime, sloboda znači ne samo pravo da se vjeruje, nego i da se ne vjeruje, što znači da religijska sloboda podrazumijeva slobodu religije, ali i slobodu od religije. Državna religija je naziv za religijska vjerovanja. Uz pojam državne religije se veže koncept teokracije (oblik vladavine koji se legitimira božjom voljom i u kojem državni i religijski poredak čine jedinstvo). Ovo ne znači da su sve zemlje sa državnom religijom teokratske s obzirom na to da je u nekima svjetovna vlast nadređena duhovnoj. Državne religije se mogu manifestovati na razne načine, tako da postoje zemlje u kojima sveštenici državnih religija imaju simboličnu ulogu, kao i zemlje u kojima oni uživaju poseban status ili čak imaju ključnu ulogu u političkom životu. U Zapadnom svijetu se od XVIII vijeka počinje propagirati odvajanje crkve od države, tj. teži se sekularizaciji država.

Sloboda religije je jedno od osnovnih ljudskih sloboda. Ograničenja ove slobode postoje samo u onim slučajevima koja su neophodna demokratskom društvu u interesu javne bezbjednosti, zaštite poretki i javnog reda, javnog zdravlja ili morala, ili osnovnih sloboda i prava drugih. Ovakva ograničenja mogu se predvidjeti samo zakonom.

Sloboda religije sa aspekta zdravstvenog prava dolazi do punog izražaja prilikom primjene prava na samoodlučivanje i pristanak. Pojedini medicinski tretmani i terapije kose se sa vjerskim ubjednjima pacijenata, te u tom smislu postoji pravo pacijenta da odbije takav tretman, odnosno terapiju. Pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih. Bez pristanka pacijenta ne smije se, po pravilu, nad njim preduzeti nikakva medicinska mjera. Medicinska mjera protivno volji pacijenta, odnosno roditelja, staratelja ili zakonskog zastupnika poslovno nesposobnog pacijenta, može se preduzeti samo u izuzetnim slučajevima koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa ljekarskom etikom. Pacijent ima pravo da predloženu medicinsku mjeru odbije, izuzev u slučaju kada se njome spašava ili održava njegov život ili bi se nepreduzimanjem mjere ugrozio život ili zdravlje drugih ljudi.

3. MEHANIZMI ZA ZAŠTITU PRAVA

Ustav BiH još u svojoj Preambuli, čije odredbe predstavljaju njegov sastavni dio, poziva na principe i ciljeve sadržane u Povelji Ujedinjenih nacija, te na Univerzalnu deklaraciju o ljudskim pravima. Osim toga, u Preambuli se referira na Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima, Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima i na Deklaraciju o pravima lica koja pripadaju nacionalnim ili etničkim, vjerskim i jezičkim manjinama. A kao što je i ranije navedeno, Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i njeni protokoli direktno se primjenjuju u BiH i imaju prednost u odnosu na sve druge zakone.

Ustavom je propisana i obaveza na dosljednu primjenu ove konvencije za institucije države BiH, sve sudove, ustanove, organe vlasti, entitetske organe vlasti, te organe kojima posredno rukovode entitet.

Ustavom je zabranjena diskriminacija u pogledu uživanja prava i sloboda nabrojanih u ovom aktu, te u međunarodnim sporazumima na koje se Ustav poziva. Osim toga, u Aneksu I na Ustav BiH nabrojano je 15 međunarodnih sporazuma koji se neposredno primjenjuju u BiH.

Ustav BiH predviđa mehanizam institucionalne zaštite u slučaju povrede ljudskih prava i sloboda u pojedinačnim slučajevima, garantovanih Ustavom BiH i međunarodnim sporazumima na koje se Ustav poziva. Tako se građani, pod određenim uslovima, mogu obratiti Ustavnom судu BiH, te tražiti zaštitu svojih prava i sloboda garantovanih ovim aktom i međunarodnim sporazumima na koje se Ustav poziva. Sporno je, međutim, da se odluke Ustavnog suda u BiH često ne sprovode, uprkos tome što neizvršenje sudske odluke predstavlja krivično djelo po zakonu. U Bosni i Hercegovini još nisu sprovedene presude Ustavnog suda BiH u slučaju Ljubić i u slučaju Sejdic-Finci, a još više od toga brine da niko nije pokrenuo krivični postupak u ovim slučajevima zbog neizvršenja sudske odluke. Ovakvo stanje u pravosuđu poljuljalo je povjerenje građana u pravosudne institucije u BiH.

Institucionalna zaštita ljudskih prava i sloboda garantovanih entitetskim ustavima može se ostvarivati na opštem nivou u postupcima zaštite ustavnosti pred entitetskim ustavnim sudovima i državnim Ustavnim sudom. Postupci za ocjenu ustavnosti odnose se na opšte pravne akte. U pojedinačnim slučajevima ustavom garantovana prava i slobode građana morala bi biti zaštićena u postupcima koji se vode pred organima izvršne i pravosudne vlasti. Na koncu ostaje mogućnost njihove zaštite u pojedinačnim slučajevima pred državnim Ustavnim sudom, pod pretpostavkom da ostali mehanizmi njihove zaštite zakažu.

Ovdje treba pomenuti i Ombusmene kojima se građani mogu obratiti povodom kršenja njihovih prava i sloboda. Prvog ombusmena imenovala je Organizacija za evropsku sigurnost i saradnju (OSCE) na mandat od pet godina, dok je 2000. godine Visoki predstavnik za BiH donio Odluku o zakonu o ombudsmanu za ljudska prava u Bosni i Hercegovini.¹³⁶ Nakon tog perioda Predsjedništvo BiH je imenovalo trojicu ombudsmana, i to iz reda svakog konstitutivnog naroda po jednog. U entitetima su izabrani ombudsmani entiteta BiH. Zakonom su ombudsmani dobili puna ovlaštenja kao nezavisna, javna, parlamentarna institucija formirana radi zaštite ljudskih prava. Oni imaju slobodu da samostalno i slobodno tumače svoje nadležnosti i koriste svoja ovlaštenja.¹³⁷

4. PRAVO I ETIKA U MEDICINI

Pacijenti koji odbijaju spašavanje života putem liječenja predstavljaju veliki problem i etičku dilemu za zdravstvene radnike.

S jedne strane, ljekar je dužan da poštuje odluku pacijenta o odbijanju tretmana imajući u vidu njegovu autonomiju, slobodu i pravo na samoodređenje. Međutim, s obzirom da su pacijenti laici, u većini slučajeva nisu ni svjesni svoje situacije u potpunosti, tako da nisu ni u mogućnosti

¹³⁶Zakon o ombudsmanu za ljudska prava BiH („Sl. glasnik BiH“, br 19/02, 35/04, 32/06)

¹³⁷V. Kazić, *Ostvarivanje i zaštita ljudskih prava u Bosni i Hercegovini kroz praksu prava ombudsmana i doma za ljudska prava*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 2005, str. 50

ocijeniti prednosti zdravstvene zaštite ili su čak pretjerano uznemireni zbog боли ili im nije dovoljno objašnjeno kakvo će u budućnosti biti njihovo zdravstveno stanje. Iako je većina bioetičara uvjereni da ta djelomična autonomija ili marginalna ovlast zahtijeva isto poštovanje kao i puna autonomija, zakonodavci u zemljama širom svijeta su stvorili okvir kojim se uspostavlja etičko povjerenstvo koje ima mogućnost ukidanja informisanog pristanka i postupanja sa pacijentima protiv njihove volje i želja. Da bi se to sprovelo u praksi, moraju se zadovoljiti tri osnovna uslova:

- ljekari moraju preuzeti sve napore kako bi pacijentu objasnili rizik od neliječenja i posljedice.
- ljekari koji liječe predlažu i moraju ponuditi realnu šansu značajnog poboljšanja zdravlja, i
- pacijent može dati svoj pristanak za liječenje retroaktivno.

Iako nisu svi ti uslovi jednako prihvatljivi, oni nude put naprijed kako bi se osigurala briga o pacijentu bez odstupanja od cjelokupnih načela pacijentovog pristanka na liječenje.

Odluka o liječenju bilo kojeg pacijenta ne smije se pribavljati silom. U medicinskoj praksi, postoji veoma mali broj slučajeva gdje se pacijenta tretira u suprotnosti sa njegovom voljom i željom. Moralno načelo poštovanja autonomije, zajedno s pravnim propisima koji štite prava pacijenata, izričito zabranjuju prisilno liječenje pacijenta. Ipak, u duhu zajedničke demokratske države dešava se da se u opštem interesu zanemari odnos između javne i privatne sfere, tj. autonomija pacijenta. Pacijenti uživaju širok spektar prava uključujući zdravstvenu zaštitu, pravo na informisani pristanak, pravo privatnosti, povjerljivosti, i poštovanje dostojanstva. Informisani pristanak nalaže da zdravstveni profesionalac pruži obimne informacije pacijentu o prednostima i nedostacima liječenja, uključujući rizike, kao i alternativne tretmane.

Pitanje najboljeg interesa pacijenta vrlo često je izgubljeno u retorici poštovanja autonomije pacijenta, jer je ideja vodilja u političkom smislu ta koja podrazumijeva da su ljekari ti koji imaju zaštitnički odnos prema pacijentu i da mogu donositi odluke za pacijente.

Iako u većini slučajeva pacijenti rado prihvataju liječenje, u mnogim preostalim slučajevima ljekari će se složiti sa odlukom o prestanku daljnog liječenja, obično zbog toga što liječenje koje oni predlažu ne nudi značajne prednosti nad alternativom koju pacijent preferira.

U rijetkim slučajevima, međutim, postoje ozbiljne razlike u mišljenju kada pacijent odbija liječenje. Uprkos svim razumnim naporima ljekara da objasne prednosti nastavka liječenja, pacijenti i dalje nastavljaju odbijati dalje liječenje. U tim slučajevima ljekari dospijevaju u dilemu da li preduzeti silu prema takvim pacijentima tako što će ih vezati ili koristiti neke opijate kako bi ih nastavili liječiti, jer su uvjereni da će rezultati liječenja biti povoljniji za pacijenta. Izraelski zakon i većina zakona na svijetu dopušta upravo te radnje usmjerene prema pacijentima.

Dilema koju predstavlja prisilni tretman nije nova. Iako su sudovi u SAD-u i Velikoj Britaniji poduprli fizičku osobu u njihovojo borbi protiv prisilnog liječenja kod pacijenata koji izražavaju svoje mišljenje vezano za liječenje, mnogi pravnici su se suprotstavili toj ideji i zatražili da se nametnu tretmani podobnoj, odrasloj osobi kod koje postoji mogućnost liječenja. U izuzetnim slučajevima sudovi dopuštaju saglasnost za zaštitu trećih osoba, obično fetusa ili maloljetne djece. U onim slučajevima gdje se pacijent protivi liječenju, a nema oštećenja interesa treće strane, potrebno je utvrditi da li je pacijent privremeno oštećen ili neopravdano prisiljen ili pod uticajem, u vrijeme kada je odlučio odbiti liječenje.

IPRA (javne i vladine službe) predviđaju ispunjenje tri uslova prije nego što pacijent može biti prisilno liječen. Prvo, ljekar mora utvrditi da njihov pacijent ima dostupne sve potrebne informacije za pravilno donošenje odluka koje se tiču informisanog izbora. Drugo, liječenje mora "znatno poboljšati" stanje bolesnika. I treće, moraju postojati razumne osnove za prepostaviti da će pacijent, nakon primitka liječenja, dati "retroaktivni pristanak" za liječenje. Iako svaki od ovih uslova pokazuje određenu logiku, postoji značajan broj poteškoća u praksi pružanja zdravstvene zaštite.

4.1.Presađivanje ljudskih dijelova tijela

Prva presađivanja dijelova ljudskog tijela sa jednog lica na drugo otpočelo je krajem XIX vijeka, i to sa transplatacijom rožnjače.¹³⁸ Transplatacija je postala široko prihvaćena u drugoj polovini XX vijeka, zahvaljujući napretku medicine. Danas je moguće presađivanje svakog ljudskog organa, tkiva i ćelija. Zahvaljujući poboljšanju medicinskih postupaka prilikom presađivanja organa i djelotvornim lijekovima trajnost transplantiranih organa znatno je povećana. Ali zbog manjka organa za transplataciju na listama čekanja nalaze se mnogi teški bolesnici, a dobar dio njih i ne dočeka da dobije željeni organ ili se, pak, njihovo zdravstveno stanje do te mjere pogorša, pa se tako umanje i izgledi na uspjeh transplatacije.¹³⁹ Da bi se ovaj problem prevazišao, ispituju se mogućnosti uzimanja organa od nekih vrsta životinja koji bi se mogli presaditi ljudima (ksenotransplantacija). Međutim, i ovdje važi stanovište da medicina *ne smije sve što može*.

Presađivanje dijelova ljudskog tijela ima i odgovarajuću pravnu podršku, ali isto tako ona nije bezgranična. Kod transplatacije mora se voditi računa o pravima i interesima pacijenta, ordinirajućeg ljekara, ali i davaoca organa. Kada se radi o davaocu organa, on mora imati posebnu pravnu zaštitu, jer se radi o teškom zahvatu u njegovo tijelo. Davalac je lice koje svoje organe niti prodaje, a niti poklanja, već ih daje kao svoj dobrovoljni prilog bolesnom čovjeku, kome je zamjena organa jedini način liječenja. Ovdje se radi o činu milosrđa, i to najčešće od lica čiji mu je identitet nepoznat, a propisi o transplataciji zahtijevaju da podaci o davaocima i primaocima dijelova tuđeg tijela budu profesionalna tajna.¹⁴⁰

U Bosni i Hercegovini ova problematika je prvenstveno regulisana Konvencijom o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića po

¹³⁸ E. Deutsch; A. Spickhoff, *Medizinrecht*, Berlin, 2003, str. 433.

¹³⁹ W. Uhlenbruck, L. Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, München, 2002, str. 1146.

¹⁴⁰ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 128

pitanju primjene biologije i medicine, a koja je pod vodstvom Savjeta Evrope potpisana u Strazburu 16.12.2005. godine.¹⁴¹

Potpisnice ove Konvencije obavezale su se da štite dostojanstvo i identitet svih ljudskih bića i svima jamče, bez diskriminacije, poštovanje njihovog integriteta i drugih prava i osnovnih sloboda u pogledu primjene biologije i medicine. Pored toga, sve potpisnice Konvencije će preuzeti neophodne mjere u svom unutrašnjem pravu radi efikasnosti primjene odredbi Konvencije. Konvencijom se utvrđuje da interesi i dobrobit ljudskog bića imaju prioritet nad samim interesom društva i nauke.

Konvencijom je posebno normirana zaštita osoba koje nisu sposobne pristati na odstranjivanje organa. Nikakvo odstranjivanje organa ili tkiva ne može se obaviti na osobi koja nije sposobna dati pristanak. Naime, zahvat koji se odnosi na zdravlje može se izvršiti samo nakon što je osoba, koje se zahvat tiče, dala slobodan pristanak i pristanak na osnovu spoznaje činjenica za nju. Toj se osobi prethodno daju odgovarajuće informacije o svrsi i prirodi zahvata, kao i o njegovim posljedicama i rizicima. Ona može slobodno i u bilo koje vrijeme povući svoj pristanak. Izuzetno od ovoga, odstranjivanje regenerativnog tkiva s osobe koja nije sposobna dati pristanak može se odobriti pod uslovom da su ispunjeni sljedeći uslovi, i to:

- nema na raspolaganju kompatibilnog davaoca sposobnog dati pristanak;
- primalac je brat ili sestra davaoca;
- donacija mora imati potencijal spašavanja života primaoca;
- ako prema zakonu maloljetna osoba nije sposobna dati pristanak za zahvat, zahvat se može izvršiti samo uz odobrenje njezinog zastupnika ili organa vlasti, ili druge zakonom predviđene osobe ili organa. Mišljenje maloljetnika uzima se u obzir kao faktor čija je važnost veća što su viša dob i stepen zrelosti maloljetnika;

¹⁴¹ Odluka o ratifikaciji Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića po pitanju primjene biologije i medicine objavljena je u Službenom glasniku BiH – međunarodni ugovori, broj 11/2007.

- ako prema zakonu odrasla osoba nije sposobna dati pristanak na zahvat zbog mentalne nesposobnosti, bolesti ili sličnih razloga, zahvat se može izvršiti samo uz odobrenje njenog zastupnika ili organa vlasti, ili druge zakonom predviđene osobe ili organa. Ta osoba, koliko je to moguće, učestvuje u postupku davanja odobrenja, i
- potencijalni davalac nema prigovora.

Konvencijom je posebno utvrđeno da ljudsko tijelo i njegovi dijelovi ne smiju biti izvor novčane dobiti. Kad se prilikom nekog zahvata odstrani dio ljudskog tijela, može se pohraniti i upotrijebiti u neku drugu svrhu drukčiju od one radi koje je odstranjen jedino kad se to učini u skladu s odgovarajućim informacijama i postupkom pristanka.

Transplantacija organa i tkiva u Bosni i Hercegovini regulisana je entitetskim zakonima, s tom razlikom što je u Federaciji BiH¹⁴² donijet jedinstven zakon kojim se tretira ovo pitanje, dok u Republici Srpskoj¹⁴³ postoje dva posebna zakona kojima se reguliše transplantacija ljudskih organa, s jedne strane, i transplantacije ljudskih tkiva i ćelija, s druge strane.

Različito su uređene situacije uzimanja organa, odnosno tkiva sa žive i umrle osobe.

Organ, odnosno tkivo od živog davaoca može se uzeti isključivo u cilju liječenja primaoca organa odnosno tkiva, ako ne postoji odgovarajući organ, odnosno tkivo umrle osobe, te ne postoji drugi metod liječenja usporedive djelotvornosti. Uzimanje organa od živog davaoca radi presađivanja u cilju liječenja, obavlja isključivo zdravstvena ustanova u kojoj će se obaviti presađivanje uzetog organa u cilju liječenja. Dozvoljeno je uzeti organ, odnosno tkivo radi presađivanja u cilju liječenja samo od punoljetne osobe koja je duševno zdrava i poslovno sposobna i koja je sposobna dati pristanak za uzimanje organa odnosno tkiva. Uzimanje organa, odnosno tkiva od živog davaoca može se sprovoditi u korist

¹⁴² Zakon o transplantaciji organa i tkiva u cilju liječenja FBiH (“Službene novine FBiH”, broj 75/2009 i 95/2017)

¹⁴³ Zakon o transplantaciji ljudskih organa RS („Službeni glasnik RS“, broj 14/2010) Zakon o transplantaciji ljudskih tkiva i ćelija RS („Službeni glasnik RS“, broj 14/2010)

primaoca organa, odnosno tkiva samo u slučaju rodbinske veze, bračnog i vanbračnog partnerstva i srodstva po tazbini. Pod rodbinskom vezom smatraju se roditelji, djeca, brat, odnosno sestra kao i ostali krvni srodnici u pravoj liniji bez obzira na stepen srodstva, a u pobočnoj liniji zaključno sa četvrtim stepenom srodstva. Davalac organa, odnosno tkiva može biti bračni, odnosno vanbračni partner, kao i srodnik po tazbini zaključno sa četvrtim stepenom. Davalac organa, odnosno tkiva mora biti osoba koja je punoljetna, duševno zdrava i poslovno sposobna za davanje pristanka za uzimanje organa i tkiva.

O uzimanju organa odnosno tkiva od živog davaoca u cilju presađivanja primaocu odlučuje etička komisija zdravstvene ustanove u kojoj će se izvršiti presađivanje uzetog organa, odnosno tkiva u cilju liječenja. Uzimanje organa, odnosno tkiva od živog davaoca dozvoljeno je samo ako je davalac za taj zahvat dao saglasnost u pisanim oblicima, koja mora biti notarski obrađena i ovjerena. Saglasnost davaoca organa, odnosno tkiva mora se odnositi samo na predviđeni zahvat. Davalac može slobodno i u bilo koje vrijeme opozvati svoju pisano datu saglasnost dok ne otpočne hirurški zahvat.

Prije uzimanja organa, odnosno tkiva moraju se sprovesti odgovarajuće medicinske pretrage i zahvati s ciljem procjene i smanjenja fizičkih i psihičkih rizika za zdravlje davaoca. Zabranjeno je uzimanje organa, odnosno tkiva ako se time dovodi u opasnost život davaoca i njegovo zdravlje, izlaže riziku trajnog ili težeg oštećenja.

Organi i tkiva sa umrle osobe mogu se uzimati radi presađivanja drugoj osobi u cilju liječenja nakon što je sa sigurnošću, prema medicinskim kriterijumima i na propisan način, utvrđena moždana smrt. Jedinice intenzivne nege bolničkih zdravstvenih ustanova utvrđuju moždanu smrt kod osobe u dubokoj komi koja nema spontano disanje, a postoji jasno dokazani uzrok koji može objasniti ovo stanje. Moždanu smrt osobe, čiji se organi i tkiva mogu uzimati radi presađivanja u cilju liječenja, utvrđuje komisija zdravstvene ustanove sastavljena od najmanje tri ljekara koju imenuje direktor zdravstvene ustanove. Dozvoljeno je uzimati organe i tkiva sa umrle osobe radi presađivanja u svrhu liječenja samo pod

uslovom da se davalac za života nije tome protivio u pisanom obliku. Pisanu izjavu o nedarivanju organa i tkiva poslije smrti u svrhu liječenja punoljetna osoba sposobna za rasuđivanje daje izabranom ljekaru primarne zdravstvene zaštite ili nadležnom ministarstvu zdravstva.

Organi i tkiva umrle maloljetne osobe, te umrle punoljetne osobe koja nije imala sposobnost rasuđivanja mogu se uzeti radi presađivanja u cilju liječenja samo ako oba roditelja, ako su živi ili njen zakonski zastupnik, odnosno staratelj daju izjavu o pristanku u pisanom obliku, a koja može biti opozvana u svakom trenutku dok ne otpočne hirurški zahvat.

Prije pristupanja uzimanju organa i tkiva ljekar će obavijestiti porodicu umrlog o postupku uzimanja, razlozima i koristima razumljivim rječnikom i sa dužnim poštovanjem, a ako je u pitanju strani državljanin na njegovom maternjem jeziku ili uz prisustvo ovlaštenog prevodioca. Razumljivi rječnik podrazumijeva davanje informacija koje su prilagođene edukaciji, psihičkom i emocionalnom stanju osobe kojoj se daje savjet. Prilikom uzimanja organa i tkiva sa umrle osobe potrebno je postupati sa dužnim poštovanjem prema ličnom dostojanstvu umrle osobe i njene porodice, te preuzeti sve mjere kako bi izgled umrle osobe ostao nepromijenjen. Uzeti organi i tkiva sa umrle osobe moraju se upotrijebiti u skladu sa pravilima medicinske struke.

4.2.Profesionalna tajna

Obaveza čuvanja tajne nije nastala na temelju nekog propisa, nego se dužnost čuvanja profesionalne tajne razvila iz samog odnosa između ljekara i pacijenta. Hipokrat je smatrao čuvanje tajne „**svetom dužnošću**“ ljekara. Tako da je rekao i u svojoj **Zakletvi: „Što u svome poslu budem saznao ili vidio, ukoliko se ne bude smjelo javno znati, prečutat ću i zadržat ću kao tajnu“**¹⁴⁴ Čuvanje tajne sve do XVIII vijeka bila je isključivo moralna obaveza ljekara prema pacijentu. Tek u XIX vijeku, dužnost čuvanja tajne bila je zakonom predviđena i prekršioci su bili

¹⁴⁴ J. Marić, *Medicinska etika*, Beograd, 1995, str. 92.

sakcionisani, a tako je ostalo do danas. Čuvanje medicinske tajne utvrđeno je i u Međunarodnom kodeksu medicinske etike. Prema utvrđenom kodeksu „...ljekar mora držati u potpunoj tajnosti sve ono što mu bolesnik povjeri i ono što je u stanju da sazna na osnovu bolesnikovog povjerenja“.¹⁴⁵ Danas čuvanje profesionalne tajne predstavlja pravo na ustavom zagarantovano ljudsko dostojanstvo i privatnost. Pacijent treba da bude siguran da će podaci o njemu, koje on sam daje ljekaru ili omogućava da se oni utvrde, biti čuvani kao tajna. Čuvanje tajne čini osnovnu pretpostavku ljekarskog rada i na tome se temelji međusobno povjerenje ljekara i pacijenta. Čuvanje medicinske tajne u prvom redu je privatni interes pojedinca. Od toga mu često zavisi i lična sreća, potom napredovanje u poslu, uključivanje u njegovu sredinu i sl. Pored toga, profesionalna tajna koristi i ljekaru, jer ako ima povjerenja između ljekara i pacijenta, ljekar će dobiti obavještenja koja su mu potrebna za uspostavljanje dijagnoze i terapije. U slučaju otkrivanja ljekarske tajne može doći do podizanja krivične prijave, pa i same kazne, zatim obavezu naknade štete i disciplinsku odgovornost. Ljekar je oslobođen svjedočenja pred sudom o činjenicama koje je dužan da čuva kao profesionalnu tajnu.

Čuvanje profesionalne tajne imaju svi zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, kao i druga lica zaposlena u zdravstvenim ustanovama, kako u privatnoj praksi, tako i u organizaciji zdravstvenog osiguranja kod koje je pacijent zdravstveno osiguran, a kojima su ti podaci dostupni i potrebni radi ostvarivanja zakonom utvrđenih nadležnosti. Takođe čuvaju profesionalne tajne podliježu i studenti navedenih profesija i sva ostala lica, koja su na bilo koji način ljekarevi pomoćnici. Čuvanje ljekarske tajne je obaveza koja traje doživotno.

U tajnu spadaju ne samo informacije o pacijentu, nego i o trećim licima, koje je ljekaru saopštio pacijent. Kada se radi o maloljetnom pacijentu, tu postoji izuzetak, jer za njegovo liječenje je potrebna saglasnost roditelja, usvojioца ili staratelja. U ovakvim slučajevima ljekar ima obavezu da tim licima saopšti o kakvoj se bolesti radi i o medicinskoj mjeri

¹⁴⁵ Ibid. str. 98.

koju treba preduzeti. Saglasnost neće biti pravno valjana ukoliko roditelj, usvojilac ili staratelj nisu bili obavješteni.

Ljekarska tajna je činjenica koju je ljekar saznao upravo u vršenju svoga poziva. O ljekarskoj tajni se ne može govoriti ako je za određenu činjenicu ljekar saznao nezavisno od svog zanimanja, ali ukoliko ljekar u nekom kasnijem periodu bude liječio to lice o čijoj se tajni radi, ljekar postaje obavezan čuvanja tajne.

Otkrivanje tajne čini onaj ko je učini dostupnom nekom trećem licu, ako za tajnu nije znao, pa čak i kada taj treći spada u krug lica koja su dužna da tajnu čuvaju.

Obaveza čuvanja tajne ne prestaje ni sa smrću dotičnog pacijenta, što znači da pravo na privatnost čovjeka ne prestaje sa njegovom smrću. Smrću pacijenta prestaje mogućnost da pacijent osloboди ljekara obaveze čuvanja tajne, dok neki autori smatraju da to ne mogu da učine ni njegovi nasljednici ni bliska lica.

Postaju opravdani razlozi otkrivanja ljekarske tajne. Neovlašteno ne postupa ljekar koji tajnu otkriva iz opravdanih razloga, a to je u sljedećim slučajevima, i to:

- kada se radi propisima o obaveznom prijavljivanju i registraciji određenih bolesti;
- pristankom pacijenta, odnosno roditelja, staraoca ili usvojioca ljekar biva oslobođen čuvanja profesionalne tajne.
- kada je pacijent umro, mentalno bolestan, izgubio svijest ili se iz okolnosti može zaključiti da pacijent nema interesa za čuvanjem njegove tajne.
- kada zaprijeti određena opasnost koja se može otkloniti jedino otkrivanjem tajne (npr. otkrivanje duševne bolesti određenog pacijenta u cilju njegovog smještaja u odgovarajuću ustanovu i sl.).
- kada pacijent od ljekara zahtijeva naknadu štete uzrokovanoj liječenjem, tvrdeći da sve preduzete medicinske mjere nisu bile

indikovane. Tada se od ljekara ne može očekivati da poštuje profesionalnu tajnu.

**DIO ČETVRTI: ZDRAVSTVENA
I SOCIJALNA ZAŠTITA U BIH**

1. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Kao što je naprijed već navedeno, zdravstveno osiguranje je dio socijalnog osiguranja koje uvodi država u cilju obezbeđenja zdravstvene zaštite građana. Ovo osiguranje finansira se iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, a najčešći i najveći dio sredstava prikuplja se iz plata zaposlenih i sredstava koje uplaćuje poslodavac, pri čemu se, kao osnov za obračun doprinosa, uzimaju isplaćene plate. Dio sredstava uplaćuje se i iz drugih izvora. Npr. fondovi penzijskog osiguranja i službe za zapošljavanje (biroi) uplaćuju za svoje korisnike, budžet države za određene ugrožene grupe stanovnika, etc.

Uopšteno gledajući, uloga države u zdravstvenom sistemu još uvijek je jako izražena. Ipak, postoje određena ograničenja koja važe za zdravstvenu politiku i strategiju razvoja zdravstvenog sektora, određene ključne zakone, podzakonske akte, osnivačka prava, upravljačke strukture i organe rukovodjenja. Država, ipak, treba kroz opšte zdravstveno osiguranje za sve građane obezbijediti "besplatne" i kvalitetne zdravstvene usluge. Pod pojmom "besplatnih" zdravstvenih usluga ne treba smatrati da su te usluge stvarno besplatne, već da ih treba plaćati država, a ne građanin. Sposobnost države da obezbijedi građanima "besplatne" i kvalitetne zdravstvene usluge, ne ovisi samo o ekonomskoj moći države, nego i o političkim odnosima unutar nje.

Zdravstveno osiguranje jedan je od bitnih segmenata funkcija svake države. Polazeći od pretpostavke da je zdravlje najveće blago, a da bolest i liječenje bolesti predstavlja teret, kako za pojedinca, tako i za državu u cjelini, neophodno je da svaka država, primjерeno svojim mogućnostima, obezbijedi određeni nivo zdravstvene zaštite za svoje građane. Time se prevenira nastanak bolesti, stvaraju uslovi za liječenje i rehabilitaciju. Kako bi ovo postigla, država mora pronaći optimalan način za prikupljanje sredstava za te namjene. Navedene ciljeve, vremenom se pokazalo, jedino je moguće postići osnivanjem fondova, odnosno zavoda obveznog zdravstvenog osiguranja, u kojima se, prema odabranim metodama,

sakupljaju sredstva za zdravstvenu zaštitu građana/korisnika i iz kojih se vrše plaćanja – nadoknade za pružene usluge.

Putem zdravstvenog osiguranja, država ili niža administrativno – teritorijalna jedinica, preuzima na sebe najveći dio rizika za sve negativne posljedice bolesti, trudnoće, povreda, nesreća na poslu, gubitka zarade zbog bolesti ili povrede, čime smanjuje rizik da građani, zbog nedovoljnih finansijskih sredstava pate ili umiru i od bolesti za koje postoji mogućnost izlječenja. S druge strane, na ovaj način utiče se i na razvoj zdravstvenog sistema uopće. Kada govorimo o zdravstvenom sistemu, prevashodno mislimo na zdravstvene ustanove (bez obzira na oblik organizovanja ili vlasništva) koje su kompetentne za pružanje potrebnih zdravstvenih usluga i imaju dovoljno sredstava da prate razvoj medicine i tehnologije, edukuju potrebne kadrove u smislu postizanja novih znanja, a sve u svrhu obezbjedenja uslova za unapređenje zdravlja.

Kada se sredstva za finansiranje prikupljaju iz poreza (opšti prihodi), tada se (u masi sredstava prikupljenih u budžet) sredstva namijenjena za finansiranje zdravstvenog osiguranja ni po čemu ne razlikuju od ostalih sredstava po namjenama. Zdravstveni sistem se mora nadmetati za finansijska sredstva sa svim drugim korisnicima budžetskih sredstava i sektorima koje vlada finansira, poput obrazovanja, odbrane itd. Prihod se prikuplja od različitih poreza i naknada, kao što je porez na dohodak, porez na dobit, porez na dodatnu vrijednost i sl.

Dati sistem finansiranja omogućava stvaranje osnove za obezbjeđenje više resursa za zdravstvo. Problem ovakvog načina finansiranja zdravstvenog osiguranja, i zdravstvenog sistema uopće, posebno kada se radi o tranzicijskim zemljama je činjenica da zdravstveni sektor mora da se nadmeće sa drugim sektorima koji se finansiraju iz budžeta. U stvarnosti, uobičajeno je da zdravstvo po redoslijedu bude iza sektora policije, sudstva, vojske, socijalnih davanja i sl.

Ukupan iznos budžetskih sredstava za zdravstvo umnogome zavisi od visine poreza i spremnosti države da ta sredstva stvarno usmjeri u zdravstvo, a ne u neke druge sektore. Sistemi finansiranja kroz poreze obezbjeđuju zdravstvenu zaštitu za cijelokupno stanovništvo i to najčešće

samo za državljane, s tim da se zdravstvena zaštita, u skladu sa važećim propisima, pruža u javnim i u privatnim zdravstvenim ustanovama.

Neke zemlje (npr. Hrvatska) u zdravstveni sistem uključuju i privatnike. To iz razloga što se zdravstvena politika prilagođava promjenama i primjenjuje standardni mehanizam kupovanja usluga, nasuprot diktiranom pružanju usluga za opredijeljeni budžet.

Osim finansiranje zdravstva putem socijalnog osiguranja, postoji i sistem privatnog osiguranja koji upućuje na izbor građana da dobrovoljno odlučuju da li će kupiti zdravstveno osiguranje, kako bi se obezbijedili u slučaju bolesti. Građani ga mogu sami kupiti ili se u tu svrhu mogu udružiti u interesne skupine. Najbolje rješenje je kada se to osiguranje kombinuje sa obaveznim osiguranjem. Privatno osiguranje (ako je u kombinaciji sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem), na izvjestan način, mobilise dodatna sredstva neophodna za rad i razvoj zdravstvenog sistema. Ukoliko se radi o samom privatnom osiguranju, ne postoji mogućnost izbjegavanja plaćanja premije, jer ukoliko se premija ne uplati, osiguranje ne pokriva troškove pruženih zdravstvenih usluga. Privatno osiguranje omogućava građaninu mogućnost izbora, kako osiguranja, tako i davaoca usluge. Na taj način je mogućnost korupcije u zdravstvu svedena na najmanju moguću mjeru. Uz to, omogućava se razvoj tržišne utakmice između davaoca usluga, ali i osiguravajućih kuća, pa iz te utakmice korist vuče osiguranik, tj. pacijent. Tim prije ako iz takve tržišne utakmice proizađe bolja i efikasnija zdravstvena usluga, sa što nižom prihvatljivom cijenom.

Međutim, najčešći korisnici privatnog osiguranja su hronični bolesnici za koje osiguravatelj nema interesa osiguravanja, jer su troškovi njegove zdravstvene zaštite visoki. Osiguravatelj, što je sasvim razumljivo, bira zdrav i platežno sposoban dio populacije, a državi ostavlja na brigu bolesne i socijalno ugrožene kategorije. U sistemima u kojima prevladava privatno osiguranje, "privatno zdravstveno osiguranje potiskuje socijalnu solidarnost".¹⁴⁶ Takođe "zbog premija osiguranja koje su podređene riziku,

¹⁴⁶ V. Joksimović, Z. Joksimović, *Prikaz najznačajnijih sistema zdravstvenih osiguranja*, Timočki medicinski glasnik broj: 4, 2007, str. 3-5, i Modeli zdravstvenog osiguranja, www.supapharmacy.bg.ac.rs str. 6 (23.3.2018.)

moraju bolesni plaćati više od zdravih, čime se krši princip solidarnosti".¹⁴⁷ Sljedstveno tome, nastaje proces tzv. negativne selekcije, koja se ogleda u tome što, sa porastom rizika, dolazi do poskupljenja premija za osiguranike. Time se, *de facto*, zdrava populacija isključuje iz kruga tih osiguranika.

Tržišni koncept u zdravstvenoj zaštiti podrazumijeva distinkciju strane koja snadbijeva, od one koja potražuje te usluge – prodavca i kupca.¹⁴⁸ Nadalje, dolazi do usložnjavanja tog odnosa, njegovog „prelaska“ u četveročlani: pacijent – ljekar – institucija davaoca usluge – platilac. Takav (tržišni) koncept zdravstvene zaštite se dalje komplikuje time što treba imati u vidu da "ponašanje ljekara znatno utiče na zahtjeve pacijenta za zdravstvenom zaštitom".¹⁴⁹

U SAD-u je upravo navedeno privatno osiguranje dominantno, bez obzira što postoji i organizovano državno osiguranje za određene grupe stanovništva, prije svega djecu, siromašne i starije preko 65 godina života. Neke, posebno velike, kompanije plaćaju zaposlenim osnovno zdravstveno osiguranje, što znači da je većini Amerikanaca obezbijedeno zdravstveno osiguranje od strane poslodavca. Ipak, mnogi od njih vlastitim sredstvima plaćaju troškove pruženih zdravstvenih usluga, a njih oko 20% ili ca. 45 miliona stanovnika je bez ikakvog vida zdravstvenog osiguranja.¹⁵⁰ Zvanični podaci pokazuju da su troškovi zdravstvenog osiguranja u SAD-u 2004. godine iznosili 1900 milijardi dolara, ili 16% američkog BDP-a.

Takođe postoji i sistem ličnog plaćanja pacijenata (plaćanje iz "džepa"). Ovaj metod finansiranja predviđa da pacijent pojedinac direktno plaća davaocu zdravstvenih usluga iz svog "džepa". Pravilo je da se ovi

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ B. Hrabač, *Zdravstvena ekonomika*, 2008, str. 2

¹⁴⁹ Ibid;

¹⁵⁰ Po nekim podacima (Modeli zdravstvenog osiguranja, [www.supapharmacy.bg.ac.rs/assets/6102k, str. 2 \(26.07.2014.\)](http://www.supapharmacy.bg.ac.rs/assets/6102k, str. 2 (26.07.2014.))), u 2007. godini je taj procenat smanjen na 15,3%, ali iskazano po broju stanovnika više – 45,7 miliona. U taj broj ulazi 8,1 miliona djece sa manje od 18 godina starosti. Država je plaćala zdravstveno osiguranje samo za 27,8 % stanovnika, pretežno posredstvom "paketa" Medicare (za one starije od 65 godina) i Medicaid (za ugrožene socijalne grupe, odnosno lica sa niskim mjesечnim primanjima)

troškovi ne refundiraju od strane institucije osiguranja. U zemljama u kojima je uveden sistem socijalnog osiguranja, ovakvo plaćanje po instituciju osiguranja ima pozitivne učinke, jer se ne troše sredstva iz kojih se plaća ugovornom davaocu usluga. Druga korist od direktnog plaćanja je da korisnik-pacijent neće koristiti zdravstvene usluge ako mu stvarno nisu neophodne. Međutim, ovakav način, kada korisnik-pacijent sam određuje kada mu je potrebna usluga, odnosno ta potreba, je u direktnoj vezi sa njegovim finansijskim mogućnostima da plati uslugu, pa može imati negativne posljedice po njegovo zdravlje. Naime, zbog toga što na vrijeme nije dobio potrebnu zdravstvenu uslugu, može instituciji osiguranja prourokovati veće troškove liječenja u kasnijem periodu.¹⁵¹

Osim direktnog plaćanja usluge iz "džepa" u sistemu osiguranja poznata je i "participacija" pacijenta. Tada država direktno odredi u kojim zdravstvenim uslugama i sa koliko sredstava participira korisnik. Participacija se najčešće pravda "kanalisanjem potrošnje" i izgradnjom svijesti kod korisnika da zdravstvena zaštita nije "besplatna", te da je treba koristiti samo kada je medicinski uslovljena. Plaćanje iz "džepa" karakteristično je za zemlje sa niskim i srednjim dohotkom i najčešće je rezervisano na korisnike koji imaju dovoljno sredstava da „preskoče“ pravila osiguranja i liste čekanja na usluge.

1.1. Međunarodni aspekt razvoja modela

U većini zemalja u svijetu, ali i zemljama bivše SFRJ, zdravstvena zaštita u velikoj mjeri je sastavni dio cjelokupnog društvenog života. Uprkos činjenici da je liječenje ljudi primarna djelatnost zdravstva, velika važnost pridaje se samom organizovanju i finansiranju zdravstvene zaštite, odnosno pitanju: Kolika se sredstava izdvajaju u sistem zdravstva i na koji način se koriste?¹⁵² Svaki rizik, posebno rizik bolesti, za koju se ne može

¹⁵¹ Republički zavod zdravstvenog osiguranja Srbije, *Modeli zdravstvenog osiguranja*, Beograd, www.alat.rfzo.rs (18.03.2012.)

¹⁵² B. Marković, S. Vukić, *Modeli organizacije i finansiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta*, Ekonomski vjesnik: Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues, Vol. XXII No. 1, 2009. str 182.

prepostaviti kada i u kojem obimu će se pojaviti, veoma je teško podnijeti, ukoliko to pojedinac sam pokušava realizovati.

Većina bogatih zemalja se susreće sa problemom kontrole troškova zdravstvenog osiguranja, posebno imajući u vidu da su suočeni sa činjenicom da se životni vijek konstantno produžava. Producetuživotnog vijeka doprinose nova dostignuća u medicinskoj tehnologiji, kao i pristupačnost zdravstvene zaštite.¹⁵³

Kroz istoriju, institucije zdravstvenog osiguranja stalno su se reformisale, sve u namjeri da se postigne optimalna mogućnost da se za uložena sredstva obezbijedi maksimalno osiguranje rizika na bazi uzajamnosti i solidarnosti. Stoga je udruživanje u veće grupe, što podrazumijeva obavezno udruživanje sredstava za osiguranje rizika, na bazi uzajamne solidarnosti, prepoznato još u doba Stare Grčke.

Naime, starogrčki trgovci osnovali su zadružni savez pod nazivom *Kanonia*, a u cilju osiguranja u slučaju nesreće i gubitaka koje su doživljavali na pomorskim putovanjima.¹⁵⁴ U Rimskom carstvu, između 133. i 132. godine p.n.e., postojala je kasa za sahrane pod nazivom *Collegio tenorium*. Kasa se finansirala od članarina i redovnih mjesecnih uplata članova.

Postoji, u teoriji i praksi, nekoliko modela sistema zdravstvenog osiguranja sa posebnim karakteristikama. Bez obzira na njihovu osobenost, u praksi se niti jedan od njih ne može naći u čistom obliku – najčešće je to kombinacija dva ili više njih, sa prevagom karakteristika jednog. Onaj koji funkcioniše u jednoj zemlji postepeno preuzima neka rješenja iz drugih, tako preuzimajući određene karakteristike drugih zemalja. Najznačiji modeli su: 1) Bismarkov model (*Bismarck*), 2) Beveridžov model (*Beveridge*), 3) Semaškov model.

¹⁵³Economist Intelligence Unit, Healthcare Reform – *Whatever happened to Radical Dave*, Economist, June 18th 2011, str. 20.

¹⁵⁴ V. Joksimović, Z. Joksimović, *cit. djelo*, str. 3-5

1.1.1. Bismarkov model socijalnog osiguranja

Najrašireniji i najpoznatiji model zdravstvenog osiguranja, koji preferira totalnu solidarnost, postavio je Bismarkov model socijalnog osiguranja.¹⁵⁵ Nazvan je po Otu Bismarku, koji je prvi, 1883. godine, u Njemačkoj uveo neke oblike socijalnog osiguranja radnika, što je presudno uticalo na razvoj socijalne i zdravstvene zaštite u svijetu. Bismarkov sistem socijalnog osiguranja počiva na doprinosima za zdravstveno osiguranje koje u „bolesničke kase“ ili „fondove“ obavezno uplaćuju svi zaposleni i poslodavci, kao i druga osigurana lica i institucije, koje na zdravstveno osiguranje prijavljuju lica iz određenih grupa.

Socijalno zdravstveno osiguranje je najznačajniji oblik finansiranja zdravstvene zaštite u mnogim zemljama, kojim je obuhvaćena cijelokupna populacija. Primjeri zemalja u kojima postoji sistem obavezognog zdravstvenog osiguranja su: Njemačka (88% populacije), Francuska (100%), Nizozemska (64%), Belgija (99–100%), Austrija (99%), Švicarska (100%), Luksemburg (97–99%).¹⁵⁶

Bismarkov model finasiranja zdravstvene zaštite prihvatile su sve zemlje na Balkanu, zatim Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka i Luksemburg.¹⁵⁷ U njemu postoje jasno definisani titulari za plaćanje doprinosa, odnosno kategorije, kako slijedi:

- zaposleni – pri čemu treba imati u vidu ravnomjernu podjelu između poslodavca i zaposlenog;
- penzioneri i trajni invalidi – za koje fond penzijskog i invalidskog osiguranja u dogovorenim iznosima plaća doprinos;
- nezaposleni koji traže zaposlenje – doprinos plaćaju biroi za zapošljavanje, i
- ostale socijalne grupe – gdje je država titular kod plaćanja doprinosa.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Ibid. str. 3 – 5.

¹⁵⁶ M. Mastilica, *Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje*, www.pharma.unzg.hr str. 5 (25.11.2011.)

¹⁵⁷ Š. Salihbašić, *cit. djelo*, str. 91.

¹⁵⁸ V. Bjegović, D. Donev, *Health Systems and their Evidence Based Development, Stability Pact for South Eastern Europe*, Beograd, 2004, str. 25 – 26

1.1.2. Beveridžov model socijalnog osiguranja

U toku Drugog svjetskog rata u Engleskoj je zaživio Beveridžov model ili sistem nacionalne zdravstvene zaštite.¹⁵⁹ Ovaj sistem počiva na zdravstvenom osiguranju koje se finansira iz državnog budžeta, na osnovu poreza ili taksi. Ustvari, prve postavke ovog modela javljaju se početkom XX vijeka, a formalno ga je u Engleskoj inaugurisao *Beveridge* 1942. godine. Početak razvoja ovog sistema vezan je za pojavu većeg broja nezavisnih fondova, koji su okupljali određene dijelove stanovništva. S vremenom se broj osiguranika u fondovima povećavao, što je uticalo na potrebu daljeg razvoja ovog sistema.

Država uvodi poreze za finansiranje potreba zdravstvenog osiguranja. Na taj način postiže se univerzalni obuhvat stanovništva. Time fondovi gube prвobитно stečenu nezavisnost i postaju dio javnog sektora, kojeg država kontroliše.

Za razliku od Bismarkovog, kod ovog modela preovladava poreski način prikupljanja sredstava. Kako porezi predstavljaju prihod državnog budžeta i u istom se sakupljaju, fondovi gube mogućnost prikupljanja sopstvenih sredstava i nezavisno raspolaganje prikupljenim sredstvima. Ono što je karakteristično za ovaj sistem finansiranja je činjenica da se ono vrši iz državnog budžeta, te da su zdravstvene ustanove u vlasništvu države.¹⁶⁰

Alokaciju sredstava vrše institucije državne uprave. Najveći dio zdravstvene djelatnosti zasniva se na ljekarima opšte prakse – "ličnom doktoru". Ljekar se, u pravilu, plaća "po glavi stanovnika" koji su se za njega opredijelili, a samo djelimično prema broju usluga koje pruža, i u ugovornom je odnosu sa odgovarajućim institucijama državne uprave. U Velikoj Britaniji to je NHS – National Health Service (Nacionalni zdravstveni servis), koji određuje i način plaćanja i cijenu, kako "glavarine", tako i svake pojedinačne usluge koje plaćaju.¹⁶¹ Iz navedenog proizlazi da država potpuno preuzima brigu o zdravlju cijelokupnog stanovništva. NHS, koji je ustanovljen kao model univerzalnog pokrića, košta 9,3% bruto nacionalnog dohotka. U poređenju sa 16,2%, koliko

¹⁵⁹ V. Bjegović, D. Donev, *cit. djelo*, str. 25

¹⁶⁰ T. Rakonjac – Antić, *Penziski i zdravstveno osiguranje*, Prvo izdanje, Centar za izdavačku djelatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2008, str. 198

¹⁶¹<http://www.euro.who.int> (20.04.2010.)

Sjedinjenje Američke Države izdvajaju godišnje za zdravstvo, takav procenat i ne izgleda predimenzioniran.¹⁶²

Bez obzira na velike prednosti koje NHS pruža, kao što su univerzalna pokrivenost, besplatne usluge i dobra pokrivenost stručnim osobljem, karakteriše ga opterećenost birokratskim aparatom. NHS je u prošlosti bio izložen i određenim skandalima, najviše zbog činjenice da bolnice u takvom sistemu ne zadovljavaju osnovne uslove za rad, što bitno utiče na nivo usluga. Reforme koje su vlade pokušale da sprovedu u posljednjih nekoliko dekada su samo na trenutak poboljšale "zdravlje" NHS-a, ali bez dugoročnog „izlječenja“.¹⁶³

U Beveridžovom sistemu svi stanovnici imaju pravo na zdravstvene usluge pod jednakim uslovima, s tim da to pravo stiču samo državljanini. Na taj način je načelo solidarnosti, u ovom sistemu, gotovo u potpunosti zastupljeno. Beveridžov model finasiranja zdravstvene zaštite primjenjuju: Finska, Grčka, Irska, Velika Britanija, Italija, Švedska, Španija, Danska i Potrugali.¹⁶⁴

1.1.3. *Semaškov model socijalnog osiguranja*

U zemljama koje su imale socijalističko društveno uređenje razvijen je tzv. Semaškov model socijalističkog zdravstvenog osiguranja. Ovaj sistem je po svemu sličan Beveridžovom modelu, a razlika je samo u ideoškoj komponenti. Osnovne karakteristike Semaškovog modela socijalnog osiguranja su:

- finansiranje iz državnog budžeta;
- državna kontrola kroz sistem centralnog planiranja;
- slobodni pristup zdravlju;
- zdravstveni radnici imaju fiksne plate;
- nema privatnog sektora, i

¹⁶² Economist Intelligence Unit, *cit. djelo*, str. 20

¹⁶³ The NHS, *Sweetened Pill, No Cure*, The Economist, 2011, str. 65.

¹⁶⁴ B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, *Critical Challenges for Health Care reforms in Europe*, Buchingkam, Open University Press, 1999, str. 229.

- neproizvodni sektor ima niski prioritet.¹⁶⁵

Ovaj model zdravstvenog osiguranja u Evropi više ne postoji, iako se čini da stanovništvo istočnoevropskih zemalja još uvijek žali za njime iz razloga što im je država obezbjeđivala besplatnu, sveobuhvatnu, kvalitetnu i dostupnu zdravstvenu zaštitu. Semaškov model zdravstvenog osiguranja prisutan je još uvijek u nekim zemljama Azije (Kina, Sjeverna Koreja, Vijetnam) i na Kubi.¹⁶⁶

2. UREĐENOST ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U BOSNI I HERCEGOVINI

U Bosni i Hercegovini su predviđena specifična rješenja imajući u vidu njeno složeno državno uređenje. U Federaciji BiH Ustavom je propisano da Federalno ministarstvo zdravstva ima koordinirajuću ulogu, te se, u tom smislu, osigurava samo pravni okvir na osnovu kojeg će zdravstveni sistem funkcionirati. Dakle, zdravstvena zaštita se pruža i finansira na kantonalm nivou, dok je koordinativna odgovornost na federalnom nivou. S obzirom da su sva kantonala ministarstva autonomna i odgovorna za osigurana lica na području svog kantona, manji kantoni imaju veoma ograničene kapacitete finansiranja, pa samim tim postoje velike razlike u kvalitetu i cijeni zdravstvenih usluga. U Republici Srpskoj ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske i poslodavci pod uslovima utvrđenim zakonom i aktima Fonda.

Detaljnija analiza zdravstvenog sistema Bosne i Hercegovine jasno ukazuje na to da postojeća funkcionalna organizacija ne odgovara, u najvećem dijelu, niti davaocima, niti korisnicima usluga. U cilju stvaranja uslova da svi građani u državi ostvare pravo na zdravstvenu uslugu na

¹⁶⁵ T. Čatić, *Pregled najznačajnih sistema zdravstvenog osiguranja*, www.ispor.org
2011, str. 2 (15. 12.2018.)

¹⁶⁶ Republički zavod zdravstvenog osiguranja Srbije, *cit. djelo*.

cijeloj teritoriji države,¹⁶⁷ neophodno je da (dok se ne reguliše ova oblast na nivou države Bosne i Hercegovine), svi fondovi, odnosno zavodi obezbijede sredstva iz kojih će se plaćati usluge koje su pružene osiguranim licima na području entiteta, Brčko distrikta BiH ili kantona. U ovom slučaju cijene zdravstvenih usluga moraju biti iste, odnosno takve da omoguće pokriće troškova tih usluga.

Ustavima entiteta propisano je da se posebna pažnja pruža zaštiti zdravlja stanovništva kroz odredbu da sve osobe na teritoriji Federacije uživaju pravo na zdravstvenu zaštitu¹⁶⁸, odnosno da u Republici Srpskoj svako ima pravo na zaštitu zdravlja i da je zajamčeno pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom¹⁶⁹.

Međutim, sve lica možda uživaju pravo na zdravstvenu zaštitu, ali ga ne ostvaruju. Naime, zdravstvenu zaštitu ostvaruju samo osigurana lica, dok neosigurana lica imaju pravo na zdravstvenu zaštitu samo u hitnim slučajevima ili da jednostavno plaćaju usluge zdravstvene zaštite.

Nakon završetka rata, što je posljedica rješenja iz Vašingtonskog i Dejtonskog sporazuma, odnosno Ustava BiH, Ustavom Federacije BiH je uspostavljen decentralizovani kantonalni sistem, pa je jurisdikcija nad zdravstvenom zaštitom podijeljena između federalnih i kantonalnih vlasti. U Federaciji BiH egzistira ukupno 11 ministarstva zdravstva: jedno na federalnom nivou i po jedno na svakom od deset kantonalnih nivoa. Svaki kanton ima svoj zavod zdravstvenog osiguranja i infrastrukturu za zdravstvenu zaštitu, uključujući bolnice, domove zdravlja i ambulante u okviru primarne zaštite.

Na nivou Federacije BiH osnovan je Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, čija je nadležnost utvrđena Zakonom o zdravstvenom osiguranju. U sklopu Zavoda se nalazi Fond solidarnosti, u koji se, iz prihoda kantonalnih zavoda izdvaja 9% od ukupno plaćenog

¹⁶⁷ Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji BiH, van teritorije entiteta, odnosno Distrikta Brčko kome osigurana lica pripadaju, („Službeni glasnik BiH“ br: 30/01)

¹⁶⁸ Član II/2, tač.O. Ustava Federacije BiH

¹⁶⁹ Član 37 Ustava RS

doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje sa kantona.¹⁷⁰ Isti iznos sredstava, utvrđeno je, obezbjeđuje i budžet Federacije BiH kako bi se, za taksativno utvrđene zdravstvene usluge, obezbijedila solidarnost za sva osigurana lica.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH je propisano da sva osigurana lica imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i to da osigurana osoba ima pravo na liječenje u inostranstvu, odnosno na području države Bosne i Hercegovine, pod uslovima i na način utvrđen posebnim propisima ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji, a u zemlji, odnosno drugom entitetu, u koju se osigurana osoba upućuje postoji mogućnost uspješnog liječenja tog oboljenja.

Slijedi da se Pravilnikom o uvjetima i postupku upućivanja osiguranih lica na liječenje u inostranstvu ne može propisati manje prava nego što to cini Zakon o zdravstvenom osiguranju, pošto je to akt niže pravne snage. Takođe se podzakonskim aktom ne mogu taksativno utvrditi ni zdravstvene usluge, koje se mogu pružati u inostranstvu i bolesti koje se mogu liječiti van zemlje. Kada bi se taksativno nabrojala samo određena oboljenja, pacijenti čija bolest se ne nalazi na tom popisu bili bi uskraćeni za pravo liječenja u inostranstvu.

U Republici Srpskoj je ustanovljena drugačija organizacija zdravstva u odnosu na Federaciju BiH, kao i sistem davanja zdravstvenih usluga. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS nadgleda rad Fonda zdravstvenog osiguranja (RSFZO) i organizuje sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu i upravlja njome, dok lokalna samouprava organizuje i upravlja primarnom zdravstvenom zaštitom. Rad RSFZO-a je centralizovan, a centralni ured je odgovoran za određivanje cijena, naplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje, ugovaranje i plaćanje davaocima, vršenje revizije i alociranje budžeta različitim regionima. Gotovo identično kao i na području Federacije BiH, i u RS osigurana lica koriste zdravstvenu

¹⁷⁰ Odluka o izdvajajući sredstava u fond solidarnosti F BiH za 2011. godinu (Službene novine F BiH, broj: 88/10).

zaštitu u najbližoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji na kojoj imaju prebivalište.¹⁷¹

Zdravstvena zaštita u RS obezbeđuje se na nivou RS, jedinice lokalne samouprave i poslodavca preduzimanjem specifičnih aktivnosti na promociji zdravlja, prevenciji i liječenju bolesti i stanja, rehabilitaciji oboljelih i povrijeđenih, obezbeđenju lijekova i medicinskih sredstava, zaštiti životne i radne sredine i druge specifične aktivnosti.¹⁷²

U cilju adekvatnog ažuriranja podataka o osiguranim licima i pravima koja ista ostvaruju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, RSFZO, kao centralni organ, propisuje evidencije u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, podatke koji se u njima vode, obaveze u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, obrazac zdravstvene knjižice i postupak za njeno izdavanje i korištenje. Definišući osnovne karakteristike zdravstvenog sistema RS, možemo konstatovati, da su i unutar ovako centralizovanog sistema utvrđeni mehnaizmi zaštite prava građana, kao korisnika usluga u zdravstvenim ustanovama RS.

Sistem zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH je određeni period nakon završetka rata (1995. godina) finansiran iz budžeta, da bi se nakon toga, od 2006. godine, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH,¹⁷³ formirao Fond zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta Bosne i Hercegovine.

Učesnici u sistemu zdravstvene zaštite na području Brčko distrikta BiH, prema važećim propisima, su stanovnici Brčko distrikta BiH, zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici na njegovom području, Fond zdravstvenog osiguranja, Odjeljenje za zdravstvo i ostale usluge, drugi organi Brčko distrikta BiH i pravna lica, kao i građani, bilo da se radi o onima koji su stanovnici Brčko distrikta, ili drugim građanima, koji privremeno borave ili se zateknu na njegovom području, ili koji žele

¹⁷¹ Član 27 Zakona o zdravstvenom osiguranju RS („Službeni glasnik RS“, broj: 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 53/03, 17/08, 1/09, 106/09, 39/16-odлука US, 110/16 i 94/19)

¹⁷² Član 6 Zakona o zdravstvenoj zaštiti RS („Službeni glasnik RS“, broj: 18/94, 51/01, 51/03, 17/08, 106/09 i 44/15)

¹⁷³ Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH objavljen je u „Službenom glasniku Brčko distrikta BiH“, broj: 1/02, 7/02, 19/07, 2/08 i 34/08.

koristiti usluge zdravstvenih ustanova na tom području.¹⁷⁴ Zdravstvena zaštita na području BD BiH se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama koje osnuje BD BiH i u ustanovama koje osnuju domaća i strana fizička i pravna lica, uz saglasnost Odjeljenja za zdravstvo, javnu bezbjednost i usluge građanima. Osnivač svih zdravstvenih ustanova u vlasništvu BD BiH je Skupština.

Dakle, za zdravstveni sistem BD BiH karakteristično je da postoji funkcionalna povezanost zdravstvenih ustanova na primarnom i bolničkom nivou, koje koordinira Odjeljenje za zdravstvo, javnu bezbjednost i usluge građanima, uključujući i Fond zdravstvenog osiguranja, koji je formiran 2006. godine.

U oblasti zdravstvene zaštite Distrikt je dužan da obezbijedi sljedeće, i to:

- hitnu pomoć;
- prevenciju i suzbijanje zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju;
- prevenciju i mjere na suzbijanju i liječenju karantinskih bolesti;
- prevenciju, suzbijanje i liječenje psihijatrijskih i neuroloških oboljenja koja potencijalno dovode u opasnost život bolesnika i drugih lica;
- osiguravanje i zaštitu higijensko-epidemiološkog minimuma u svim uslovima življjenja, osiguravanje i organizovanje obavezne imunizacije protiv dječijih zaraznih oboljenja;
- prevenciju malignih oboljenja, AIDS-a, liječenje od tuberkoloze;
- zdravstveno obrazovanje i unapređivanje zdravstvene kulture;
- mrtvozorničke usluge;
- druga prava iz oblasti zdravstvene zaštite, u skladu sa zakonom, i
- jedinstveni zdravstveni statistički informacioni sistem, koji osigurava jedinstveno sprovođenje i izvršenje statističkih

¹⁷⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Brčko Distrikta BiH, (Službeni glasnik BD BiH broj: 38/11, čl. 22. i 23.);

istraživanja u oblasti zdravstva, koji su od interesa za Brčko distrikt BiH.

3. OSTVARIVANJE I ZAŠTITA PRAVA ZAPOSLENIH PO OSNOVU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uloga države u zdravstvenom sistemu, kao što je naprijed navedeno, još uvijek je jako izražena. Ipak, postoje određena ograničenja koja važe za zdravstvenu politiku i strategiju razvoja zdravstvenog sektora, određene ključne zakone, podzakonske akte, osnivačka prava, upravljačke strukture i organe rukovođenja. Država, ipak, treba kroz opšte zdravstveno osiguranje za sve građane obezbijediti besplatne i kvalitetne zdravstvene usluge.

Sistem kakav je postavljen 1992. godine u Bosni i Hercegovini, imao je za cilj da značajno ograniči ulogu države, iako danas već imamo iskustva, da to u svim situacijama nije najbolja odluka. Taj sistem pretpostavlja da partneri u sistemu racionalno dogovaraju i ugоварaju dugi niz osnovnih elemenata sistema. Država je i dalje zadržala vlasničku strukturu u velikim zdravstvenim ustanovama, prije svega u bolnicama, kao i ulogu u odlučivanju o masi sredstava za obavezno zdravstveno osiguranje. Ova uloga se manifestuje kroz postupak donošenja zakona i podzakonskih akata iz oblasti zdravstva, kao i zakona kojima se reguliše način finansiranja i prikupljanja sredstava u fondove obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Sljedeći problem sistema je da, iako se radi o Bismarkovom sistemu, država zadržava veliki uticaj na formiranje ključnih odluka u zdravstvenoj politici (*governance* i *stewardship* po terminologiji WHO-a), pa i ključni element finansijskog inputa, a to je određivanje udjela zdravstvenih troškova unutar bruto domaćeg proizvoda (BDP). U tom dijelu se može konstatovati da je zdravstvena politika postupala identično nekim Beveridžovskim modelima, jer je zadržavanjem, a onda i postupnim smanjivanjem udjela zdravstvenih troškova unutar BDP (u više navrata)

smanjivala visinu stope doprinosa, utvrđivala selektivne stope i osnovice za pojedine obveznike doprinosa, donosila propise kojima je otpisivala ili preuzimala dugove firmi u svojem vlasništvu na sebe, a te obaveze nije izmirivala i sl. Time je realno doprinijela ličnoj potrošnji građana na zdravstvo i pojavi deficita u fondovima/zavodima, odnosno gubitaka u zdravstvenim ustanovama.

Bez obzira na složeno državno uređenje Bosne i Hercegovine, neophodno je napomenuti da su unutar entiteta i Brčko distrikta BiH fondovi ti, koji zadržavaju pravo da u konačnici donose odluke koje se tiču obima i visine, konkretnih oblika i iznosa, za određena prava utvrđena zakonskim propisima. Osnovni principi savremenog koncepta obaveznog zdravstvenog osiguranja u zemljama EU zasnivaju se na Bismarkov modelu.¹⁷⁵ To podrazumijeva primjenu principa solidarnosti, univerzalnosti, ekonomičnosti, pravičnosti, slobode izbora od strane osiguranog lica – korisnika zdravstvenih usluga i autonomije za davaoce zdravstvenih usluga. Suština savremenog koncepta zdravstvenog osiguranja u Evropi zasniva se na uvažavanju principa solidarnosti. Isti se zasniva na obaveznom plaćanju doprinosa za zdravstveno osiguranje i osiguranju od rizika. Osnovica za uplatu doprinosa je plata svakog osiguranika, što znači da osiguranik koji ima manju platu uplaćuje srazmjerno manji doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, a ima ista prava kao i osiguranik koji zbog veće osnovice uplaćuje i veći doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

Princip sveobuhvatnosti pretpostavlja da svi građani imaju isti pristup obaveznom zdravstvenom osiguranju uz jedinstvenu primjenu objedinjenih mjera i postupaka zdravstvene zaštite. Kako svi građani nisu zaposleni, odnosno nemaju radnu sposobnost, da bi se zadovoljio ovaj princip, država mora preuzeti obavezu plaćanja doprinosa za te kategorije stanovništva.

Princip ekonomičnosti u obaveznom zdravstvenom osiguranju mora biti zastupljen, jer se bez njega ne može održati sistem osiguranja, pa

¹⁷⁵ S. Zrniščak, *Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi*, Revija za socijalnu politiku, svezak 6, br. 1, 1999. str. 7

ni sam zdravstveni sistem. U situaciji kada fond iz svojih prihoda ne može obezbijediti primjenu ovog principa, država mora intervenisati, kako finansijskim sredstvima, tako i utvrđivanjem "osnovnog paketa prava", odnosno mora utvrditi koje su to bolesti i stanja čije se liječenje plaća iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Država mora obezbijediti i sredstva za razvoj javnog zdravstvenog sistema, kako bi obezbijedila potreban kapacitet, kadar i opremu u zdravstvenim ustanovama. Kontrolom izdvajanja sredstava za obavezno zdravstveno osiguranje, kroz zakonodavnu regulativu, ograničava se izdvajanje sredstava određivanjem osnovica i stopa doprinosa. Nadalje, kroz mehanizme plaćanja, zadržavaju se troškovi na zadovoljavajućem nivou, te time omogućava ostvarivanje zakonom zagarantovanih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. U cilju realizacije principa ekonomičnosti, određene aktivnosti je neophodno da vodi država ili drugi nadležni organi, u cilju adekvatnog trošenja sredstava za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, što se najbolje može postići kroz sistem kontrole, evaluacije i neposrednog nadzora nad sistemom obaveznog zdravstvenog osiguranja. Navedeno se odnosi na kontrolu obje strane učesnice ugovaranja u sistemu zdravstvene zaštite, ali i nad osiguranikom, odnosno korisnikom usluge zdravstvene zaštite.

Princip pravičnosti podrazumijeva da se za jednake zdravstvene potrebe obezbijedi jednak kvalitetna zdravstvena zaštita. Osiguranom licu-korisniku zdravstvene zaštite, mora se u okviru zakonom utvrđenih prava, omogućiti *sloboden izbor davaoca usluga*, najmanje na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Zdravstvenoj ustanovi, bez obzira na oblik vlasništva, mora se obezbijediti autonomija u odlučivanju, razvoju, unapređenju rada i sistemu pružanja usluga, razvoju kvaliteta zdravstvenih usluga. Samo tako bi se adekvatno moglo odgovoriti potrebama društva i potrebama svakog pojedinca osiguranog lica, odnosno korisnika zdravstvenih usluga.

Bez zadovoljenja navedenih principa, obavezno zdravstveno osiguranje ne bi moglo ispuniti svoju osnovnu funkciju i odgovoriti na zahteve koji se pred njega postavljaju. Zabranjena je svaka diskriminacija

prilikom pružanja zdravstvene zaštite po osnovi rase, spola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porijekla, vjeroispovijesti, političkog ili drugog ubjeđenja, seksualne orientacije, imovnoga stanja, kulture, jezika, vrste bolesti, psihičkog ili tjelesnog invaliditeta.

3.1. Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u Federaciji BiH

Zakonom o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH¹⁷⁶ osiguranicima u obveznom zdravstvenom osiguranju obezbjeđuje se, pored prava na zdravstvenu zaštitu (preventiva, liječenje, lijekovi i pomagala), i pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti ili povrede. Osiguranici su lica kojima je utvrđeno svojstvo osiguranika od strane kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, koje svojstvo oni dokazuju zdravstvenom legitimacijom, a uskoro elektronskom legitimacijom. Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad pripada osiguranicima od prvog dana spriječenosti i sve dok ta spriječenost traje, odnosno do uspostavljanja radne sposobnosti ili utvrđivanja gubitka radne sposobnosti.

Isplatilac naknade plate za prva 42 dana privremene spriječenosti za rad je poslodavac, a nakon toga, tj. 43. dan kantonalni zavod izuzev privremene spriječenosti iz subjektivnih razloga (ako svjesno prouzrokuje privremenu nesposobnost za rad; ako namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno ospozobljavanje; ako prima platu ili obavlja drugu djelatnost; ako se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za ljekarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite; ako izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog doktora medicine otpušta iz mjesta prebivališta, i ako se u roku od tri dana nakon početka bolesti ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio).

¹⁷⁶ Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH objavljen je u Službenim novinama F BiH, br. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 100/14 i 36/18.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u slučajevima i pod uslovima određenim zakonom, osigurava se osiguranicima 1) zdravstvena zaštita; 2) naknada plata, i 3) naknada putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite.

Pod pojmom osiguranik podrazumijevaju se:

- lica koja su u radnom odnosu u preduzećima, ustanovama, zadrugama i drugim oblicima organizovanja, kod radnika koji samostalno obavljaju djelatnost ličnim radom, sredstvima u svojini građana, kod radnika koji ličnim radom, samostalno u vidu zanimanja, obavljaju profesionalnu djelatnost na teritoriji Federacije;
- lica u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije, upućena na rad ili stručno usavršavanje u inostranstvo, te lica na radu u domaćinstvima osiguranika koji se nalaze na radu u inozemstvu, ako su državljeni Federacije Bosne i Hercegovine,
- lica koja su izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim organima državne ili sudske uprave u Federaciji ili kantonu, ako za taj rad primaju platu;
- državljeni Federacije Bosne i Hercegovine, zaposleni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije;
- lica s prebivalištem na teritoriji Federacije zaposlena u inostranstvu kod inostranog poslodavca koja nemaju zdravstveno osiguranje inostrane ustanove, odnosno tijela u čijoj je nadležnosti sprovođenje zdravstvenog osiguranja;
- lica koja se nakon završenog obrazovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade s punim radnim vremenom;
- lica koja na teritoriji Federacije obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom;
- lica koja su vlasnici privatnih preduzeća sa sjedištem na teritoriji Federacije, ako nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu;

- zemljoradnici koji se na teritoriji Federacije bave zemljoradnjom kao jedinim ili glavnim zanimanjem, zemljoradnici koji su svoje poljoprivredno zemljište dali u zakup i lica koja su uzela poljoprivredno zemljište u zakup, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu;
- korisnici penzija i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije;
- korisnici penzija i invalidnina s prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inostranog nosioca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
- nezaposlena lica koja su prijavljena zavodu za zapošljavanje;
- djeca koja su navršila 15 godina života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života, a nisu završili osnovno školovanje ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlili, ako su se prijavili zavodu za zapošljavanje;
- djeca od rođenja, kao i djeca za vrijeme redovnog školovanja u osnovnim i srednjim školama, odnosno studiranja na višim i visokim školama, te fakultetima, koja su državljeni Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Federacije, a nisu zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika, ali najduže do navršene 26. godine života;
- lica nakon navršenih 65 godina života koja imaju prebivalište na teritoriji Federacije, a koja nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu u Bosni i Hercegovini ili drugoj državi;
- lica starija od 18 godina koja su prema propisima o školovanju izgubila status učenika, odnosno redovnog studenta ili su prekinula redovno školovanje, zadržavaju pravo na zdravstvenu zaštitu u trajanju od jedne godine od dana prekida školovanja ako su se prijavila zavodu za zapošljavanje u roku od 30 dana od dana prekida školovanja i ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu;
- lica s prebivalištem na teritoriji Federacije kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno

- status korisnika porodične invalidnine saglasno pozitivnim propisima, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu;
- pripadnici vojske uključujući i lica na redovnom odsluženju vojnog roka i pripadnici Federalnog ministarstva unutarnjih poslova;
 - pripadnici kantonalne policije;
 - lica koja su prekinula rad zbog toga što ih je pravno lice uputilo na stručno obrazovanje ili postdiplomski studij;
 - lica koja je pravno lice prije stupanja u radni odnos uputilo kao svoje stipendiste na praktičan rad ili u drugo pravno lice radi stručnog ospozobljavanja ili usavršavanja;
 - lica upućena u inostranstvo u sklopu međunarodne prosvjetne, tehničke i kulturne saradnje, i
 - vrhunski sportisti, ako nisu osigurani po drugom osnovu.

Privremenu spriječenost za rad utvrđuju izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj i zdravstvenoj ustanovi. Privremena spriječenost za rad utvrđuje se danom javljanja osiguranog lica ljekaru koji ima ovlaštenja da utvrđuje do 42 dana spriječenost za rad.¹⁷⁷ Prvostepena ljekarska komisija utvrđuje privremenu spriječenost za rad koja traje duže od 42 dana, te na taj nalaz prvostepene komisije osiguranik, odnosno pravno ili fizičko lice kod koje je on zaposlen, ima pravo uložiti prigovor drugostepenoj komisiji u roku od 48 sati od saopštenja nalaza. Naknada plate se utvrđuje od osnovice za naknadu koju čini plata isplaćena osiguraniku za mjesec koji je prethodio mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu plate. U slučaju kada osiguranik nije ostvario platu u prethodnom mjesecu, kao osnovica za naknadu se uzima prosječno isplaćena plata na nivou kantona za odgovarajući mjesec. Osiguranik ostvaruje pravo na naknadu plate ako je spriječen za rad zbog bolesti ili povrede; smještaj u zdravstvenu ustanovu radi liječenja i medicinskog ispitivanja; liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može sprovesti izvan radnog vremena osiguranika; izolovanosti kao kliconoše, odnosno zbog zaraze u njegovoj

¹⁷⁷ Pravilnik o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad zbog bolesti, povrede ili drugih okolnosti („Sl.novine F BiH“ broj 66/12)

okolini; tako što je određen kao pratilac bolesnika upućenog na liječenje ili ljekarskog pregleda u najbliže mjesto i zbog toga što je određen da njeguje oboljelog supružnika ili dijete.

Naknadu plate obračunava i isplaćuje pravno ili fizičko lice na teret svojih sredstava za prva 42 dana bolovanja, kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inostranstvu na kojeg ga je uputilo pravno ili fizičko lice kod koga je zaposlen, odnosno preduzeće za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravno ili fizičko lice za rad osiguranika invalida za prvih 7 dana bolovanja. Naknadu plate zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja obračunava i isplaćuje pravno, odnosno fizičko lice kod kojega je zaposlen osiguranik od prvog dana, pa sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažne odluke organa o utvrđivanju invalidnosti osiguranika, izuzev u slučaju stečajnog postupka kada se ta naknada isplaćuje iz sredstava obaveznog osiguranja.

3.2. Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u RS

Zakonom o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske¹⁷⁸ uređuje se sistem obaveznog i proširenog zdravstvenog osiguranja, prava iz osiguranja, način ostvarivanja prava i načela privatnog zdravstvenog osiguranja. Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeni su svi građani Republike Srpske i druga lica u skladu sa zakonom. Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske i poslodavci pod uslovima utvrđenim zakonom i aktima Fonda. U smislu zakona o zdravstvenom osiguranju obavezno osigurana su sljedeća lica, i to:

- lice u radnom odnosu;

¹⁷⁸Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske objavljen je u Službenom glasniku RS, br. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03 - ispr., 17/08, 1/09, 106/09, 39/16 – odluka US, 110/16 i 94/19)

- odgovorno lice u privrednom društvu ili drugoj organizaciji bez zasnivanja radnog odnosa, a koje po tom osnovu prima naknadu;
- lice koje samostalno obavlja privrednu ili profesionalnu djelatnost;
- državljanin Republike Srpske koji u cijelosti ili djelimično ostvaruje penziju ili invalidninu od inostranog isplatioca, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno;
- lice koje prima penziju prema propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju Republike Srpske, ili prema propisima Federacije Bosne i Hercegovine, ako ima prebivalište na teritoriji Republike Srpske;
- korisnik prava na novčanu naknadu u vezi sa prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom, koji je ovo pravo ostvarilo prema propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju;
- lice koje obavlja poljoprivrednu djelatnost kao nosilac komercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva;
- lice koje obavlja poljoprivrednu djelatnost kao nosilac nekomercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva;
- korisnici prava iz propisa koji regulišu oblast prava boraca, vojnih invalida i porodica boraca odbrambeno-otadžbinskog rata, prava civilnih žrtava rata i prava žrtava ratne torture;
- izbjegla i raseljena lica i povratnici;
- vjerski službenik;
- profesionalni sportista;
- strani državljanin koji se školuje na teritoriji Republike Srpske, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno;
- lice koje je nezaposleno i ostvaruje novčanu naknadu prema propisima kojima se uređuju zapošljavanje i prava za vrijeme nezaposlenost;
- lice koje ostvaruje zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava iz oblasti socijalne zaštite;
- lice koje se lično uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje;
- druga lica za koja je uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje;

- djeca do navršenih 15 godina života, školska djeca i studenti do kraja školovanja, a najkasnije do 26. godine života;
- žene u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 mjeseci poslije porođaja;
- lica starija od 65 godina života;
- lica sa invaliditetom;
- lica u stanju mentalne retardacije;
- lica bez prihoda;
- lica koja žive sa HIV infekcijom, ili koja boluju od AIDS-a, ili drugih zaraznih bolesti koje su utvrđene posebnim zakonom kojim se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti;
- lica koja boluju od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, psihoza, epilepsije, multiple skleroze, cistične fibroze, reumatske groznice;
- lica u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije;
- oboljela, odnosno povrijeđena lica kojima se pruža hitna medicinska pomoć;
- lica u vezi sa davanjem i primanjem ljudskih organa, tkiva i ćelija;
- lica oboljela od rijetkih bolesti koje utvrđuje Institut za javno zdravstvo, i
- lica u stanju vigilne kome.

Privremenu nesposobnost za rad u Republici Srbkoj utvrđuje ovlašteni ljekar pojedinac do 30 dana, a preko 30 dana nadležne ljekarske komisije. Pravo na naknadu neto plate za vrijeme privremene nesposobnosti za rad imaju osiguranici zaposleni u državnim i privatnim preduzećima i ustanovama. Naknadu plate za prvih 30 dana privremene nesposobnosti za rad obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a po isteku 30 dana, a najduže do 12 mjeseci, naknadu neto plate obezbeđuje Fond. Osnov za obračun naknade plate za vrijeme privremene nesposobnosti za rad je neto plata koju bi radnik ostvario da je bio na radu, s tim što ne može biti veći od neto plate koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje. Naknada plate pripada osiguranicima ako su uslijed bolesti ili povrede privremeno nesposobni za rad; ako su spriječeni da rade zbog medicinskog ispitivanja; ako su

izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoј okolini; ako su određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice, i ako su spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja tkiva i organa. Naknada plate pripada od prvog dana privremene nesposobnosti za rad i za svo vrijeme trajanja, ali samo za vrijeme za koje bi osiguranik primao platu da nije nastupila privremena nesposobnost za rad. Ako je privremena nesposobnost za rad nastala zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, naknada plate pripada osiguraniku od prvog dana spriječenosti za rad i za svo vrijeme njenog trajanja na teret poslodavca. Pravo na naknadu plate prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti prema propisima o invalidskom osiguranju postane pravosnažno.

U slučaju dužeg trajanja privremene nesposobnosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije do isteka jedne godine neprekidne nesposobnosti za rad, doktor porodične medicine je dužan da radnika sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju. Organizacija penzijskog i invalidskog osiguranja dužna je da izvrši ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti u roku od 60 dana od dana podnošenja zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti, a za to vrijeme naknadu neto plate obezbjeđuje Fond.

Osiguraniku ne pripada naknada plate ako je namjerno prouzrokovao nesposobnost za rad; ako je nesposobnost za rad prouzrokovao pijanstvom; ako se za vrijeme privremene nesposobnosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihod; ako je namjerno sprječavao ozdravljenje, ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima, i ako se bez opravdanog razloga ne javi ljekaru za ocjenu sposobnosti ili se ne odazove na ljekarski, odnosno komisiski pregled u zakazano vrijeme.

Naknada plate ne pripada ni licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mjera bezbjednosti obaveznog

psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, kao i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana u zdravstvenoj ustanovi.

3.3. Pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i invalidnosti u Brčko distriktu BiH

Zakonom o zdravstvenom osigurnaju Brčko distrikta BiH¹⁷⁹ utvrđeno je da su osiguranici sljedeća lica, i to:

- lica koja su zaposlena kod pravnih ili fizičkih lica, lica izabrana ili imenovana za obavljanje određenih dužnosti u organima i institucijama Distrikta, ukoliko za svoj rad primaju platu;
- lica koja ličnim radom samostalno obavljaju poslove u privatnom sektoru (samozaposleni) u vidu zanimanja ili profesionalne djelatnosti;
- lica koja imaju privremeno boravište i rade u Distriktu, a zaposlena su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove nadležne za realizaciju zdravstvenog osiguranja;
- lica koja se nakon završenog školovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade puno radno vrijeme;
- poljoprivrednici/farmeri koji obavljaju poljoprivredne poslove u Distriktu, kao svoje jedino ili glavno zanimanje, poljoprivrednici koji su iznajmili svoje poljoprivredno zemljište i lica koja su uzela zemljište u zakup, ukoliko nisu osigurana po drugom osnovu;
- korisnici penzija koji žive u Distriktu;
- korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje u skladu sa odredbama zakona o penzijsko invalidskom osiguranju;

¹⁷⁹ Zakon o zdravstvenom osigurnaju Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 01/02, 07/02, 19/07, 02/08 i 34/08)

- korisnici penzija i invalidnine sa prebivalištem na prostoru Distrikta, koji to pravo isključivo ostvaruju iz stranih penzijsko-invalidskih osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
- nezaposlena lica, registrovana u nadležnoj službi za zapošljavanje u Distriktu;
- lica sa prebivalištem u Distriktu, kojima je priznat status vojnog, mirnodopskog ili civilnog invalida rata ili status korisnika porodične invalidnine, u skladu sa pozitivnim propisima, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu;
- lica koja su korisnici socijalne pomoći;
- policijski službenici i vatrogasci, i
- druga lica određena posebnim propisima.

Članovi porodice osiguranika, koji su korisnici prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su njegov supružnik i djeca. Djeca imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do navršene 15. godine života, a ako redovno pohađaju školu, univerzitet ili neku drugu obrazovnu ustanovu, do završetka školovanja, a najduže do navršenih 27 godina. Djeca osiguranika koja su zbog povrede ili bolesti prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje u toku trajanja liječenja bolesti ili povrede. Djeca osiguranika koja postanu trajno ili privremeno nesposobna za rad prije 15 godina starosti, ili u toku perioda redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja njihove nesposobnosti, a u skladu sa posebnim propisima.

Osiguranici imaju pravo na naknadu plate za vrijeme privremene nesposobnosti za rad ako su privremeno spriječeni za rad zbog povrede ili bolesti ili smješteni u bolničku ustanovu zbog medicinskog tretmana ili pregleda, ako su privremeno spriječeni za rad zbog određenog medicinskog tretmana ili pregleda koji se ne može obaviti nakon radnog vremena osiguranika, ako su izolovani kao nosioci zaraznih oboljenja ili zbog pojave zaraze u njihovoј okolini; ako su određeni da njeguju bolesnog supružnika ili dijete, pod uslovima propisanim zakonom. Osiguraniku se isplaćuje naknada plate samo za dane za koje bi mu pripadala plata ili kompenzacija plate u smislu propisa o radnim odnosima i drugih propisa kojim se to

reguliše. Osiguranici kojima spriječenost za rad nastupi dok su na neplaćenom odsustvu, imaju pravo na naknadu plate samo po isteku neplaćenog odsustva, ako su i dalje privremeno spriječeni za rad.

Naknada plate osiguraniku pripada i isplaćuje se na teret poslodavca do 42. dana privremene spriječenosti za rad, a dalje na teret Fonda zdravstvenog osiguranja, ali ne duže od 12 mjeseci od početka privremene spriječenosti za rad. Privremena spriječenost za rad traje sve dok ljekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u zdravstvenoj instituciji ili privatnoj praksi, ili ljekarska komisija ne odluči u skladu sa propisima da je radna sposobnost uspostavljena ili dok nadležni organ ne izda potvrdu o invalidnosti u skladu sa propisima o penzijsko invalidskom osiguranju.

Osiguranik kome je radni odnos prestao u toku privremene spriječenosti za rad, odnosno koji je prestao sa obavljanjem djelatnosti ličnim radom, ima pravo na naknadu plate najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno prestanka bavljanja djelatnosti ličnim radom. Izuzetno, u slučajevima privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, osiguranik ima pravo na naknadu plate i nakon prestanka radnog odnosa, sve dok ne postane radno sposoban ili dok se nesposobnost ili invalidnost konačno ne potvrdi, ali ne duže od 12 mjeseci.

Osiguranik nema pravo na naknadu plate ako namjerno prouzrokuje privremenu neposobnost za rad; ako namjerno sprječava oporavak/ozdravljenje; prima platu ili obavlja neki drugi posao; ako bez opravdanog razloga ne ode na zakazani ljekarski pregled izabranom ljekaru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; ako izabrani doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili Fond zdravstvenog osiguranja utvrdi da se osiguranik ne pridržava uputa svog ljekara ili ako otpituje van mjesta boravka bez dozvole svog ljekara, i ako se u roku od tri dana od početka bolesti, odnosno odsustva sa posla, uslijed svoje krivice, ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite.

4. OSTALI VODOVI SOCIJALNOG OSIGURANJA

Socijalno zakonodavstvo Bosne i Hercegovine predviđa i niz drugih vidova socijalnog osiguranja, kao što su penzijsko i invalidsko osiguranje, socijalno obezbjeđenje nezaposlenih lica, socijalna i dječija zaštita, te socijalno obezbjeđenje bivših boraca, vojnih invalida i drugih žrtava rata. Prema tome, zakonom je propisano da su doprinosi za obavezna osiguranja za penzijsko i invalidsko osiguranje; dodatni doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje, za staž osiguranja koji se računa sa povećanim trajanjem; za osnovno zdravstveno osiguranje, i za osiguranje u slučaju nezaposlenosti. Doprinosi se obračunavaju i plaćaju iz ličnih primanja i drugih prihoda osiguranika; na isplaćena lična primanja na teret poslodavca, kao i iz drugih izvora, koje obezbjeđuju obveznici obračunavanja i uplate doprinsosa u skladu sa propisima iz oblasti penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

4.1.Penzijsko i invalidsko osiguranje

Penzijsko i invalidsko osiguranje predstavlja jedan od najbitnijih oblika organizovane zaštite radnika i njihovih porodica u okviru koje se ostvaruju određene socijalne prestacije u slučaju osiguranog rizika. S obzirom na činjenicu da se životni vijek stalno povećava, to sve veći broj lica uživa u prednostima koje savremeni sistem socijalnog osiguranja pruža. Prema tome, penzija postaje sve značajnija kategorija za svako savremeno društvo.¹⁸⁰

Penzijsko i invalidsko osiguranje u svim država nije jednako uređeno s obzirom na različite društveno-ekonomske uslove u pojedinim državama. U komparativnom pravu poznata su dva modela penzijsko-invalidskog osiguranja, i to evropski (kontinentalni) i anglosaksonski model osiguranja. Prvi model karakteriše njegova organizacija, koja je

¹⁸⁰ S. Dedić, *cit. djelo*, str.159

odvojena od državne vlasti, kao i veći ili manji stepen autonomije u organizaciji i upravljanju. Finansiranje se vrši doprinosom zaposlenih i poslodavaca po principu 50%:50%, a organizacione jedinice koje sprovode osiguranje su zavodi ili druga posebno za to formirana tijela kojima rukovode direktori. Pored direktora, uspostavljaju se i drugi organi, kao što su skupštine, odbori, kao i drugi organi. Osiguranje se sprovodi ili za teritoriju cijele države, ili po administrativno-teritorijalnim jedinicama. Drugi model osiguranja, anglosaksonski, javlja se kao dio javne uprave. Međutim, organizacija je specifična, i to takva da može biti uspostavljeno osiguranje na centralnom ili lokalnom nivou, ili kao integralni dio jedinica centralne ili lokalne uprave. Osiguranjem upravljaju državni službenici. Iako su, u pravilu, jako niske penzije, postoji mogućnost dopunskih penzija.¹⁸¹

Zakonom o penzijskom i invalidskom osiguranju u Federaciji BiH¹⁸² i Republici Srpskoj¹⁸³ se uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje na osnovu solidarnosti i dobrovoljno invalidsko osiguranje za lica koja nisu obavezno osigurana po zakonu, kao i prava i obaveze na osnovu tih osiguranja. Penzijsko i invalidsko osiguranje na osnovu generacijske solidarnosti je sistem penzijskog i invalidskog osiguranja u kojem se osiguranicima na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguravaju prava za slučaj nastanka rizika starosti, invalidnosti i fizičke onesposobljenosti, a članovima njihovih porodica prava za slučaj smrti osiguranika, odnosno korisnika prava.

Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja su:

- pravo na starosnu penziju;
- pravo na invalidsku penziju;
- prava osiguranika sa promijenjenom radnom sposobnošću;
- pravo po osnovu fizičke onesposobljenosti, i

¹⁸¹ M. Učur, *Socijalno pravo*, Informator, Zagreb, 2000, str. 135

¹⁸² Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju F BiH („Službene novine FBiH“, br. 13/2018 i 93/2019 - odluka US)

¹⁸³ Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju RS („Službeni glasnik RS“, broj 134/11, 82/13, 96/13 – odluka US i 103/15)

- pravo na porodičnu penziju.

Obim prava zavisi od dužine penzijskog staža osiguranika i visine plata i osnovica osiguranja na koje je plaćen doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje, izuzev u slučajevima propisanim zakonom. Odredbama Zakona su propisana i ko su osiguranici, zaposleni, kao i lica koja su osigurana u određenim okolnostima kao npr. za vrijeme učešća u akciji spašavanja, za vrijeme pružanja pomoći organima vlasti, za vrijeme praktične nastave, za vrijeme obavljanja redovnog rada prilikom izdržavanja kazne, za vrijeme rada kod poslodavca bez zasnivanja radnog odnosa. Lice je obavezno osigurano za slučaj invalidnosti i smrti zbog povrede na radu i profesionalnoj bolesti. Lice koje se ne nalazi u obaveznom zdravstvenom osiguranju može se dobrovoljno osigurati ako ima boravište na teritoriji Federacije, odnosno Republike Srpske, ima opštu zdravstvenu sposobnost, ako je starije od 15 godina, a mlade od 65 i ako je državljanin Bosne i Hercegovine.

Pravo iz penzijskog i invalidskog osiguranja za slučaj starosti jestarosna penzija, dok je to za slučaj invalidnosti invalidska penzija. Osiguranicima kod kojih je utvrđena I kategorija invalidnosti, odnosno gubitak radne sposobnosti, osigurava se invalidska penzija, a osiguranicima kod kojih je utvrđena II kategorija invalidnosti, odnosno promijenjena radna sposobnost, osigurava se pravo da bude raspoređen na drugo odgovarajuće radno mjesto, odnosno pravo na odgovarajuće zaposlenje, prekvalifikaciju ili dokvalifikaciju, kao i pravo na odgovarajuće novčane naknade u vezi s korištenjem tih prava. Za slučaj smrti osiguranika, odnosno korisnika starosne ili invalidske penzije, porodici osiguranika pripada porodična penzija i pravo na naknadu pogrebnih troškova, a u slučaju fizičke onesposobljenosti, naknada za fizičku onesposobljenost.

Invalidnost kod osiguranika u obaveznom osiguranju, kao jedan od osnovnih rizika, postoji kada se utvrdi da je, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili medicinskom rehabilitacijom, nastala promijenjena radna sposobnost ili gubitak sposobnosti za rad na radnom mjestu, odnosno poslu koji je obavljao na dan ocjene radne sposobnosti ili koji je obavljao prije prestanka osiguranja.

Za definisanje invalidnosti nije od značaja uzrok koji je doveo do njenog nastanka, ali je važan kod utvrđivanja uslova za sticanje pojedinih prava iz penzijskog iinvalidskog osiguranja, kao i za određivanje visine novčanih davanja po osnovu tih prava.¹⁸⁴ Invalidnost može prouzrokovati povreda na radu, profesionalna bolest, povreda van rada i bolest.

Promijenjena radna sposobnost postoji kada osiguranik u obaveznom osiguranju, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju, sa radnim naporom koji ne ugrožava njegovo zdravstveno stanje, ne može da radi na radnom mjestu, odnosno poslu koji je obavljao, ali može sa punim radnim vremenom, sa ili bez prekvalifikacije ili dokvalifikacije, da radi na drugom radnom mjestu, odnosno poslu koji odgovara njegovoj stručnoj spremi, odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom.

Gubitak radne sposobnosti (I. kategorija invalidnosti) postoji kada se utvrdi da osiguranik u obaveznom osiguranju trajno nije sposoban za rad na radnom mjestu, odnosno poslu koji je obavljao na dan ocjene radne sposobnosti ili koje je obavljao prije prestanka osiguranja, kao ni za drugo radno mjesto, odnosno posao koji odgovara njegovoj stručnoj spremi, odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom, niti se prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom može ospособiti za druge poslove koji odgovaraju njegovoj stručnoj spremi, odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom.

Invalidnost kod osiguranika poljoprivrednika postoji kada se utvrdi da je, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili medicinskom rehabilitacijom, zbog povrede van rada ili zbog bolesti, nastala potpuna nesposobnost za obavljanje poljoprivredne djelatnosti, odnosno poslova koje redovno obavlja u svom poljoprivrednom gazdinstvu.

Invalidnost kod osiguranika u dobrovoljnem osiguranju postoji kada se utvrdi da je, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili medicinskom rehabilitacijom, nastala potpuna nesposobnost za privređivanje. Potpuna nesposobnost za privređivanje postoji kada lice zbog vrste i težine fizičkog ili mentalnog

¹⁸⁴ S. Dedić, *cit. djelo*, str. 176

oštećenja ili vrste i težine psihičke bolesti nije sposobno za obavljanje najjednostavnijih poslova.

Penzijsko osiguranje je, kao i zdravstveno osiguranje, dio socijalnog osiguranja s tim da je ono veoma važno s obzirom na činjenicu da penzionisana lica na ovaj način stiču finansijska sredstva i ostvaruju pravo na život. Veoma bitno je napomenuti da se finansiranje penzijskog i invalidskog osiguranja vrši od doprinosa zaposlenih, ali da vrlo često ti doprinosi nisu dovoljni da bi se isplatile penzijske nadoknade, tako da bitnu ulogu preuzima država koja vrši sufinansiranje sredstvima iz budžeta ili sredstvima obezbijeđenim na osnovu poreza.¹⁸⁵

4.2.Osiguranje privremeno nezaposlenih lica

Kao i penzijsko i invalidsko osiguranje, i osiguranje privremeno nezaposlenih lica predstavlja sastavni dio socijalnog osiguranja. Socijalno obezbjeđenje nezaposlenih je obezbjeđenje materijalne i socijalne sigurnosti lica koja su privremeno nezaposlena. Radi se o riziku koji spada u grupu radnih rizika. U ovom slučaju osigurani rizik je gubitak zarade zbog nemogućnosti lica, koje je radno sposobno i raspoloživo za posao, da dobije odgovarajuće zaposlenje. Prema Dediću, „socijalno obezbjeđenje, za razliku od socijalnog osiguranja koje omogućava zaštitu srazmjerno doprinosu pojedinca – u pitanju je ovisnost od visine i užine ulaganja u fondove, zasniva se na potrebama građana u slučaju nastupanja određenih rizika.“¹⁸⁶

U Bosni i Hercegovini pravni izvor socijalnog obezbjeđenja nezaposlenih lica predstavljaju Zakon o posredovanju u zapošljavanju i

¹⁸⁵ T. Rakovec - Antić, *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, prvo izdanje, Centar za izdavačku djelatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu, 2008, str. 4

¹⁸⁶ S. Dedić, *cit. djelo*, str. 250

socijalnoj sigurnosti nezaposlenih FBiH¹⁸⁷ i Zakon o posredovanju u zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti RS¹⁸⁸.

Nezaposlenom osobom u pozitivnopravnom smislu smatra se osoba sposobna za rad koja nije u radnom odnosu, a koja ispunjava i sljedeće uslove, i to:

- nema registrovano privredno društvo ili drugo pravno lice, odnosno ne ostvaruje dividendu po osnovu udjela u privrednom društvu ili drugom pravnom licu;
- nema registrovan obrt;
- ne bavi se poljoprivrednom djelatnošću;
- nije uživalac penzije prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- nije redovan učenik ili student;
- ne ostvaruje prihod po bilo kom osnovu;
- aktivno traži posao;
- redovno se javlja službi za zapošljavanje;
- podnosi molbe poslodavcima ili daje oglase i javlja se na oglase i konkurse, i
- pridržava se programa profesionalne orientacije, obuke i prekvalifikacije.

Pravo na novčanu naknadu stiče nezaposlena osoba koja u trenutku prestanka radnog odnosa ima najmanje osam mjeseci rada neprekidno ili osam mjeseci sa prekidima u posljednjih 18 mjeseci, a kod utvrđivanja prava na novčanu naknadu kao godina rada smatra se vrijeme od 12 mjeseci. Rad kraći od punog radnog vremena preračunava se na puno radno vrijeme.

¹⁸⁷Zakon o posredovanju u zapošljavanju i socijalnoj sigurnosti nezaposlenih FBiH („Službene novine FBiH“, broj 55/00, 41/01, 22/05 i 9/08)

¹⁸⁸Zakon o posredovanju u zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti RS („Službeni glasnik RS“, broj 30/10, 102/12 i 94/19)

**DIO PETI: ZDRAVSTVENE
USTANOVE**

1. ISTORIJSKI RAZVOJ I POJAM ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Ustanove se osnivaju za obavljanje djelatnosti obrazovanja, nauke, kulture, fizičke kulture, zdravstva, dječije zaštite, socijalne zaštite, socijalne sigurnosti i drugih djelatnosti utvrđenih zakonom, pod uslovom da cilj obavljanja djelatnosti nije sticanje dobiti. Javne ustanove se osnivaju za obavljanje javne službe. Pod javnom službom podrazumijeva se trajno i nesmetano obavljanje djelatnosti u javnom interesu.

Javne službe su se pojavile krajem XIX stoljeća, i to prelaskom iz liberalističkog kapitalizma u doba buržoaske države. Znatniji razvoj javnih službi primijetan je poslije I svjetskog rata, kada se vrši pretvaranje privatne u državnu svojinu. Pojam javne službe stvorila je praksa francuskog Državnog savjeta koji je prihvatile i njemačka nauka i praksa, a kasnije su to učinile i teorije i prakse drugih buržoaskih zemalja.¹⁸⁹

Da bi služba bila javna, potrebno je da njena djelatnost bude:

- usmjerena prema opštem interesu;
- kontinuirana;
- prilagodljiva potrebama građana, i
- dostupna svim građanima pod istim uslovima.

Pod zdravstvenom službom podrazumijevamo skup zdravstvenih ustanova koje sprovode mjere zdravstvene zaštite usmjerene na očuvanje i unapređenje zdravlja, specifičnu prevenciju, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju oboljelih i povrijeđenih. Zdravstvene ustanove su ustanove koje obavljaju zdravstvenu djelatnost, podrazumijevajući pod zdravstvenom djelatnošću aktivnost zdravstvene službe na sprovođenju mjera zdravstvene zaštite.¹⁹⁰

¹⁸⁹ S. Dedić, *Upravno pravo*, Pravni fakultet Univerziteta u Bihaću, Magistrat Sarajevo, Bihać/Sarajevo, 2001, str. 35

¹⁹⁰ D. Bataveljić, M. Vojvodić, *Zakonodavstvo*, Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija VISAN, Beograd, str. 85

Javnu službu vrše javne zajednice i privatna lica (koncesionarna javna služba). Polazeći od predmeta javne službe, dijelimo ih na upravne javne službe; industrijske javne službe, i komercijalne javne službe.

2. ZDRAVSTVENE USTANOVE U BOSNI I HERCEGOVINI

Osnivanje ustanova u Bosni i Hercegovini regulisano je Uredbom sa zakonskom snagom o ustanovama¹⁹¹. U Federacija BiH ne postoji isključiva nadležnost za pitanje javnih službi imajući u vidu distribuciju nadležnosti između Federacije i njenih kantona. U Republici Srpskoj pod javnom službom podrazumijevaju se ustanove, preduzeća i drugi oblici organizacije utvrđenih zakonom pod uslovom da obavljaju djelatnost kojima se obezbjeđuje ostvarivanje prava građana, odnosno zadovoljavanje potreba građana i organizacija.

Entitetskim posebnim propisima se uređuje da zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove koje osnivaju entiteti, odnosno kantoni ili opštine, te domaća i strana fizička ili pravna lica u svim oblicima svojine. Jedan ili više kantona i Federacija, zajedno, mogu biti osnivači univerzitetsko-kliničke bolnice i zavoda. Kanton može biti osnivač bolnice, lječilišta, zavoda za javno zdravstvo kantona, zavoda za medicinu rada kantona, zavoda za bolesti ovisnosti kantona, zavoda kao specijalizirane zdravstvene ustanove, doma zdravlja, apoteke, ustanove za hitnu medicinsku pomoć i ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Opština u Federaciji može biti osnivač doma zdravlja, lječilišta, ustanove za zdravstvenu njegu u kući i apoteke. Republika Srpska može osnovati bolnicu, specijalnu bolnicu, klinički centar, zavod, institut za javno zdravstvo, banku biološkog materijala i banku matičnih ćelija, dok lokalna samouprava može osnovati dom zdravlja, ambulantu za liječenje, zdravstvenu njegu i rehabilitaciju, zatim specijalističku ambulantu porodične medicine, specijalističku ambulantu, stomatološku ambulantu,

¹⁹¹ Uredba sa zakonskom snagom o ustanovama („Službeni list BiH“, broj 6/92, 8/93 i 13/94)

apoteku i dom za zdravstvenu njegu. Distrikt može osnovati dom zdravlja, zdravstvenu stanicu, zdravstveni centar, ambulantu porodične medicine, centar za mentalno zdravlje, stomatološku ambulantu, apoteku, ustanovu za zdravstvenu njegu, specijalističku ambulantu, specijalistički centar, odnosno polikliniku, bolnicu, zavod, laboratorij i lječilište.¹⁹²

Domaća i strana fizička, odnosno pravna lica mogu biti osnivači poliklinike, opšte bolnice, specijalne bolnice, lječilišta, apoteke, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, ustanove za palijativnu njegu, centra za dijalizu i zavoda kao specijalizovane zdravstvene ustanove u svim oblicima svojine.

Zdravstvena ustanova može obavljati zdravstvenu djelatnost ako ispunjava uslove propisane zakonom, i to:

- ako ima zaposlene zdravstvene radnike, odgovarajućeg stepena stručne spreme sa položenim stručnim ispitom i licencom izdatom od nadležne komore;
- ako ima dijagnostičku, terapijsku i drugu opremu za sigurno i savremeno pružanje usluga;
- ako ima odgovarajuće prostorije za prijem oboljelih, za obavljanje dijagnostičkih i terapeutskih postupaka, smještaj pacijenata, kao i za čuvanje lijekova;
- ako ima odgovarajuće vrste ili količine lijekova i medicinskih sredstava koji su neophodni za pružanje zdravstvenih usluga;
- ako ima uspostavljen sistem sigurnosnih standarda u zdravstvenim ustanovama, i
- ako ima uspostavljen sistem upravljanja medicinskim otpadom u skladu sa važećim standardima, kao i posebnim propisima koji regulišu ovu oblast.

¹⁹² Vidjeti: Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH („Službene novine FBiH“, broj 46/10 i 75/13), Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS („Službeni glasnik RS, broj 106/09 i 44/15) i Zakon o zdravstvenoj zaštiti Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 52/2018 – precišćeni tekst)

Prilikom osnivanja zdravstvene ustanove, osnivač mora priložiti mišljenja o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove, s tim da zdravstvena ustanova može tek obavljati djelatnost ako nadležno ministarstvo zdravlja rješenjem utvrdi da su ispunjeni uslovi. Takvo rješenje o ispunjenosti uslova se upisuje u registar nadležnog suda u skladu sa propisima o registraciji. Zdravstvena ustanova može otpočeti sa radom danom upisa u registar.

Zakonodava je određenim licim omogućio i obavljanje privatne prakse. Riječ „praksa” potiče od grčke riječi *praxis* što znači radnja, djelo. Pprivatnu praksu može samostalno obavljati zdravstveni radnik sa visokom stručnom spremom, i to pod sljedećim uslovima:

- ako ima odgovarajuće obrazovanje zdravstvenog usmjerjenja, položen stručni ispit, a za specijalističke ordinacije i odgovarajući specijalistički ispit, te licencu izdatu od nadležne komore;
- da državljanin je Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Bosne i Hercegovine;
- da je radno sposoban za obavljanje privatne prakse;
- da je potpuno je poslovno sposoban;
- da mu pravosnažnom sudskom presudom ili odlukom drugog nadležnog organa nije izrečena mjera sigurnosti ili zaštitna mjera zabrane obavljanja zdravstvene zaštite, odnosno zaštitna mjera udaljenja, dok te mjere traju;
- da nije u radnom odnosu, odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost;
- da raspolaze odgovarajućim prostorom;
- da raspolaze odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom, i
- da je pribavio pozitivno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse.

Doktor medicine i doktor stomatologije obavljaju privatnu praksu u privatnim ordinacijama, magistri farmacije u privatnim apotekama, a diplomirani inženjeri medicinske biohemije u privatnim medicinsko-

biohemijskim laboratorijama. Zdravstveni radnici sa završenim fakultetom zdravstvenih studija, kao i zdravstveni radnici više ili srednje stručne spreme mogu obavljati privatnu praksu iz svoje stručne spreme, i to:

- diplomirana medicinska sestra – tehničar;
- diplomirani inženjer medicinsko-laboratorijske dijagnostike;
- diplomirani inženjer medicinske radiologije;
- diplomirani sanitarni inženjer;
- diplomirani fizioterapeut;
- medicinska sestra – tehničar svih profila, i
- Zubni tehničari.

Zahtjev za obavljanje privatne prakse podnosi se nadležnom ministru koje rješenjem utvrđuje ispunjenost uslova za obavljanje privatne prakse. Zdravstveni radnik ne može započeti raditi u privatnoj praksi dok nadležni ministar rješenjem ne utvrdi da su ispunjeni uslovi za početak rada. Više zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu mogu se udružiti u grupnu privatnu praksu.

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Zdravstvene ustanove organizuju svoj rad kao zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, specijalizovana zdravstvena ustanova i dalje. Zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite su:

1) dom zdravlja, koji zdravstvenu zaštitu pruža kroz timove porodične medicine, laboratorij, službu za radiološku dijagnostiku, službu za hitnu medicinsku pomoć etc, s tim da dom zdravlja ima obavezu učestvovati i u pružanju specijalističko-konsultativne djelatnosti i djelatnosti javnog zdravstva;

2) ambulanta porodične medicine je dio zdravstvenog sistema, koja se bavi promocijom zdravlja, sprječavanjem, suzbijanjem i ranim otkrivanjem i liječenjem bolesti;

- 3) centar za mentalno zdravlje obavlja promociju i prevenciju zdravlja za rehabilitaciju mentalno oboljelih osoba;
- 4) centar za fizikalnu rehabilitaciju obavlja zdravstveni rad iz oblasti fizikalne medicine;
- 5) hitna medicinska pomoć je zdravstvena ustanova koja sprovodi mjere hitne medicinske pomoći i osigurava prevoz i medicinsku pomoć za vrijeme prevoza;
- 6) ustanova za zdravstvenu njegu u kući sprovodi njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputstvima porodičnog ljekara;
- 7) apoteka je ustanova koja vrši nabavku lijekova medicinskih sredstava, njihovo skladištenje, čuvanje i distribuciju, i
- 8) ustanova za palijativnu njegu je interdisciplinirani tim koji je zadužen za bol i ublažavanje boli.

Zdravstvene ustanove sekundarne zdravstvene zaštite su poliklinika, centar za dijalizu, bolnica, lječilišta i zavod.

U poliklinika se obavljaju specijalističko-konsultativna djelatnost, dijagnostika i medicinska rehabilitacija, osim bolničkog liječenja. Može biti osnovana kao samostalna ili kao dio bolnice.

Centar za dijalizu obavlja dijagnostiku liječenja pacijenta kroz tretman hemodialize i peritonealne dijalize.

Bolnica obavlja usluge dijagnostike, liječenje, medicinske rehabilitacije i zdravstvenu njegu bolesnika, te obezbjeđuje prehranu bolesnika.

Lječilišta predstavljaju zdravstvenu ustanovu u kojoj se sa prirodnim, ljekovitim izvorima sprovodi preventivna, specijalistička i bolnička rehabilitacija.

Zavod je specijalizovana zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita.

Zdravstvene ustanove tercijarne zdravstvene zaštite su one zdravstvene ustanove koje ispunjavaju uslove u pogledu prostora, kadra i opreme za obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite.

Zdravstvenim ustanovama upravlja upravni odbor, direktor i nadzorni odbor. Stručno vijeće je savjetodavni organ direktora, a etički komitet zdravstvene ustanove je organ koji osigurava obavljanje djelatnosti ustanove na načelima etike i medicinske deontologije.

4. PRESTANAK RADA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Zdravstvena ustanova prestaje sa radom ako više ne postoji potreba za obavljanje djelatnosti za koje je osnovana, a nema mogućnosti da se reorganizuje za obavljanje druge zdravstvene djelatnosti ili ako više ne ispunjava zakonske uslove za obavljanje djelatnosti.

Odluku o prestanku rada zdravstvene ustanove donosi vlasnik ili nadležni ministar. Protiv rješenja o prestanku rada zdravstvene ustanove može se pokrenuti upravni spor u skladu sa propisom o upravnim sporovima.

5. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

5.1.Pojam medicinske dokumentacije

Istorijski gledano, dokument je papir i informacija je prenesena na njega pomoću tinte, prenesen rukom ili putem nekog mehaničkog procesa. Nekada se pisao na papirusu sa tintom (Egiptu) ili na pergamentu, ostrugani kao rune na kamenu koristeći oštro oruđe, utisnuti ili urezani u glinu pa potom pečeni kako bi nastala glinena ploča (mezopotamske civilizacije). Papir, papirus i pergament mogu se umotati kao svitak ili izrezati na listove, te uvezati u knjigu. Danas kratki dokumenti se mogu sastojati od listova papira spojenih zajedno, ili na elektronski način.

Dokument sadrži informacije, a može biti pisani ili snimani proizvod i namijenjen je komunikaciji ili pohranjivanju kolekcije podataka. Dokumenti su često fokus i interes administracije, a sama riječ se takođe upotrebljava kao glagol „dokumentovati“ opisujući proces stvaranja dokumenta. Riječ „dokumentacija“ upotrebljava se u mnogim oblastima života i vezuje se za potpuno različite stvari. Dokumenti se mogu klasifikovati kao tajni, privatni ili povjerljivi, a mogu se opisati kao skica ili dokaz.

Medicinska dokumentacija je svaki dokument koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi, potpisana od zdravstvenog radnika, odnosno ljekara. Pojmovno značenje dokumentacije je teško definisati, ali se kod naših ljekara definiše kao zapis koji sadrži podatke o stanju zdravlja osobe kojoj je pružena zdravstvena zaštita, te način rada na mjestu pružanja te zaštite.

5.2.Svrha medicinske dokumentacije

Kroz istoriju medicine ljekari su pravili kratke zabilješke o anamnezi, dijagnozi i terapiji. Te zabilješke su u početku bile čisto privatnog karaktera i služile su ljekaru za lično podsjećanje, da bi kasnije poslužile za stvaranje mogućnosti naknadne rekonstrukcije toka bolesti i primjene terapije u slučaju potrebe. Takođe data je mogućnost da i drugi ljekari učestvuju u terapiji istog pacijenta na osnovu medicinske dokumentacije. Vođenjem medicinske dokumentacije osiguravalo se čuvanje podataka koji bi se inače lako zaboravili. Na samom početku vođenje medicinske dokumentacije služilo je samo uskom krugu ljekara kao i ljekarskim pomoćnicima, da bi se vremenom širio krug lica kojima je ta dokumentacija bila dostupna. Zbog obaveze ljekara da čuva pacijentovu tajnu, danas su bilješke dostupne samo određenim licima Medicina se oduvijek smatrala nijemom vještinom (lat. *ars muta*). U savremenoj medicini svrha vođenja medicinske dokumentacije višestruka, s tim da joj je primarni zadatak da omogući pravilno liječenje određenog pacijenta. Pored toga, medicinska dokumentacija može se koristiti i u naučna istraživanja. Na osnovu dokumentacije ljekar može da obavijesti pacijenta o preduzetim dijagnostičkim i drugim mjerama, ali služi ispunjenju

ljekareve obaveze da podnese račun pacijentu o svom radu. Dokumentacija treba da pokaže šta je sve učinjeno pacijentu.¹⁹³

Uz pomoć dokumentacije pacijent može i kod drugog ljekara da provjeri dijagnozu, jer pacijent nije uvijek sklon da povjeruje u postavljenu dijagnozu, nego se nada da provjera kod drugog ljekara može dovesti do druge dijagnoze.

I na kraju, medicinska dokumentacija ima veliku dokaznu vrijednost pred sudom i drugim državnim organima. Pacijent medicinskom dokumentacijom dokazuje ljekarsku grešku, a sa druge strane i ljekar se štiti od eventualnih prigovora da nije postupio onako kako je trebalo u konkretnom slučaju.

5.3.Obaveza vođenja medicinske dokumentacije

Ranije vođenje medicinske dokumentacije nije bila obaveza ljekara, nego je imala privatni karakter i služila je samo ljekaru kao podsjetnik za ono što je učinjeno pacijentu. Za razliku od ranije, danas zdravstvene ustanove imaju utvrđenu obavezu vođenja medicinske dokumentacije. Dakle, zdravstveni radnik je dužan da uredno vodi medicinsku dokumentaciju u skladu sa zakonom. Prema tome, vođenje medicinske dokumentacije predstavlja opštu, javnopravnu dužnost.

5.4.Sadržaj i opseg dužnosti vođenja medicinske dokumentacije

U medicinsku dokumentaciju spadaju različiti dokumenti, a to su: otpusno pismo, ljekarsko uvjerenje, rentgenološki snimci, laboratorijske pretrage-nalazi, temperaturno terapijske liste, uputnice od strane ljekara

¹⁹³ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 166

opšte prakse prema ljekarima specijalistima, laboratorijama i ustanovama, operacijske liste, CT nalazi, anamneze, potvrda o smrti i sl.

Medicinska dokumentacija se sastoji od ljekarskih zabilješki o nalazima pacijentovog zdravstva i preduzetim terapijskim mjerama. Medicinska dokumentacija treba da sadrži, pored ostalog, podatke šta je ljekar saopštio pacijentu, šta je ljekar uočio na pacijentu, dijagnostikovao, te kakvu je terapiju predložio (npr. plan liječenja, koji su lijekovi i kako često davani, kakva je reakcija bila pacijenta na njih, informacije koje su davane pacijentu u vezi njegovog liječenja, njegovih prava, te usmene ili pismene izjave o pristanku koje je davao pacijent u toku liječenja i ocjene njegove sposobnosti za davanje pristanka i slično).¹⁹⁴ Vođenje medicinske dokumentacije nema još uvijek jasne tačke oslonca u pravnoj praksi, s tim da se upravlja prema dobrim ljekarskim običajima. Dokumentacija u prvom redu služi informisanju pacijenta, ali i kao dokazno sredstvo na sudu u slučaju spora.

5.5.Uredno vođenje medicinske dokumentacije

Uredno vođenje medicinske dokumentacije je najznačajniji pokazatelj za dobijanje relevantnih podataka. Medicinska dokumentacija je uredno vođena i onda ako zabilježeni podaci nisu jasni medicinskom laiku. Bitno je da podaci iz dokumentacije budu razumljivi stručnjaku. Dokumentaciju vodi ljekar koji je za nju odgovoran. Dokumentacija treba da ima odgovarajuću formu, i potrebno ju je voditi uredno i blagovremeno, kao i brižljivo i dovoljno dugo čuvati. Osim što dokumentacija mora biti blagovremena, ona mora biti potpuna i istinita, odnosno tačna. O tome da li je zabilješka urađena blagovremeno može se suditi s obzirom na konkretnе okolnosti. Npr. ljekar koji radi u ordinaciji sa velikim brojem pacijenata treba zabilješku da napravi odmah, jer bilo bi kasno ako to učini poslije radnog vremena ili čak na kraju sedmice, pošto tada kod njega više

¹⁹⁴ J. Čizmić, Lj. Žunić, *Osnove zdravstvenog prava*, Split, 2014, str. 61.

ne postoji pouzdano sjećanje na pojedinosti u svakom slučaju.¹⁹⁵ Prema tome, obaveza vođenja dokumentacije nastaje sukcesivno, jer u suprotnom bi postojala mogućnost da dokumentacija zbog proteka vremena bude netačna.

Poznato je da zabilješke koje upisuje ljekar u medicinsku dokumentaciju imaju dokaznu vrijednost samo ako su sačinjene blagovremeno u odnosu na dokumentovani događaj, odnosno odmah nakon obavljanja određenih radnji ili utvrđivanja određenog stanja stvari.

Kao što je ranije navedeno, zabilješke u dokumentaciju treba da unosi ljekar koji snosi odgovornost. Ukoliko više specijalista ljekara rade zajedno kod operacije, svaki bi ljekar pojedinačno trebao da unese u dokumentaciju zabilješke o svojim radnjama, pod uslovom da su te radnje odvojive jedna od druge. Ako se ne mogu odvojiti, onda će odgovorni ljekar unijeti radnje svojih saradnika.

Zabilješke u medicinsku dokumentaciju u nekim slučajevima ne mora uvijek unositi lično odgovorni ljekar, nego to može učiniti i osoblje koje pomaže ljekaru po nalogu ljekara u određenim slučajevima (npr. kod medicinske njege prilikom bolničkog lječenja), s tim da se te zabilješke vode na propisan način. Način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom treba biti propisan od strane nadležnog ministra zdravstvo.

Što se tiče forme dokumentacije, podaci o utvrđenim oboljenjima, stanjima pacijenata, te povredama upisuju se latinskim nazivom i šiframa važeće revizije međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti, a ostali podaci (o radu, liječenju i sl.) prema odgovarajućim nazivima.

Zbog nevođenja ili neurednog vođenja medicinske dokumentacije pacijent može imati značajnu štetu. Šteta se ogleda u eventualnom postavljanju pogrešne dijagnoze, određivanju neodgovarajuće terapije, te onemogućavanju pacijentu da dokaže svoje pravo na naknadu štete zbog ljekarske greške.

¹⁹⁵ J. Radišić, *cit. djelo*, str. 169

Pored toga što dokumentacija mora uredno da se vodi, dokumentacija mora i brižljivo da se čuva, s tim da čuvanje ne može trajati beskonačno. Dakle, medicinska dokumentacija nema trajnu vrijednost, a i vrijeme čuvanja dokumentacije, ne samo da je različito određeno, već je i neprecizno utvrđeno. Preporuka je da se dokumentacija, kao dokazno sredstvo, čuva najmanje do isteka roka zastarijevanja gonjenja zbog krivičnog djela nesavjesnog pružanja ljekarske pomoći i potraživanja za naknadu štete zbog ljekarske greške.¹⁹⁶

5.6. Pravo na uvid /pristup medicinskoj dokumentaciji

Pravo svakog pacijenta je svakao pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji koja se njega tiče. To pravo se temelji na zakonskom pravu pacijenta da bude obaviješten o svom zdravstvenom stanju. Medicinska dokumentacija prvenstveno služi ispravnom liječenju pacijenta, pa stoga je logično da mu se prizna pravo na uvid u dokumentaciju. S druge strane, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju doprinosi odnosu povjerenja između ljekara i pacijenta.

Ukoliko bi ljekar uskratio pravo pacijentu uvid u svoju medicinsku dokumentaciju, to bi škodilo ugledu ljekara, odnosno dovodi u sumnju kvalitet i ispravnost pružene zdravstvene zaštite, polazeći od toga da samo onaj koji ima nešto da skriva, mogao bi da uskrati pravo na uvid pacijentu u vlastitu dokumentaciju.

Pravo pacijenta na uvid u vlastitu medicinsku dokumentaciju je strogo lično pravo. Stoga je pacijent jedini ovlašten koristiti se ovim pravom, s tim da ovo pravo može prenijeti i na svog pravnog zastupnika. U slučajevima kada je pacijent novorođenče ili maloljetno lice, pravo uvida u medicinsku dokumentaciju imaju roditelj, staratelj, odnosno zakonski zastupnik. Članovi porodice izuzetno imaju pravo uvida u medicinsku dokumentaciju svog člana porodice ako su ti podaci od značaja za njihovo liječenje.

¹⁹⁶ E. Deutsch, A. Spickhoff, *cit. djelo*, str. 302-303.

Pravo pacijenta na uvid u njegovu medicinsku dokumentaciju u nekim slučajevima može podlijegati određenim ograničenjima. Ljekar bi mogao pacijentu uskratiti uvid u dokumentaciju ako mu ona npr. otkriva istinu da boluje od neizlječive bolesti, a posebno je izraženo u odnosu na pacijente koji se liječe od psihičkih bolesti. Ljekari bi trebali da odrede koji dijelovi medicinske dokumentacije podliježu navedenim ograničenjima.

Pacijent ima trajno pravo uvida u originalna medicinska dokumenta, odnosno da razgleda dokumenta, da viđeno prepiše, fotokopira ako za to postoje uslovi i ukoliko je pacijent spremjan da snosi troškove fotokopiranja. Fotokopije dokumentacije pacijent može da podnese na uvid ljekaru u koga ima povjerenje i da od njega traži mišljenje o svom zdravstvenom stanju na osnovu medicinske dokumentacije.

Nakon smrti pacijenta njegova dokumentacija ne može biti dostupna trećim licima, nego se mora čuvati kao profesionalna ljekarska tajna. Od ovog pravila se u određenim slučajevima može odstupiti u korist bliskih srodnika i nasljednika umrlog pacijenta, pod uslovom ako to pacijent izjavom još u vrijeme života nije zabranio. Bliskim srodnicima će se dozvoliti uvid u medicinsku dokumentaciju ukoliko smatraju da je ljekar načinio grešku u liječenju umrlog pacijenta, zbog čega ga treba eventualno krivično goniti.

Postoje neslaganja među pravnicima da li dozvoliti uvid u medicinsku dokumentaciju umrlog. Jedni smatraju da pravo uvida nasljednika i bliskih srodnika ne smije protivrječiti izričitoj ili pretpostavljenoj volji umrlog, dok drugi smatraju da nasljednici i srodnici od trenutka smrti pacijenta imaju vlastito pravo na uvid, koje se mora odmjeravati samo prema interesima ljekara za dalju diskreciju.¹⁹⁷

¹⁹⁷ E. Deutsch, A. Spickhoff, *cit. djelo*, str. 173.

5.7.Pravo na povjerljivost

Samim pristankom ljekara da ukaže medicinsku pomoć pacijentu, koji mu se obrati za pomoć, dolazi do uspostavljanja određenog kontakta. Istovremeno iz tog kontakta proizilaze određena prava i obaveze. Ljekar je dužan da uspostavi vrstu pacijentove bolesti, a samim tim i da preduzme odgovarajuće mjere liječenja, a obaveza pacijenta je da ljekaru saopšti simptome svoje bolesti, te da postupi po nalogu ljekara. Ovdje postoje dvije vrste obaveza koje nisu iste, ali cilj im je isti.

Ljekar nečinjenjem, odnosno neizvršavanjem svoje obaveze škodi pacijentu. Dakle, ljekar ima obavezu u interesu pacijenta da učini ono što je njegova dužnost, a ukoliko ne učini ono što je trebalo radi zaštite pacijenovog zdravlja, mora snositi odgovornost. Dok s druge strane, pacijent kršenjem vlastite obaveze škodi samom sebi i ne snosi odgovornost zbog svojih propusta.

Kada govorimo o odnosu ljekar-pacijent, bitnu ulogu igra povjerenje pacijenta u ljekara, a to povjerenje se ne može narediti ili uspostaviti putem pravnih sankcija, jer ima dublju, etičku vrijednost.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo u povjerljivost svojih podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja shodno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti ličnih podataka. Ko će biti obaviješten o prijemu pacijenta u zdravstvenu ustanovu, kao i o njegovom zdravstvenom stanju, odlučuje sam pacijent u usmenoj ili pisanoj izjavi dатој ljekaru. Takođe pacijent može imenovati lica kojima se zabranjuje davanje tih podataka.¹⁹⁸ Pacijent u većini slučajeva vjeruje ljekaru, kako u osobu, tako i u njegovo znanje.

Za ljekarsku djelatnost potrebno je da se odnos temelji na uzajamnom povjerenju između ljekara i pacijenta, a poštovanje obaveze čuvanja tajne od strane ljekara ohrabruje pacijente da mu se obraćaju za pružanje medicinske pomoći. Samim tim ljekarska tajna koristi ljekaru, jer on svoju stručnu djelatnost može kvalitetno obavljati samo ako od pacijenta

¹⁹⁸ J. Čizmić, Lj. Žunić, *cit. djelo*, str. 109.

dobije informacije koje su mu nužne za dijagnozu i terapiju.¹⁹⁹ Izlazak informacija ima za posljedicu gubitak povjerenja u konkretnu osobu i predstavnika profesije koju ta osoba predstavlja.

5.8.Pravo na privatnost

Svaki pacijent ima pravo na uslove koji osiguravaju privatnost njegovog liječenja. Prilikom pregleda pacijenta, zakonodavac je tačno odredio ko može prisustovati pregledu, a to su samo oni zdravstveni radnici, kao i zdravstveni saradnici koji su direktno uključeni u njegov tretman. Na zahtjev pacijenta njegovom pregledu mogu prisustovati, kao i izvođenju medicinskih postupaka članovi njegove porodice, odnosno osobe koje on odredi. U slučajevima kada se radi o pregledu djeteta do 15. godina starosti ili lica koja nemaju poslovnu sposobnost, obavezno je prisustvo jednog roditelja, odnosno zakonskog zastupnika ili staratelja.

Poznato nam je da u zdravstvu nije moguća potpuna fizička privatnost, iz razloga što sam pregled pacijenta prepostavlja fizičke kontakte zdravstvenog osoblja i samog pacijenta, pa se podrazumijeva da je pacijent unaprijed saglasan na takve kontakte zbog bolova koje trpi i nade za ozdravljenjem.

Zaštita privatnosti se ostvaruje još koristeći zavjese, zastore, paravane, pidžame, ali u naprednjim zemljama pacijenti koriste jednokrevetne bolničke sobe i mogu zahtijevati da ih liječe ljekari istog pola, a sve to iz straha od gubitka fizičke privatnosti.

Svaki pacijent, odnosno bolesno lice ima pravo da na zdravstvenu uslugu ne čeka satima, da mu se obraćaju uljudno i sa uvažavanjem i bez ikakvih prisila. Postupajući ljekar bi trebao da pokaže razumijevanje i za zabrinutost pacijentovih bližnjih, odnosno njegove porodice, a ima takođe obavezu da ih ispravno obavještava o zdravstvenom stanju pacijenta i sa njima sarađuje, sve za dobrobit pacijenta. Svako drugo postupanje ljekara

¹⁹⁹ Ibid. str.110.

ili zdravstvenog osoblja sa pacijentom i sa njegovim bližnjim je povreda medicinske etike, kao i povreda prava privatnosti, kako na duševno zdravlje tako i na njegovo dostojanstvo.

6. KOMORE

Zdravstvene komore su samostalne, jedinstvene i profesionalne organizacije doktora medicine, doktora stomatologije i diplomiranih farmaceuta, a koje su u skladu sa zakonom organizovane kao Komora doktora medicine, Komora doktora stomatologije i Farmaceutska komora. Osnovni zadatak komora je da štite prava, kao i da zastupaju pravne interese svojih članova.

Takođe komore moraju da se brinu o poštovanju etičkih i deontoloških načela struke, te u tom smislu, mogu izricati odgovarajuće mјere onima koji u svom profesionalnom radu ne poštuju ta načela.²⁰⁰ Zdravstvene komore stiču svojstvo pravnog lica upisom u sudski registar, a zastupa ih i predstavlja predsjednik komore, svake zasebno.

Djelatnost zdravstvenih komora obuhvata sljedeće, i to:

- izdaje licence, odnosno dozvole za obavljanje profesionalne djelatnosti;
- vodi registar svojih članova;
- obnavlja i oduzima odobrenja za samostalni rad;
- provjerava znanja i kompetentnosti članova da se bave odgovarajućom profesijom;
- ima obavezu donošenja deontološkog i etičkog nivoa članova;
- ima obavezu da unapređuje kvalitet zdravstvene zaštite;
- pokreće incijativu za donošenje zakona i drugih propisa iz oblasti zdravstvene zaštite;
- utvrđuje cijene zdravstvenih usluga i ugovaranje istih sa Fondom zdravstveog osiguranja;

²⁰⁰ T. Babić, S. Roksandić, *cit. djelo*, str. 241.

- daje mišljenje na nacrte i prijedloge zakona i drugih propisa iz oblasti zdravstvene zaštite;
- daje mišljenje na planove i programe u oblasti zdravstvene zaštite, odnosno plan i program specijalizacija, plan i program pripravnikačkog staža i stručnog ispita, plan upisa studenata visokoškolskih ustanova zdravstvenih struka, plan mreže zdravstvenih ustanova i dugoročne planove razvoja zdravstvene zaštite;
- izgrađuje sistem nadzora nad stručnim i etičkim radom članova komore;
- obezbjeđuje sistem kvaliteta rada;
- daje prijedloge za dobijanje zvanja primarijus;
- radi na zaštiti ugleda i dostojanstva profesije;
- radi na zaštiti profesionalnih i materijalnih interesa svojih članova;
- sarađuje sa svim sindikalnim udruženjima;
- sarađuje sa vladinim i nevladinim organizacijama u oblasti zdravstvene zaštite;
- sarađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za zdravstvenu komoru;
- bavi se izdavačkom djelatnošću,
- koordinira odnose među članovima, te aktivno učestvuje u rješavanju eventualno nastalih sporova, i
- obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom.

Komore, osim ovlaštenja koja im daje statut, odnosno staleške ustanove, takođe imaju i javna ovlaštenja što ih, *mutatis mutandis*, čini i dijelom državnog mehanizma. Kao takve, komore jednim dijelom rasterećuju izvršnu vlast (npr. uslovi za izdavanje i obnavljanje odobrenja za samostalni rad), odnosno ministarstvo tako što obavljaju poslove koji su rezultat specifičnosti svake pojedine zdravstvene djelatnosti.

Kodeksima etike deontologije utvrđuju se pravila kojih su se dužni pridržavati zdravstveni radnici prilikom obavljanja svoje zdravstvene

profesije. Najstariji primjer kodifikacije liječničke etike je Hipokratova zakletva²⁰¹

Medicinska etika propisuje pravila ponašanja zdravstvenih radnika u njihovim djelatnostima, a koja je ustanovljena na vjekovnom iskustvu, od Hipokrata do današnjih dana.²⁰² Pravila ponašanja zdravstvenih radnika su obavezujuća za sve zdravstvene radnike, i kao takve uvrštene su u etički kodeks pojedine struke. Dakle, ovdje se radi o skupu formalnih i neformalnih pravila, propisa, šema, i dobrih običaja koja se koriste u poslovnom ponašanju.

6.1. Članstvo u komorama

Članom komore se postaje na lični zahtjev, dok članovi komore mogu postati doktori medicine, doktori stomatologije, kao i diplomirani farmaceuti. Odluku o prijemu u članstvo komore donosi izvršni odbor odgovarajuće komore. Nakon prijema u odgovarajuću komoru, o članstvu se izdaje uvjerenje, odnosno licenca. Tek nakon dobijanja licence stiče se pravo obavljanja zdravstvene djelatnosti iz svoje profesije. Obaveza svake zdravstvene komore je da vodi svoj imenik članova, kao javnu knjigu.

Takođe je obaveza komore da svake pete godine obnovi uvjerenje o članstvu na način što će da izvrši provjeru stručnih znanja, kao i sposobnosti članova. Provjera znanja prilikom obnavljanja licence vrši se u skladu sa standardima i postupkom koji utvrđi nadležni organ komore. U slučaju da, prilikom provjere stručnog znanja i sposobnosti, član komore ne pokaže određeni nivo znanja i sposobnosti iz svoje djelatnosti, on privremeno gubi licencu, odnosno pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti. Pravo na ponovnu provjeru znanja član komore stiče tek protekom tri mjeseca.

²⁰¹ Hipokratova zakletva datira iz V vijeka p.n.e. Zasniva se na načelima modrne medicine i nauke i oslobođena je religije.

²⁰² J. Čizmić, Lj. Žunić, *cit. djelo*, str. 171.

Postupak provjera stručnih znanja i sposobnosti uređen je opštim aktom koji donosi skupština svake komore uz prethodno pribavljenu saglasnost ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

6.2.Organizacija i rad komore

Zdravstvene komore imaju svoje organe, a to su: skupština, izvršni odbor, predsjednik, nadzorni odbor, i sud časti.

Skupština komore je organ upravljanja, koji donosi statut i druga opšte akte komore, a obavlja i druge poslove u skladu sa statutom komore. Skupštinu komore čini 25 predstavnika članova komore koji su izabrani neposredno po regijama. Odluke koje donosi skupština komore moraju biti u skladu sa statutom komore i poslovnikom o svom radu.

Izvršni odbor komore je zadužen za sprovođenje odluka skupštine, s tim da odlučuje i o pitanjima utvrđenim statutom komore. Na čelu izvršnog odbora je predsjednik, a čine ga još i osam članova koje bira skupština na period od pet godina. Izvršni odbor donosi odluke natpolovičnom većinom od ukupnog broja članova, u skladu sa statutom komore i poslovnikom o svom radu.

Predsjednik komore rukovodi njenim radom, odgovara za zakonitost rada, te predstavlja i zastupa komoru. Predsjednika komore bira skupština komore takođe na period od pet godina.

Nadzorni odbor ima obavezu da vrši nadzor nad radom, kao i poslovanjem komore. Skupština komore ga bira na period od pet godina. Nadzorni odbor čine predsjednik i dva člana, dok se odluke donose natpolovičnom većinom.

Sud časti čine predsjednik i četiri člana, a bira ih skupština komore na period od pet godina. Odluke se donose natpolovičnom većinom od ukupnog broja svojih članova.

Sud časti odlučuje o sljedećem, i to:

- povredama deontološkog i etičkog kodeksa kojima se narušava ugled i dostojanstvo profesije;
- neizvršavanju obaveza članova komore, i
- povredama statuta i drugih akata komore za čiju povredu se mogu izreći disciplinske mjere.

Nadležnost, sastav, organizaciju suda časti, disciplinsku odgovornost članova komore i druga pitanja koja su bitna za organizaciju i rad suda časti, uređuje skupština komore posebnim opštim aktom.

Komora može da ima generalnog sekretara, kojeg bira izvršni odbor komore, a koji organizuje i rukovodi stručnom službom. Izvršni odbor komore posebnim aktom uređuje organizaciju i način rada stručne službe komore. Zaposleni u stručnoj službi imaju prava, obaveze, i odgovornosti u skladu sa zakonom, kolektivnim ugovorom i opštim aktima komore.

Statut komore donosi skupština komore, a koji sadrži:

- poslove i zadatke komore;
- organizaciju komore;
- organe komore, njihov djelokrug, organizaciju, način izbora i rada;
- prava, obaveze i odgovornosti članova komore;
- javnost rada organa komore;
- postupak donošenja akata;
- organizaciju i način obavljanja stručnih i administrativnih poslova, i
- druga pitanja od značaja za organizaciju i rad komore.²⁰³

Komore se finansiraju od članarine, naknada za upis u imenik članova komore, poklona i legata, i iz drugih dozvoljenih izvora. Skupština komore posebnom odlukom utvrđuje visinu članarine i naknadu za upis u imenik članova komore. Zdravstvena komora je obavezna da posluje preko

²⁰³ O. Kremenović, *Zdravstveno i ekološko zakonodavstvo*, Banja Luka, 2007, str.162-163.

žiro-računa i u skladu sa finansijskim planom koji se donosi za kalendarsku godinu.

7. NADZOR NAD RADOM ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Kvalitet zdravstvene usluge zavisi od mnogo čega, a u prvom redu se misli na stručnu sposobnost zdravstvenih radnika od čijih sposobnosti uveliko zavisi stepen kvaliteta zdravstvene usluge. Takođe na kvalitet zdravstvenih usluga utiče i adekvatan prostor. Bez opreme, odnosno pomagala nema ni kvalitetne zdravstvene usluge, pogotovo ako se uzme u obzir svakodnevni napredak nauke i tehnike. Prema tome, mora se ići u korak s vremenom ako želimo da kvalitet usluge u potpunosti bude zadovoljen. Da bi jedna zdravstvena ustanova zadovoljavala ove kriterijume nameće se obaveza sprovođenja kontrole, a koja može biti *unutrašnja i stručna kontrola komore, te zdravstveno-inspekcijski nadzor*. Svaka od navedenih vrsta kontrole ima tačno određenu svrhu i cilj.

Kod pružanja zdravstvene zaštite, obaveza zdravstvenih radnika je da postupaju po pravilima struke, kako svojim postupcima ne bi doveli u opasnost živote i zdravlje ljudi. Iz svega navedenog proističe potreba za *stručnom kontrolom nad radom davaoca zdravstvenih usluga*. Komore su na osnovu zakona donijele akte kojima se preciznije definiše procedura sprovođenja kontrole nad radom davaoca zdravstvenih usluga. Kontrola sama po sebi nema za cilj kažnjavanje zdravstvenih radnika, nego ima za cilj poboljšanje kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga, kao i rada samih zdravstvenih radnika. U slučajevima kada se utvrde propusti, odnosno kada se utvrdi stručni propust zdravstvenog radnika, kršenje načela medicinske etike i deontologije, komora izriče mјere u skladu sa svojim aktima. Postoje dvije vrste stručnog nadzora i to: *redovni i vandredni*.

Redovna stručna kontrola vrši se na osnovu godišnjeg plana komore koji donosi izvršni odbor, i to u zakonu određenom vremenskom roku.

Vanrednu stručnu kontrolu naređuje ministar nadležan za poslove zdravlja, u slučajevima kada postoji prijava građana koji su nezadovoljni liječenjem u toj zdravstvenoj ustanovi.

Nakon obavljenе kontrole, pojedinac, odnosno komisija sačinjava zapisnik o zatečenom stanju koji šalje ministru nadležnom za poslove zdravlja. Komisija će u zapisniku po potrebi predložiti i mjere koje je potrebno preduzeti kako bi se otklonili utvrđeni nedostaci. Po dobijanju zapisnika ministar nadležan za poslove zdravlja rješenjem će naložiti otklanjanje nedostataka i vremenski rok u kome se ti nedostaci moraju otkloniti. Ukoliko zdravstvena ustanova ili zdravstveni radnik ne postupe po rješenju, ministar nadležan za poslove zdravlja može privremeno zabraniti rad zdravstvenoj ustanovi, zdravstvenom radniku odnosno zdravstvenom saradniku.

Unutrašnju kontrolu nad radom zdravstvenih ustanova sprovode same zdravstvene ustanove. Sam postupak sprovođenja unutrašnje kontrole regulisan je statutom ustanove i sprovodi se na osnovu godišnjeg plana i programa ustanove. Način unutrašnje kontrole nad radom zdravstvene ustanove i zdravstvenih radnika određuje sama zdravstvena ustanova.

DIO ŠESTI: KORUPCIJA

1. KORUPCIJA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU BOSNE I HERCEGOVINE

Odnos prava i morala predstavlja jedno od ključnih pitanja razumijevanja društvenih odnosa. Teško je reći da li je starije pravo ili moral. Po nekim autorima moral je starija kategorija od prava, i to baš zbog toga što su postojali periodi razvoja ljudskog društva u kome su društveni odnosi bili uređeni moralom, a ne pravom. Dakle, posmatrajući ova dva oblika društvenih pravila treba tražiti odgovor na pitanje šta je korupcija. Riječ korupcija potiče od latinske riječi *corruptus* što znači potplaćen, potkupljivanje, podmićivanje, potkupljenje, podmićenje, itd. Korupcija će postojati ukoliko dođe do namjernog narušavanja principa nepriistrasnosti pri donošenju odluka u cilju prisvajanja neke pogodnosti. Korupcija je odnos koji se zasniva zloupotrebotom službenog, odnosno društvenog položaja ili uticaja, u javnom ili privatnom sektoru, a sve u cilju sticanja lične koristi ili koristi za drugog.

Pojave zloupotrebe službenog položaja ili ovlaštenja, kao i uopšte nezakonita postupanja službenih lica su poznata kako u starijim, tako i u savremenim društvima.²⁰⁴ Krivična djela protiv službene dužnosti predstavljaju protivpravna ponašanja upravljena protiv pravilnog funkcionisanja javnih službi koja vrše službena ili ovlaštena lica u vršenju službene dužnosti.²⁰⁵ Izvršioci ovih krivičnih djela su su službena lica i ona se najčešće izvršavaju u vršenju službene dužnosti. Prema opšteprihvaćenom mišljenju, pod krivičnim djelima protiv službene dužnosti podrazumijevaju se povrede službene dužnosti od strane službenih lica, u vršenju službene dužnosti koje u sebi imaju obilježje u zakonu određenih krivičnih djela.²⁰⁶ Danas ova krivična djela spadaju u kategoriju kriminaliteta koji predstavlja visok stepen opasnosti za društvo. Zajedničko za sva krivična djela iz ove grupe je da se ona najčešće mogu izvršiti samo u vršenju službe, dok se kao izvršilac u vršenju ovih krivičnih djela u najvećem broju slučajeva pojavljuje službeno lice. U ovoj grupi krivičnih

²⁰⁴ N. Stanković, cit. djelo, 2017, str.113.

²⁰⁵ Ibid. str. 113.

²⁰⁶ J. Tahović, Krivično pravo, posebni dio, Beograd, 1961, str. 454

djela pojavljuju se i neka specifična krivična djela, a koja mogu biti izvršena od strane službenih lica, ali mogu biti izvršena i od drugih lica. Prema tome, specifična krivčina djela iz ove grupe su npr. protivzakonito posredovanje, davanje mita i dr.

Izvršiocu krivičnih djela korupcije su uglavnom pripadnici najviših društvenih slojeva, tj. lica na položaju i od ugleda, visokopozicionirani nosioci državnih i ekonomskih funkcija i ovlaštenja, lica na odgovornim radnim mjestima u komercijalnom, finansijskom i carinskom poslovanju, u robnom prometu, trgovачki putnici, poslovode, zdravstveni radnici, itd.²⁰⁷

Korupcija se pojavljuje u svim područjima života i djelovanja, kako u javnim i privatnim institucijama, politici, medijima, ali je takođe prisutna i u zdravstvu.

Korupcija u zdravstvu je negativna pojava koja je prisutna u gotovo svim zemljama svijeta. Najpoznatija međunarodna nevladina organizacija koja se bavi suzbijanjem korupcije, Transparency International, 2006. godine je godine svoj globalni izvještaj posvetila temi korupcije u zdravstvu (Transparency International, 2006).²⁰⁸

U svakodnevnom životu pod korupcijom u zdravstvu najčešće se podrazumijevaju korupcija u odnosu pacijenta i liječnika, i to davanje novca za pružanje medicinskih usluga, koje se inače ne naplaćuju i koje čine sastavni dio posla ljekara. Savremena literatura koja se bavi korupcijom u zdravstvu osim „plavih koverti“ prepoznaje znatno složenije oblike korupcijskih transakcija. Farmaceutske kompanije koje podmićivanjem ili na bilo koji drugi neetičan način osiguravaju testiranje, odnosno upotrebu svojih lijekova, korupcija u ugovaranju radova, održavanja ili nabave medicinske opreme, lijekova i potrošnog materijala u ustanovama javnog zdravstva, nepotizam prilikom zapošljavanja ili

²⁰⁷ N. Stanković, *cit. djelo*, 2017, str. 114

²⁰⁸ J. Budak, E. Rajh, *Korupcija u zdravstvu: mit ili stvarnost? O zdravstvu iz ekonomiske perspektive*, Ekonomski institut Zagreb, Zagreb, 2014. str. 247-270

napredovanja u karijeri u sektoru javnog zdravstva – sve su to potencijalna područja korupcije u zdravstvu.

S bzirom da su u pitanju ljudski životi, a zdravlje nema cijenu, korupcija u zdravstvu košta društvo, kako zbog izgubljenih života, tako i zbog finansijskih sredstava. Kod pacijenata u Bosni i Hercegovini postoji mišljenje da se ljekarima zaposlenim u javnim ustanovama, ne i privatnim, mora platiti, iako ljekari primaju platu za svoj rad i pruženu uslugu koju su dužni izvršiti bez bilo kakve nadoknade.

Jedan od vidova borbe pacijenata protiv korucije je i podnošenje prigovora direktoru ustanove, na što se pacijenti skoro i ne odlučuju, jer im se valja ponovo vratiti istom ljekaru za pružanje zdravstvene usluge. Jedan od razloga zašto se pacijenti ne opredjeljuju za prijavljivanje krivičnog djela, jeste i svijest o tome da davanjem mita ljekaru i sami čine krivično djelo davanje dara. Kao oblik korupcije u zdravstvu najčešće se javlja krivično djelo davanja i primanja mita, ili, pak, zloupotreba službenog položaja, a može biti i kombinacija oba.

Povezanost između medicinskih radnika u državnim ustanovama i njihovih kolega u privatnoj praksi, odnosno slanje pacijenata u privatne klinike ili laboratorije je takođe jedan od vidova korupcije. Dalje, sprega između farmaceutske industrije i ljekara, na način da ljekar propisuje lijekove određene farmaceutske kompanije u zamjenu za neku korist je jedan od vidova korupcije u zdravstvu.

Odlaganje pružanja zdravstvenih usluga često može biti indirektni način za vršenje pritiska na pacijenta da se upusti u koruptivne radnje.

Posredovanje u koruptivnom djelu je takođe krivično djelo, tj. ako zdravstveni radnik ne traži mito sam, već preko posrednika i na taj način se ostvari koruptivna radnja, pri čemu će i posrednik biti sankcionisan.

Endemska korupcija u zdravstvu je postala uobičajena, odnosno „javna tajna“ u kojoj učestvuje više međusobno povezanih lica praveći korupcijski lanac (npr. afere sa vještačenjem invalidnosti kod ljudi radi odlaska u prijevremenu penziju). Na ovaj način se nanosi ogromna moralna šteta zdravstvenom sistemu, te se na taj način gubi povjerenje građana kod

ljekara. Ali se nanosi i ogromna materijalna šteta, kako zdravstvu, tako i drugim osiguranjima.

Kada govorimo o političkoj korupciji, prvenstveno se misli na „uhljebljavanje svoga kadra“ i to obično u nepotrebnim i suvišnim medicinskim djelatnostima u zdravstvu (postavljanjem svojih direktora ili šefova bez potrebnih kvalifikacija za to radno mjesto).

Sistemska korupcija je prisutna kod organizacije i rada javne ustanove, koja namjerno omogućava neopravdano bogaćenje pojedinca ili grupe.²⁰⁹ Ovaj vid korupcije ostvaruje se prelivanjem sredstava javnog zdravstva u privatne ustanove, na način što se stvara privatni monopol, odnosno stvaranjem uskih grla u javnom zdravstvu i proizvodnjom nepotrebnih troškova, dok to u nemedicinskom dijelu podrazumijeva namještanje tendera i kriminalne radnje u javnoj nabavci ili u opremanju, tj. saniranju zdravstvenih objekata.²¹⁰ Kod sistemske korupcije glavni akteri su uticajni pojedinci iz javnog zdravstva, privatne zdravstvene ustanove i političke stranke. Kod ovog vida korupcije dolazi do umrežavanja interesnih grupa i moćnih političara, koji potčinjavaju cijeli sistem.

Poznato nam je da je korupcija u Bosni i Hercegovini u sektoru zdravstva izrazito prisutna, kako sa stanovišta objektivnih pokazatelja, odnosno nalaza revizije, javnih izvještaja, tako i sa stanovišta subjektivnih pokazatelja, odnosno percepcije korupcije od strane građana.²¹¹ Da bi došlo do suzbijanja korupcije u zdravstvu, prema analizi Centra za liberalno demokratske studije, potrebno je da se one razmotre u okviru strategije reforme sistema pružanja zdravstvene zaštite, prije svega, sistema zdravstvenog osiguranja. Potrebno je uvođenje višestrukog zdravstvenog osiguranja. Osiguranje bi trebalo da ima osnovni paket obaveznog

²⁰⁹ I. Jovanovac, R. Gmajnić, *Oblici korupcije u zdravstvu*, Zbornik radova sa II međunarodnog naučnog skupa – Pravo i izazovi XXI vijeka, II tom, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko, 2014, str. 246

²¹⁰ Ibid. str. 248

²¹¹ M. Burgić, A. Rifatbegović, M. Burgić, *Pojam i predmet etike i korupcije u zdravstvu*, Zbornik radova sa II međunarodnog naučnog skupa – Pravo i izazovi XXI vijeka, II tom, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2014, str. 269

zdravstvenog osiguranja, dok bi svi drugi paketi bili dobrovoljni. Jedan od vidova sprečavanja korupcije je jačanje funkcije interne kontrole, kao i sankcionisanje svih oblika koruptivnog ponašanja.

LITERATURA

Bibliografske jedinice:

- Albreht, T. *Zdravstveni sistemi u Sloveniji*, Ljubljana, 2009.
- Babić, T., Roksandić, S. *Osnove zdravstvenog prava*, Tipex, Zagreb, 2006.
- Bataveljić, D., Vojvodić, M. *Zakonodavstvo*, Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija VISAN, Beograd
- Beauchamp, T., Childress, J. *The Principles of Biomedical Ethics*, 5. izdanje, Oxford universitum, press 2001, posebno poglavlje II „Respect for Autonomy“
- Biblioteka Narodne skupštine Republike Srbije, *Prava pacijenata*, 26.04.2013. godine, Z-06/13
- Bjegović, V., Donev, D. *Health Systems And Their Evidence Based Development*, Stability Pact For South Estern Europe, Beograd, 2004.
- Bodnaruk, S., Čizmić, J., Hrabač, B., Huseinagić, S. *Komentari zdravstvenih zakona*, Privredna štampa Sarajevo, Sarajevo, 2011.
- Budak, J., Rajh, E. *Korupcija u zdravstvu: mit ili stvarnost?* O zdravstvu iz ekonomski perspektive, Ekonomski institut Zagreb, Zagreb, 2014.
- Burgić, M., Rifatbegović, A., Burgić, M. *Pojam i predmet etike i korupcije u zdravstvu*, Zbornik radova sa Drugog međunarodnog naučnog skupa – Pravo i izazovi XXI vijeka, II tom, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2014.
- Crnić, I. *Odgovornost ljekara za štetu*, Organizator Zagreb, 2009.
- Čizmić, J., Žunić, Lj. *Osnove zdravstvenog prava*, Split, 2014.
- Čolaković, M. *Pravo na tjelesni integritet*, Mostar, 2015.
- Dedić, S. *Socijalno pravo, četvrto novelirano i prošireno izdanje*, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2010.
- Dedić, S. *Upravno pravo*, Pravni fakultet Univerziteta u Bihaću, Magistrat Sarajevo, Bihać/Sarajevo, 2001.
- Deutsch, E., Spickhoff, A. *Medizinrecht*, Berlin, 2003.
- Economist Intelligence Unit, Healthcare Reform – *Whatever happened to Radical Dave*, Economist, June 18th 2011.
- Franjić, S. *Ishodišnji temelji medicinskog prava*, European Journal of Bioethics Vol. 3 No. 3, 2013.

Hadžić, Dž., *Zaštita prava pacijenata u Bosni i Hercegovini sa osebnim osvrtom na građansko pravnu zaštitu i krivicu ljekara za počinjenu ljekarsku grešku*, doktorska disertacija, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2018.

Hrabač, B. *Zdravstvena ekonomika*, Nastavni tekst, 2008.

Joksimović, V., Joksimović, Z. *Prikaz najznačajnijih sistema zdravstvenih osiguranja*, Timočki medicinski glasnik broj: 4, 2007. Modeli zdravstvenog osiguranja

Jovanovac, I., Gmajnić, R. *Oblici korupcije u zdravstvu*, Zbornik radova sa II međunarodnog naučnog skupa – Pravo i izazovi XXI vijeka, II tom, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2014.

Kazić, V. *Ostvarivanje i zaštita ljudskih prava u Bosni i Hercegovini kroz praksu prava ombudsmana i doma za ljudska prava*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, Split, 2005.

Kosanović, R. *Socijalno pravo*, Beograd, 2011.

Kremenović, O. *Zdravstveno i ekološko zakonodavstvo*, Banja Luka, 2007.

Marković, B., Vukić, S. *Modeli organizacije i finansiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta*, Ekonomski vjesnik: Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues, Vol. XXII No. 1, 2009.

Mastilica, M. *Metode plaćanja zdravstvenih usluga i upravljanje budžetima* ([www.zvu.hr/~sonjak/Mastilica/Metode plaćanja](http://www.zvu.hr/~sonjak/Mastilica/Metode_plaćanja))

Matorčević, M., *Priručnik za roditelje, Prava iz socijalne zaštite*, NURDOR, Efekt print, Beograd, 2012.

Milićević, N. *Ljudska prava*, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2007.

Misija OSCE-a u BiH, *Pravo na socijalnu zaštitu u Bosni i Hercegovini*, 2012.

Mujkić, E. *Medicinska greška kao krivično pravno pitanje*, Pravni savjetnik, broj 5, 2015.

Narodna skupština Republike Srbije, *Prava pacijenta Republike Srbije*, biblioteka Narodne skupštine, 2013.

Projekat tehničke pomoći socijalnom osiguranju, *Razvoj političkog okvira za komponente socijalnog osiguranja*, Australian Government, Medicalcare Australia, 2006.

Radišić, J. *Medicinsko pravo, prerađeno i dopunjeno izdanje*, Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu, Beograd, Nomos, 2008

Radunović, M. *Vizija zdravstvenog sistema Crne Gore*, Ministarstvo rada i socijalnog staranja, Podgorica

Rakovec – Antić, T. *Penzijsko i zdravstveno osiguranje, prvo izdanje*, Centar za izdavačku djelatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2008.

Republički zavod zdravstvenog osiguranja Srbije, *Modeli zdravstvenog osiguranja*, Beograd

Roksandić Vidlička, S. *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena Hrvatskog Kaznenog zakona*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske Vol. I No. 1, Zagreb, 2010,

Salihbašić, Š. *Sistem finansiranja zdravstvene zaštite*, Grin, Gračanica, 2009.

Saltman, B., Figueras, J., Sakellarides, C. *Critical Challenges for Health Care reforms in Europe*, Buckingham, Open University Press, 1999.

Sarajlija, S., *Krivičnopravni aspekti odgovornosti liječnika zbog nesavjesnog liječenja u Bosni i Hercegovini*, Fondacija Centar za javno pravo, 2014.

Sinanović, F. *Radno pravo*, Off Set štamparija, Tuzla, 2016.

Stanković, N. *Krivično pravo – opšti dio*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2016.

Stanković, N. *Krivično pravo – posebni dio*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2017.

Stanković, N. *Medicinska kriminalistika*, Evropski univerzitet Brčko distrikta, 2017.

Stanković, N. *Uvod u kriminalistiku*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, 2016.

Stanković, N. *Zdravstveno pravo*, Evropski univerzitet Brčko distrikta, 2016.

Šeparović, Ž. *Granice rizika, Etičko-pravni pristup medicini*, Zagreb, 1998.

Šobat, H. *Razlika između pogreške i komplikacije u naknadi štete*, Liječnički vjesnik 130, Zagreb, 2008.

Tahović, J. *Krivično pravo, posebni dio*, Beograd, 1961.

The NHS, *Sweetened Pill, No Cure*, The Economist, 2011.

Timotić, B., Golijanin, R., Andjelski, H., Đoković, N. *Istorija medicine*, Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko distrikt, 2016.

Tomić, Z. *Deliktna odgovornost zdravstvenih radnika prema Krivičnom zakonu FBiH*, Materija sociomedica wold 20 no.1. 2008.

Tomić, Z. *Krivično pravo I*, Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2008.

Trajkov, G. *Makedonija se okreće općem zdravstvenom osiguranju*, 2009.

Trnka, K. *Ustavno pravo, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje*, Sarajevo, 2006.

Turković, K. *Kaznena djela protiv zdravlja ljudi, posebni dio kaznenog prava*, Zagreb, 2007.

Učur, M. *Socijalno pravo*, Informator, Zagreb, 2000.

Zrniščak, S. *Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi*, Revija za socijalnu politiku, svezak 6, br. 1, 1999.

Pravni propisi:

- Zakoni

Krivični zakon Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik BiH“, broj 3/03, 54/04, 61/04, 30/05, 53/06, 55/05, 8/10, 47/14, 22/15, 45/15 i 35/18);

Krivični zakon FBiH („Službene novine F BiH“, broj 36/03, 37/03, 21/04, 69/04, 18/05, 42/10, 42/11, 59/14, 76/14 i 46/16)

Krivični zakonik RS („Službeni glansik RS“, broj 64/17 i 104/18)

Krivični zakon Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 33/13, 26/16, 13/17 i 50/18)

Zakon o doprinosima FBiH („Službene novine FBiH“, br. 35/98, 54/00, 16/01, 37/01, 1/02, 17/06, 14/08, 91/15 i 104/16)

Zakon o javno-privatnom partnerstvu („Službene novine TK“, br. 14/12)

Zakon o krivičnom postupku FBiH („Službene novine F BiH“, broj 35/03, 37/03, 56/03, 78/04, 28/05, 55/06, 27/07, 53/07, 9/09, 12/10, 8/13 i 59/14)

Zakon o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom („Sl. novine FBiH“, broj 59/18)

Zakon o liječništvu („Službene novine FBiH“, broj 56/13)

Zakon o ombudsmenima BiH („Sl. glasnik BiH“, br 19/02, 35/04, 32/06 38/06 i 50/08)

Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom („Sl. novine FBiH“, br. 36/99, 54/04, 39/06, 14/09, 45/16)

Zakon o parničnom postupku F BiH („Službene novine F BiH“, broj 53/03, 73/05, 19/06 i 98/15)

Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju F BiH („Službene novine FBiH“, br. 13/2018 i 93/2019 - odluka US)

Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju RS („Službeni glasnik RS“, broj 134/11, 82/13, 96/13 – odluka US i 103/15)

Zakon o posredovanju u zaopšljavanju i socijalnoj sigurnosti nezaposlenih osoba („Službene novine FBiH“, br. 41/01, 22/05, 9/08)

Zakon o posredovanju u zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti RS („Službeni glasnik RS“, broj 30/10, 102/12 i 94/19)

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta („Službene novine FBiH“, broj 40/10)

Zakon o pravima pacijenata („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 45/13)

Zakon o prekršajima FBiH („Službene novine FBiH“, broj 63/14)

Zakon o transplantaciji organa i tkiva u cilju liječenja FBiH (“Službene novine FBiH”, broj 75/2009 i 95/2017)

Zakon o transplantaciji ljudskih organa RS („Službeni glasnik RS“, broj 14/2010)

Zakon o transplantaciji ljudskih tkiva i ćelija RS („Službeni glasnik RS“, broj 14/2010)

Zakon o upravnim sporovima FBiH („Službene novine FBiH“, broj 11/05)

Zakon o upravnom postupku FBiH („Službene novine Federacije“, broj 2/98 i 48/99)

Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće („Službeni list SRBiH“, broj 29/77 i 12/87)

Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće RS („Službeni glasnik RS“, broj 34/2008)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH („Službene novine FBiH“, broj 46/10 i 75/13)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS („Službeni glasnik RS“, broj 106/09 i 44/15)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 52/2018 – prečišćeni tekst)

Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH („Službene novine FBiH“, br. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 100/14 i 36/18)

Zakon o zdravstvenom osiguranju RS („Službeni glasnik RS“, broj: 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 53/03, 17/08, 1/09, 106/09, 39/16-odluka US, 110/16 i 94/19)

Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“, broj: 1/02, 7/02, 19/07, 2/08 i 34/08)

- *Međunarodni akti*

Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda-
Međunarodni ugovor 6/99

Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, Međunarodni ugovor 13/03

Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića po pitanju primjene biologije i medicine („Službeni glasnik BiH“, broj 11/2007)

Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima

- *Ostalo*

Kodeks medicinske etike i deontologije („Narodne Novine“ broj 55/08)

Odluka o izdvajajanju sredstava u fond solidarnosti F BiH za 2011. godinu, Službene novine F BiH, broj: 88/10

Odluka o procedurama i postupku usklađivanja zakonodavstva BiH sa ACQUIS COMMUNAUTAIRE („Službeni glasnik BiH“, broj 44/03)

Odluka o usvajanju dokumenta aktivnosti za integraciju zdravstvenog sektora BiH u Evropsku uniju („Službeni glasnik BIH“, broj 18/11)

Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji BiH, van teritorije entiteta, odnosno Distrikta Brčko kome osigurana lica pripadaju,(„Službeni glasnik BiH“ br: 30/01) glasnik Brčko distrikta BiH“, broj 38/11,09/13,27/14 i 03/15)

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka Bosne i Hercegovine, Sarajevo

349:614.25(075.8)

STANKOVIĆ, Nedeljko

Osnove zdravstvenog prava / Nedeljko Stanković, Dženeta Hadžić,
Albina Fazlović. - Tuzla : Evropski univerzitet "Kallos", 2019. - 206 str. ;
25 cm

Bibliografija: str. 201-206 ; bibliografske i druge bilješke uz tekst.

ISBN 978-9926-450-16-8

COBISS.BH-ID 28602886
