
PRAVNI ŽIVOT

ČASOPIS ZA PRAVNU TEORIJU I PRAKSU

»Pravni život«, časopis za pravnu teoriju i praksu pojavio se 1952. godine kao zajedničko glasilo udruženja pravnika Srbije i Bosne i Hercegovine, a nešto docnije i Udruženja pravnika Crne Gore.

Pošto su ostala dva udruženja počela izdavati sopstvene časopise, »Pravni život« 1969. godine postaje glasilo Udruženja pravnika Srbije.

Časopis objavljuje teorijska istraživanja i studije iz jugoslovenskog i uporednog prava kao i materijale sa naučnih i stručnih skupova. U njemu se poklanja pažnja svemu onome što se u pravnom životu zbiva. Na njegovim stranama objavljuju se izabrane odluke iz sudske i arbitražne prakse, osvrti i prikazi novih knjiga kao i raznovrsni prilozi iz svakodnevne prakse. Kao glasilo Udruženja pravnika Srbije, časopis prati delatnost pravničke organizacije i o njima obaveštava čitaoce.

Dosadašnji urednici »Pravnog života« bili su: Mihailo Đorđević (1952–1969), dr Živojin Aleksić (1969–1975) i dr Milan Petrović (1975–1980).

Broj 9/2013 / Godina LXII / Knjiga 563

1-796

B e o g r a d

HAJRIJA MUJOVIĆ-ZORNIĆ,
MARKO MILENKOVIĆ

PACIJENTOVA PRAVA KROZ ZAKONODAVNE REFORME

– Primer Nemačke –

U V O D

Nemački sistem zdravstvene zaštite predstavlja jedan od najrazvijenijih u Evropi, ali ujedno i jedan od sistema koji prolaze kroz kontinuirana preispitivanja. U sagledavanju aktuelnih promena izdvaja se više različitih problemskih oblasti, počev od organizacije službi, mehanizama za ostvarenje prava, do samih pravnih konsekvenci uzajamnih odnosa različitih aktera u zdravstvu, koji svi zajedno čine složenu pravnu materiju. Sam sistem zdravstvene zaštite baziran je na solidarnosti i profesionalnoj autonomnosti. Finansiran je iz doprinosa, kroz sistem zdravstvenog osiguranja koga čine pomešana i zakonom ustanovljena javna i privatna osiguranja, čime je praktično pokrivena cela populacija. Za sva osigurana lica postoje benefiti na osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja i ona su fundamentalno ista i predviđena zakonom. Ovo važi za otprilike 89% populacije, dok su preostalih 11% osigurani kroz privatna osiguranja, u kome su prava iz zdravstvene zaštite determinisana na osnovu različitih plaćanja i u skladu sa

Dr Hajrija Mujović-Zornić, naučni savetnik Instituta društvenih nauka u Beogradu.

Mr Marko Milenković, istraživač saradnik Instituta društvenih nauka u Beogradu. Članak istovremeno predstavlja rezultat rada na projektu "Ljudska prava i vrednosti u biomedicini – Demokratizacija odlučivanja u zdravstvu i implementacija" (179023) koji sprovodi Centar za pravna istraživanja IDN a koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

potrebama osiguranih lica. Za razliku od drugih zemalja u Evropi Nemačka ne obezbeđuje svojim građanima zdravstvenu zaštitu isključivo kroz centralizovani sistem kojim rukovodi država, već kroz kompleksnu mrežu javnopravnih tela i veliki broj nezavisnih regionalnih i lokalnih tela.¹

Rasprave o pacijentovim pravima otpočele su još u prošlosti, pod rukovodstvom jednog od istaknutih pravnika K. Geiß-a, bivšeg predsednika Saveznog vrhovnog suda Nemačke, pri čemu je učeće javnosti bilo široko prisutno, počev od predstavnika pacijenata i medicinskih udruženja, javnog i privatnog zdravstvenog osiguranja, pa do humanitarnih organizacija i sekretara za zdravstvo.² Iz tih rasprava je proizašao i prvi dokument *Prava pacijenata u Nemačkoj* u vidu analize, a zatim brošure, kojoj su se vraćali i docniji pravници radeći na temama zakonodavnih promena.³ Zbog toga se ističe da je taj dokument, kao odraz stanja ljudskih prava u oblasti zdravlja, ujedno bio i polazni osnov za dostizanje bolje regulative, pre svega kroz čvršće uspostavljanje poverenja i potpunije saradnje između lekara i pacijenta. On je pozvao sve zainteresovane strane u zdravstvu, naročito lekare, stomatologe, medicinske sestre, tehničare, terapeute i druge zaposlene da potstuju prava pacijenata, kako bi se pomoglo u njihovom ostvarenju.

Danas se, posle decenijski dugog perioda i evoluiranja vladajućih stavova proizašlih iz opsežnog razmatranja prava iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, došlo do toga da je ove godine stupio na snagu *Zakon o unapređenju prava pacijentkinja i pacijenata*.⁴ Usvajanje ovog zakona bio je povod da se na njega obrati posebna pažnja kroz veći broj pravnih tekstova, skupova ali i javnih reagovanja.⁵

PRAVNI ASPEKTI REFORMISANJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Nemačka danas prolazi kroz treći paket zdravstvenih reformi koji zahvata proces zakonodavnih aktivnosti. Dva prethodna paketa reformi odnosila su se na tržište medicinskih proizvoda i na finansiranje, gde je fokus bio stavljen na ugovore između davaoca usluga na tržištu i osiguranja. Zakonodavne reforme, koje

¹ M. HÄRTER/H. MÜLLER/J. DIRMAIER/N. DONNER-BANZHOF/C. BIEBER/W. EICH, "Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice", *Z. Evid.Fortbild. Qual.Gesundh.wesen (ZEFQ)*, 105/2011, str. 263.

² 52. Deutschen Juristentages, Wiesbaden 1978, videti: E DEUTSCH, "Medical Responsibility in Western Europe, Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages 1978, Band 1, Gutachten A, München, 1985, str. 722.

³ M. GRUHL, *Patientenrechte in Deutschland heute*, Beschluß der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999 in Trier, Bremen 1999, str. 1–35.

⁴ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, *Bundesgesetzblatt (BGBl)*, 9/2013.

⁵ 4. Kölner Medizinrechtstag: "Das Patientenrechtegesetz", 30.11.2012, Köln, Deutschland.

su u toku, tiču se organizacionih i strukturalnih pitanja u kontekstu tih usluga, a zatim i široko postavljenog procesa odlučivanja u zdravstvenom sistemu.⁶

Kad je reč o strukturalnim promenama vladajuća koalicija Nemačke nedavno je predstavila zakon čiji su ciljevi: unapređenje pratećih struktura za ambulantno lečenje, decentralizacija donošenja odluka, obezbeđivanje tretmana u različitim oblastima zdravstvenih službi u javnom sektoru, i iznalaženje novih rešenja zdravstvene zaštite.⁷

Zakon o strukturama u zdravstvu prvi je pokušaj da se pružanje usluga reformiše putem analize onoga što ih prati i njihove nejednake raspoređenosti i dostupnosti korisnicima. Zakon teži da uvede adekvatniju distribuciju lekara, bolje strukture za negu pacijenata sa specijalnim potrebama, i podsticaje za razvoj inovacija. Kreiranje novog specijalizovanog sektora u zdravstvu predstavlja korak napred u tome da tretman bude bliži pacijentu, bliži njegovoj kući koliko god je to moguće, bez smetnji u podeli sektora, što može biti najbolje rešenje za posebno pogođene pacijente, na primer one sa ozbiljnim onkološkim dijagnozama, invalide ili one sa retkim bolestima. Predviđeno je da se ovi ciljevi ostvaruju putem različitih mera, uključujući finansijske podsticaje za lekare, transfer nadležnosti za donošenje odluka na regionalni nivo, kao i kreiranje novog sektora za visoko specijalizovane usluge nege. Opozicione stranke i većina zainteresovanih grupacija saglasne su oko ciljeva reformskog paketa, ali se evaluacija zakona razlikuje. Organizacije koje predstavljaju lekare generalno smatraju da je zakonsko rešenje ide u dobrom pravcu, dok opozicione grupe, fondovi za zdravstveno osiguranje, fondovi za određene bolesti, grupe za zaštitu prava pacijenata i većina nemačkih zemaljskih vlada smatraju da zakon ne reguliše na adekvatan način pitanja nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti, kao i pitanja preraspodele različitih sektora zaštite.⁸ Kako komentatori ističu, izgleda da postoji razlog za ovakvu sumnju. Uprkos širokom konsenzusu u vezi sa tim ciljevima, reformski paket ne uspeva da predloži mere koje bi bile odgovarajuće za ostvarenje ciljeva. Neke od predloženih šema za podsticaj su nedovoljno precizne jer dopuštaju da standardi kvaliteta nege u nekim slučajevima budu u drugom planu. Na primer, mehanizmi za regionalnu alokaciju lekara su nepromenjeni uprkos širokom konsenzusu u pogledu njihove neadekvatnosti, a mere za prevazilaženje sektorskih barijera između ambulantne i bolničke nege takođe ostaju slabe. Nove procedure za unošenje inovativnih metoda lečenja u normative o pravima pacijenata ne dostižu međunarodno prepoznate standarde. Na ovaj način prvi korak je preduzet, ali pitanja

⁶ S. OZEGOWSKI/L. SUNDMACHER, "Ensuring access to health care – Germany reforms supply structures to tackle inequalities", *Care Structures Act (CSA)*, *Health Policy*, 106/2012, str. 105-109

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

koja su predmet strukturalnih reformi i dalje ostaju nerešena i deo javnih rasprava.⁹

Kad je reč o promenama u procesu donošenja medicinskih odluka razmatra se posebno uticaj participacije pacijenata u odlučivanju unutar zdravstvenog sistema. Istraživanjem raznih oblika učešća afirmiše se takav način odlučivanja koji se još naziva i odlučivanje *sa deljenjem informacija* ili *zajedničko* odlučivanje.¹⁰ Sledeći dosadašnje promene zakon ima za svrhu da standardizuje sva prava i obaveze u okviru medicinskog tretmana. To uključuje i pravo na odlučivanje uz punu informisanost, što podrazumeva opsežno i razumljivo obaveštavanje pacijenta i donošenje odluke na bazi partnerstva kliničara i pacijenta. Zdravstvena politika takođe podržava participaciju pacijenata i daje finansijsku potporu istraživačkim studijama u kojima zajedništvo u donošenju odluka igra važnu ulogu, kako na makro tako i mikro nivou. Kako autori ističu, uspostavljanje promena u odlučivanju kao rutinske prakse biće važan zadatak i u budućnosti.¹¹ Različite institucije imaju svoju ulogu u tom sistemu, kao što su: Institut za kvalitet i efikasnost u zdravstvenoj zaštiti; Kasa zdravstvenog osiguranja; Organizacije za samopomoć i nezavisne samostalne usluge osiguranja; Agencija za kvalitet u medicini; Nemačka mreža za medicinu zasnovanu na dokazima; tzv. Univerziteti za pacijente¹²; Tela za donošenje Nacionalnih planova za određene bolesti. Učešće pacijenata u donošenju medicinskih odluka na mikro nivou je oblast u kojoj je potreba za razvojem i evaluacijom veoma visoka. Međunarodni naponi za prilagođavanjem i prenošenjem mehanizama odlučivanja ukazuju na racionalne modele da se u tome dalje napreduje. Donošenje odluka u zdravstvu sve se više posmatra kao indikator kvaliteta medicinske nege i statistički se pokriva izveštajima iz bolničke i druge prakse. Postoje različiti aspekti implementacije takvog odlučivanja u Nemačkoj kao i načini za njenu evaluaciju. Ipak, ima i mnogo toga što treba učiniti za dalji razvoj i sprovođenje pristupa učešća u odlučivanja u svakodnevnoj praksi. Na primer, oblast medicinskih istraživanja predstavlja jak podsticaj u ovoj materiji, budući da je krajem 2010. godine usvojen okvirni program za medicinska istraživanja. Njime je Federalno ministarstvo obrazovanja i nauke eksplicitno predvidelo da jedno od šest akcionih oblasti delovanja bude fokusirano na orijentaciju pacijenata, bezbednost pacijenata i uspostavljanja uzajamnog učešća u donošenju medicinskih odluka. Pri sadašnjem stanju stvari, nedovoljno učešće pacijenata u institucijama zdravstva (komisije za veštačenje, komisije za posredovanje, komisije za etiku) jasno je odbijanje da se to dopusti. Legitimnost, selektiv-

⁹ *Ibid.*

¹⁰ HÄRTER/.MÜLLER/DIRMAIER/DONNER-BANZHOF/BIEBER/EICH, *op. cit.*, str. 263–270.

¹¹ *Ibid.*

¹² Die Patientenuniversität ist eine unabhängige Bildungseinrichtung an der Medizinischen Hochschule Hannover, www.patienten-universitaet.de/

nost i reprezentativnost pacijentovih pravozastupnika takođe ostaju nerazjašnjeni jer se stručna kompetentnost i prihvatljivost nekad gube iz vida.¹³

Fokus pravnih analiza i reformi stalno je usmerena i na oblast odgovornosti u medicini koja se vezuje za medicinske greške. Posebnih utuženja zbog pogrešne prakse je sve više u bolničkoj nezi ali i izvan odnosa sa pacijentom. Većina incidenta dešava se u disciplinama hirurgije, traumatologije i ortopedije. Statistika grešaka objavljuje se svake godine od strane Lekarske komore Nemačke. U ukupnom skorbu registrovanih slučajeva za 2011. godinu nađeno je 25,5% predmeta čiji su zahtevi opravdani jer je neopravdano došlo do štete po zdravlje pacijenata.¹⁴ Konstatuje se da su razlozi za porast spornih utuženja mnogostruki, ali da neki uzroci stoje i u samom zdravstvenom sistemu. Na primer, smatra se da promene u zdravstvenoj politici nužno vode ka kontinuiranom ekonomisanju u medicinskoj nezi. Takva racionalizovana i limitirana naplata sve više rezultira činjenicom da terapijska odluka nije isključivo učinjena u korist pacijenta, već da je orjentisana na ekonomski i birokratski aspekt. Time se u širem smislu počinje da menja i samo praktikovanje medicine. Prema uzornim pravilima za postupanje lekara medicinska praksa je slobodna profesija i u principu nespojiva sa sticanjem profita.¹⁵ Ima pojava međutim da zarada čini da profesionalci u zdravstvu sve više poprimaju ulogu biznismena. Nedostatak personala i službi vodi ka prezaposlenosti lekara, drugih nosioca nege i sestara, što isto uvećava mogućnost grešaka. Kvalitet pa čak i odnos poverenja između lekara i pacijenta, koji je važan za uspešnost tretmana, nužno su pogođeni pritiskom u pogledu troškova. Žrtve u ovom kontekstu nisu samo pacijenti već takođe i lekari, koji za sebe smatraju da su u poziciji stalnog konflikta između etičkih zahteva njihove profesije i aktuelnih zahteva realnosti na polju zdravstvene zaštite. Tehnička i naučna unapređenja takođe donose nove rizike u pogledu terapijskog uspeha, gde se posebno od bolnica traže visoki standardi praćenja grešaka po vrstama propusta ili nepravilnosti. Rastuća pravna regulativa ima intenciju da stavi naglasak na kvalitet medicinske nege i širenje pacijentovih prava, premda u teoriji postoje i određena osporavanja u pogledu preterane *juridizacije*.¹⁶ Rad na zakonu o pacijentovim pravima bio je između ostalog jedan od potvrda stava pacijenata da treba da uživaju zaštitu kad koriste zdravstvene usluge. Takav pristup rađa često već unapred prirodni osećaj neverovanja u kvalitet tretmana i traženja pravne verifikacije kad tretman ne

¹³ *Ibid.*

¹⁴ A.WIENKE, "Aufklärung und Behandlungsfehlervorwurf", Das zweite Opfer *Laryngo-Rhino-Otol*, 92/ 2013, str. 1–22.

¹⁵ §§ 1, 3 (Muster-) *Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* - MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

¹⁶ Videti više: H.MUJOVIĆ-ZORNIĆ, "Kodifikacija pacijentovih prava", u: *Pacijentova prava u sistemu zdravstva - Srbija i evropske perspektive*, 2010, Beograd, str. 99–114; H.MUJOVIĆ-ZORNIĆ, "Legislation and patients' rights: Some necessary remarks", *Book of proceedings*, 16th World Congress on Medical Law, 7-11 August 2006, Toulouse, France, str. 87–91.

uspe. Međutim, potpuno perfektan i makar i najmanje greške lišen tretman teško da će se desiti. Već ta činjenica vodi ka obligaciji lekara da učini sve potrebno, kako bi se redukovali rizici tretmana na apsolutni minimum. Rizici koji bi mogli proizaći u odnosu na tretman su različiti i to nije samo izvorni rizik, već i onaj koji nastaje zbog izostanka ili nedovoljnog obaveštavanja, dodatnih komplikacija ili grešaka u radu. Nekad može da utiče i to što lekar ima strah od pravnih posledica ukoliko u komunikaciji i obaveštenju ne obuhvati ono što mu pravna praksa i zakonodavstvo nalažu, bar prema onome što predstavlja zakonski minimum. Pravac ovih i sličnih razmatranja uključeni su u velikoj meri u stručnu raspravu o pravima pacijenata.

PACIJENTOVA PRAVA KAO DEO REFORMSKIH PROCESA

Diskusija o pacijentovim pravima pokazuje u isto vreme emocionalost i racionalnost koje se prepliću u iznošenju argumenata. Ima shvatanja da se ova prava smatraju potpuno novim, hiper-regulatornim, komplikovanim, sputavajućim i nečim što zahteva nove pravne sankcije. Bez obzira na to, do promena u razmišljanjima dolazi jer pored individualnih pacijentovih prava sve više dobijaju na značaju kolektivna pacijentova prava, naročito u pogledu zaštite kvaliteta i sigurnosti lečenja, kao i finansiranja kroz sistem osiguranja. Nemačka važi za državu koja ima u međunarodnim okvirima uporediv i efikasan zdravstveni sistem. Postavljeni važeći standardi prepoznaju se kao veoma visoki. Svako ko je njima izložen kao pacijent u medicinskom tretmanu čini to sa očekivanjima da bude lečen i u svemu poučen o simptomima i posledicama. Razumevanje pacijentovih prava, nasuprot ranijem paternalizmu u toj oblasti, zasnovano je na pristanku punoletnog pacijenta u pogledu tretmana. Ovaj cilj se odražava najpre kroz uređenje tretmana kao građanskopravnog odnosa, kroz institut odgovornosti u medicini, kao i kroz druge odredbe u oblasti javnog zdravstvenog osiguranja. Kompleksnost medicine i varijeteti opcija tretmana zahtevaju dovođenje u istu ravan regulative pacijenata i regulative onih koji leče. Nekad se čini da to nije od suštinskog značaja za *zakonsko* pravo, ali da to jeste za *sudsko* pravo.¹⁷

Dugo vođena rasprava, koja je unazad trajala više od tri decenije, sa donošenjem posebnog zakona koji uređuje poziciju pacijenta dovedena je do uspešnog završetka. Ona je postala tradicija bavljenja pitanjima pacijentovih prava. Ona je otpočela još sedamdesetih godina prošlog veka kada je na velikom nacionalnom skupu pravnika 1978. godine otvoreno pitanje potrebe da se uopšte govori o pravima pacijenata, da li je to u interesu pacijenata i da li je potrebna dopunjujuća pravna regulativa u pogledu ugovornog odnosa i građanskopravne odgovornosti. Ova rasprava je bila okosnica kasnije diskusije oko prava pacijenata. U to vreme se smatralo da bi kodifikacija imala više negativnih strana, budući da za obav-

¹⁷ Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundesrat, Drucksache 312/12, Begründung, str. 9.

ljanje medicinske delatnosti pravna regulativa nema toliki značaj. Pojedini pravni teoretičari smatrali su da nema potrebe da se pored postojećih formulišu nova konstitutivna pacijentova prava.¹⁸ Po njima je najvažnije da opšti propisi budu u službi primene postojećih pacijentovih prava, kao i pacijentove zaštite. Oni ne osporavaju težnju da se postojeća prava, koja suštinski čine punopravni osnov saglasnosti informisanog lica u praksi, podvedu pod zakon. U okviru reformisanja propisa iz obligacionog prava i tada se od vodećih teoretičara (E.Deutsch/M. Geiger) ukazivalo na neophodnost posebnih zakonskih odredbi koje bi odredile pravni odnos povodom medicinske usluge, kao i povrede prava odnosno kršenje obaveza koje iz tog odnosa može proizaći. Praksa je pokazala da nije dovoljno da zakonodavac samo utvrdi i proglasi pacijentova prava, nego da je nužno da o njima upozna pacijente, a u slučaju potrebe i da im pomogne da ta prava ostvare. Pacijent je najčešće pravni i medicinski laik. Usled toga je poslednjih godina dvadesetog veka ideja da se pacijentova prava eksplicitno utvrde našla svoje uporište.

Podvođenje pod pravo odnosa između lekara i pacijenta kroz zakone, pravilnike, druge propise i pravna uputstva predstavljaju deo opšteg razvoja socijalnog prava. Merodavni osnov za podržavljenje odnosa lekara i pacijenta leži u podeli rada i u napretku prirodnih nauka i visoko tehnicizirane medicine same po sebi. Što je taj razvoj veći tako se i sa više razloga postavlja pitanje šta se sme a šta treba činiti. Usklađena aktivnost na tim pitanjima dobila je 1992. godine posebnu definiciju pacijentovih prava u okviru opštepriznatih ljudskih prava je neophodna budući da pacijent stoji u središtu zdravstvenog sistema u jednoj slaboj poziciji zbog čega treba i posebnu zaštitu. Struka pacijentova prava u Nemačkoj sagledava višestruko ali ih treba konsekvantno prevesti u lekarsku svakodnevicu. Način prevođenja mogao bi biti skupljanje pacijentovih prava u jednu deklaratornu povelju, kojom bi se garantovala prava. Pozivanje na pacijentova prava u tom smislu nije pozivanje na to da su stvorena nova konstitutivna prava. Ta prava već uveliko egzistiraju gotovo u svim evropskim zemljama. Međutim, često je to u sudskoj praksi nedovoljno vidljivo i rasuto u različitim pravnim materijama zbog čega je za pacijente nepregledno i teško dostupno. Povelja o pravima pacijenata usvojena je od strane Lekarske komore Nemačke 1999. godine.¹⁹ Kodifikacija pacijentovih prava usmerena je na to da osigura nešto što postoji ali nije uočljiv osnov na polaganje tog prava, za bolje pravno poznavanje kao i razjašnjenje pozicije što je često bio povod za nesuglasice.²⁰ Doneta povelja u praksi međutim nije dobila veći značaj.

¹⁸ K. KUBELLA, *Patientenrechtgesetz*, Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 7, Reihenherausgeber C. KATZENMEIER, Berlin/Heidelberg, 2011, str. 6 i 27.

¹⁹ Bundesärztekammer, www.wernerschell.de/web/99/patientencharta.php

²⁰ www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/projekte/ch.pdf; GRUHL, Patientenrechte in Deutschland heute Beschluß der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen Zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999, Trier Bremen, str. 1–35; E. RAßHOFER, Geschäftsstelle der BAGP, Mittwoch, 19. März 2003, <http://patientenstellen.de>; PRES-

U daljem periodu ušlo se u izradu analize o stanju pacijentovih prava u Nemačkoj. U tom cilju izdata je brošura pod nazivom *Prava pacijenata u Nemačkoj* (2003). Isti dokument je docnije dorađivan i objavljen 2011. godine kao rezultat rada komisije federalne vlade koju su činili ministri pravde i zdravlja i predstavnici pacijenata.²¹ U ovom dokumentu date su smernice ključnih tačaka budućeg zakona. Analitički pristup je poslužio za dalje rezultate u pravnom razmatranju. Naglašava se da svako lečenje, nega, rehabilitacija, pa i prevencija treba da obrate pažnju na dostojanstvo i integritet pacijenta, njegovo samoodređenje i pravo na privatnost. Pacijent i lekar imaju za zajednički cilj sprečavanje bolesti, izlečenje ili ublažavanje tegoba. Uvažavanje osnovnih prava i obaveza deo je tretmana. Pored razjašnjenja od strane lekara o prirodi, obimu i opsegu mera i pratećih zdravstvenih rizika, pacijent dobija informacije koje će mu pomoći kod odluke o neophodnom medicinskom tretmanu. U isto vreme, ovaj dokument je služio lekarima i pripadnicima drugih zdravstvenih profesija kao vodič u svakodnevnom radu. Povećanje transparentnosti u zdravstvu dobija široku podršku jer stvara bolje uslove za ispunjenje organizacionih, kadrovskih i stručnih standarda.

Međutim, i ovaj tekst je u to vreme pratila sudska praksa koja nije bila dovoljno sistematizovana po pitanju ugovora o lečenju i odgovornosti u medicini. Modifikovanoj brošuri nedostajali su određujući elementi koji su pravno obvezujući i to je bio razlog da se nastavi rad na razvoju dalje pravne regulative. Savezna vlada je u koaliciji 2009. godine donela odluku da treba raditi na izradi zakona, a on je ušao u parlamentarnu proceduru septembra 2012. godine. Sa ovim projektom vlade nacrt zakona je konceptualizovao i dao u pojedinostima prava i obaveze vezane za ugovor o medicinskom tretmanu. U prošlosti su to bili ad hoc amandmani, dok se sada u taj zadatak ušlo ozbiljnije, što nije samo spisak prava i obaveza. Prepoznat je problem da su aktuelna pacijentova prava neuočljiva i rasuta u velikom broju propisa iz različitih pravnih područja. Relevantna pitanja lečenja i lekarske dužnosti nisu prisutne u jednom zakonu, a s druge strane, sudska praksa je bitno unapredila ovu oblast i uticala na donošenje propisa. Za sve one koji su uključeni u zdravstvo, a posebno pacijente često je teško da prepoznaju neko pravo ili da ga ostvare. Složenost medicine i raznolikost lečenja zahtevaju odgovarajući zakonski okvir. Kroz statističku obradu sve složenijih medicinskih

SEMITEILUNG, Bundesarbeitsgemeinschaft der patientinnenstellen, Patientenrechte gestärkt? Als Beteiligte der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland“ des BMG/BMJ relativieren wir die Aussagekraft der heute der Öffentlichkeit präsentierten Informationsbroschüre: Patientenrechte in Deutschland, Mittwoch, 19. März 2003.

²¹ K.GEIB *Patientenrechte in Deutschland*, Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter der Leitung des Präsidenten des Bundesgerichtshofes a. D. Dr. h. c., 2. Auflage, Juli 2004; K.USENHEIMER, „Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Stärkung der Patientenrechte“, Vortrag beim 28. Deutschen Krankenhaus-tag, 16. November 2005 in Düsseldorf; Patientenrechte gestärkt? Informationsbroschüre: *Patientenrechte in Deutschland*, http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Grundlagenpapier_Patientenrechte.html.

procedura rizici i greške u sistemu mogu da se u velikoj meri izbeći i time doprijeti da se zaštita pacijenta učini optimalnom. Ispravno je shvatiti da se pacijentova zaštita ne zasniva više na paternalizmu, već je orijentisana na principima odgovornosti. To zahteva unošenje pravne sigurnosti u već postojeća opsežna prava pacijenata koja treba da su transparentna, pouzdana i uravnotežena, i takva da otklanjaju probleme u praksi njihovog sprovođenja.

Zakonsko uređenje ima za cilj da unapredi prava pacijenta, ustanovi pravnu sigurnost i u isto vreme uspostavi balans interesa na strani pacijenata i davaoca usluga, kao i drugih nosioca zdravstvene zaštite. Reformisani propisi odnose se na sledeće: kodifikacija ugovora o lečenju (tretmanu) i medicinskih obaveza u građanskom pravu; promocija kulture percepcije grešaka i njihove prevencije; razvoj procesnih prava u vezi sa medicinskim greškama, jačanje prava davaoca usluga; unapređenje uključenosti pacijenata; - osnaživanje alternativnih informacija.²² Bez ove analize postoji opasnost da zbog nedostatka transparentnosti svaka pravna procedura u slučaju ostvarenja ili zaštite tih prava bude neuspešna. Sada se obogaćuju individualne odluke i specijalni pravni režimi. Većina prava je preuzeta iz sudske prakse i zato se govori da to predstavlja *status quo* za prava, jer u praksi već postoji obilje pojedinačnih sudskih odluka.²³ Ipak, pokazalo se kao neophodno razvrstavanje, strukturisanje i objašnjenje prava, a takođe i stvaranje transparentnosti za pacijente, što je pitanje jednog jasnog pravnog pogleda jer je pre toga 80–90% prava, bilo izvesno poznato, ali neartikulisano i ponekad kontradiktorno.

KODIFIKACIJA U OKVIRU GRAĐANSKOPRAVNE I SRODNE MATERIJE

Rasprava o posebnoj vrsti legislative nametnula je i pitanja kako zakonodavni rad i u opšte regulativa mogu biti u funkciji boljeg definisanja, poštovanja, zaštite i efektivnosti tih prava. Pravno diferenciranje odnosa lekara i pacijenta kroz zakone, pravilnike, druge propise i sudske izvore prava sastavni su deo zajedničkog razvoja prava o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju.²⁴ Drugo važno pitanje je kako sistematizovati rasuta pacijentova prava, kako ih dobro prepoznati i uobličiti. Pojedina prava se neretko vezuju za konkretne medicinske procedure, odnosno medicinski standard, koji je kao takav promenljiva kategorija. Pravila koji se tiču medicinskog staleža (kodeksi, strukovni vodiči, uputstva)

²² Deutscher Bundestag, 17 Wahlperiode, *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*, Gesetzentwurf der Bundesregierung, 17/10488 od 15.8.2012, str. 1.

²³ L. THOLE, "Das Patientenrechtegesetz – Ziele der Politik", *MedR* 31/2013, str. 145–149.

²⁴ H. HANIK, "Patientencharta", *Medizinrecht*, 4/1999, str. 149–161; G. SCHNEIDER, "Patientenrechte", *Medizinrecht*, 11/2000, str. 497–504; E. STEFFEN, "Mehr Schutz für die Patientenrechte durch ein Patienten-Schutzgesetz oder eine Patienten-Charta?", *Medizinrecht*, 4/2002, str. 190–192.

ne predstavljaju pravo u izvornom smislu, nego *pravila* zaštićena pravom, bilo putem sudskih odluka bilo unošenjem u okviru određenih zakonskih normi.

Sama priroda pacijentovih prava ima svoje izvorište u građanskom pravu. Utvrđivanje nekog pacijentovog prava po pravilu polazi od mesta pojedinačnog prava i sa aspekta pravila posebne regulative. Ipak kad se govori o prirodi tog prava postavlja se paralela sa ličnim pravima svakog pojedinca koja bi i tu trebalo da budu prepoznata. To bi bilo jedno posebno lično pravo. Od strane pojedinih teoretičara govori se o mogućnosti formulisanja pacijentovih prava kao posebnih ličnih prava i povlačenja paralele sa nekim drugim pravima kao što su, na primer, autorska prava. Sa ostvarenjem određenog činjeničnog stanja i protivpravnošću, stižu se uslovi za građanskopravnu zaštitu ovog prava. Lično pravo pacijenta prožima odnos lekara i pacijenta, ono oblikuje ugovorni odnos i suštinski otvara opcije za pacijenta. Smatra se da bi procesom kodifikacije takvo pacijentovo lično pravo moglo dobiti karakter jedinstvenog, jednoobraznog prava. Ipak, treba uzeti u obzir da u sabranim aktima ne bi bila sadržana samo prava, već i deo druge regulative o dužnostima. Zaključak teorije jeste da danas još uvek postoji vladavina opštih prava koja poprimaju različite oblike, te ne postoji još uvek neko izdvojeno pacijentovo lično pravo. Nije reč istinski o nekom posebnom *pacijentovom ličnom pravu*, već pre o *opštem ličnom pravu pacijenta* u punom značenju.²⁵

Zakonodavstvo u ovoj materiji pokazuje i da su najnovije promene inkorporirane u Nemački građanski zakon (BGB, §630 - §630h). Njima se u okviru posebnog dela daje suštinska odrednica ugovornom odnosu praktičara i pacijenta u pogledu pripadajućem setu prava i dužnosti. U okviru teksta naslova - *Ugovor o usluzi i slični ugovori* uvodi se novi podnaslov - *Ugovor o lečenju (medicinskom tretmanu)*. Donete promene zakona nalažu da ugovor o lečenju treba da bude sistematičan i koherentan iz ugla saglasnosti o usluzi, da praktičar ima obavezu iz medicinskog tretmana, a da zauzvrat dobija ugovorenu naknadu.²⁶ Došlo se do toga da se postizanje zacrtanih reformskih ciljeva većinom pravno uobličilo kroz građansku kodifikaciju, pre svega zbog pojašnjenja usluge lečenja ili neke druge medicinske mere u cilju zaštite zdravlja. Određene promene unete su takođe u delove zakona o zdravstvenom osiguranju i u vezi propisa o finansiranju bolnica.

NEMAČKI ZAKON O PRAVIMA PACIJENATA

Zakon o unapređenju prava pacijentkinja i pacijenata stupio je na snagu 20.2.2013. godine.²⁷ U nizu pitanja koja su njime obuhvaćena izdvajaju se ugovor

²⁵ E. DEUTSCH, "Das Persönlichkeitsrecht des Patienten", *Archiv für die civilistische Praxis*, 3/1992, str. 161-181.

²⁶ THOLE, *op. cit.*, str. 148.

²⁷ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, *Bundesgesetzblatt* (BGBl), 9/2013; videti više: Global Legal Monitor: Germany: Patients' Rights, 25.5.2013, http://www.loc.gov/lawweb/servlet/llocnews?disp3_1205403569_text F.U. MONTGOMERY/D. BRAUER/

o tretmanu, obaveštavanje pacijenta (o lečenju, o rizicima, o grešci i o ekonomskim uslovima), pristanak pacijenta (informed consent), dokumentacija i uvid, teret dokazivanja i plaćanje osiguranih usluga.

Usvojene odredbe donose se kao izmene i dopune Nemačkog građanskog zakona, gde se kod ugovora o usluzi uređuje poseban deo koji se tiče ugovora o lečenju i sličnih ugovora. Zakon je kreirao ugovor o lečenju (tretmanu) kao poseban, imenovan ugovor koji sada po zakonu uređuje svaki odnos između onoga ko sprovodi medicinski tretman i pacijenta. Iako je Zakon prevashodno usmeren na lekare, on obuhvata i druge pripadnike zdravstvenih profesija.²⁸ Prema ugovoru o lečenju onaj koji ugovorom obećava medicinski tretman pacijentu (lekar/onaj koji postupa) dužan je da obećano lečenje izvrši, a druga strana (pacijent) dužna je da pruži ugovorenu naknadu za to, osim ukoliko na plaćanje nije obavezan neko treći. Zahteva se da tretman sledi opštepriznate medicinske standarde, osim ukoliko se pacijent i lekar nisu dogovorili o drugačijem toku stvari.²⁹

Na odnos iz lečenja primenjuju se pravila ugovora o pružanju usluge bez obzira na radni odnos osim ako zakonom nije drugačije uređeno. Pridodate su nove i detaljne odredbe u okviru Nemačkog građanskog zakona koje uređuju prava i obaveze onoga koja leči i pacijenta povodom pitanja kao što su medicinski pristanak, otkrivanje podataka, čuvanje podataka, kao i teret dokazivanja u slučaju da se podnosi tužba za naknadu štete u vezi sa tretmanom.³⁰ Mnoga od prava pacijenata koje donosi zakon već su bila razvijena kroz sudsku praksu i neobavezujuće smernice, ali se ipak smatra da će njihova kodifikacija olakšati pacijentima da poznaju svoja prava.³¹

Lekar i pacijent treba da sarađuju u sprovođenju lečenja. Onaj ko lečenje obavlja dužan je da pacijentu na početku lečenja, a ako je potrebno i u toku lečenja, na razumljiv način objasni sve okolnosti bitne za lečenje, naročito dijagnozu, verovatan tok zdravstvenog stanja, terapiju i mere koje u cilju terapije i posle nje treba preduzeti. Ako su onom ko lečenje obavlja dovoljno poznate okolnosti koje opravdavaju pretpostavku greške u lečenju, on je dužan da o tome informi-

M. HÜBNER/A. SEEBOHM, "Das Patientenrechtegesetz aus Sicht der Ärzteschaft", *MedR*, 31/2013, str. 149–153; D.HART, "Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz", *MedR*, 31/2013, str. 159–165; P.THURN, "Das Patientenrechtegesetz – Sicht der Rechtsprechung", *MedR*, 31/2013, str.153–157; FORUM July 2011, "Für ein Patientenrechtegesetz", Volume 26, Issue 4, str. 26–31, <http://link.springer.com/article/10.1007/s12312-011-0647-x>; The Library of Congress, Law Library of Congress, News & Events, Global Legal Monitor, Germany: Patients' Rights: http://www.loc.gov/lawweb/servlet/lloc_news?disp3_l205403569_text (Apr 23, 2013).

²⁸ C.KATZENMEIER, "Der Behandlungsvertrag – Neuer Vertragsatypus im BGB", *Neue Juristische Wochenschrift*, 817/2013.

²⁹ § 630a, 2 BGB.

³⁰ § 630a–630h, Bürgerliches Gesetzbuch, inoviran 2002, BGBl I at 42.

³¹ D.HART, "Patientenrecht nach dem Patientenrechtegesetz", *Medizinrecht*, 159/2013; Press Release, Bundesministerium der Justiz, Patientenrechtsgesetz passiert den Bundesrat, Feb. 1, 2013.

še pacijenta, ako mu ovaj postavi odgovarajuće pitanje ili ako je obavještenje potrebno radi otklanjanja opasnosti po zdravlje. Odredbom o obavještanju rešava se dosada sporno pitanje, da li lekar treba da obavesti pacijenta o greškama koje je počinio tokom lečenja.³² Zakon nalaže da je lekar dužan da saopšti pacijentu grešku nastalu u tretmanu, ako je bio u mogućnosti da je prepozna.³³ Ova informacija treba da pruži kad postoji zahtev pacijenta o tome ili kad je neophodno da se spreče dalje štetne posledice greške. Ova informacija može da se predoči u krivičnom postupku, ali samo uz pristanak lekara, dok je njeno korišćenje u parnici slobodno. Restrikcije u pogledu krivičnog gonjenja korespondiraju s tim da niko nije dužan da se samoinkriminiše, što izričito predviđa Nemački zakon o krivičnom postupku.³⁴ Iako ne predstavlja ustavni princip, ova privilegija je ukorenjena u nemačkom pravu, i ima osnove u maksimi rimskog prava *nemo tenetur se ipsum accusare* (niko nije obavezan da optuži sam sebe).³⁵

Ako onaj koji obavlja lečenje sazna da od strane nekog trećeg nije obezbeđeno potpuno preuzimanje troškova lečenja ili ako to dovoljno proističe iz okolnosti, dužan je da pre početka lečenja informiše pacijenta o verovatnim troškovima lečenja. Informisanje pacijenta nije potrebno ukoliko je to izuzetno, na osnovu posebnih okolnosti, nepotrebno, naročito ako je lečenje neodložno ili ako se pacijent izričito odrekao informacije.³⁶ Za sve vidove obavještanja važe zahtevi o formi sadržani u drugim propisima.

Pre sprovođenja medicinske mere, posebno zahvata u telo i zdravlje, lekar je dužan da pribavi pristanak pacijenta. Ako je pacijent nesposoban da pristane, treba pribaviti pristanak onoga ko je za to ovlašćen (*zamenjujuća* volja), ukoliko pacijentovo raspolaganje nije zabranjeno ili mera nije dopuštena. Važe zahtevi za pristanak sadržani u drugim propisima. Ako se pristanak na neodložnu meru ne može blagovremeno pribaviti, ona se može sprovesti bez pristanka ukoliko odgovara *pretpostavljenoj* volji pacijenta. Za delotvornost pristanka pretpostavlja se da je pacijent ili onaj ko je ovlašćen da pristane prethodno obavješten prema merilima sadržanim u odredbi o obavještanju. Pristanak se može neformalno opozvati u svako vreme i bez navođenja razloga.³⁷

³² D. OLZEN/A. METZMACHER, "Erste Überlegungen zum Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz", *Juristische Rundschau*, 2012, str. 271.

³³ § 630a, 2 BGB.

³⁴ Strafprozessordnung (StPO), prečišćen tekst Apr. 7, 1987, BGBl I at 1074; 04.07.2013, BGBl. I S. 2182.

³⁵ L.MAYER-GOSSNER/J.CIERNIAK, Strafprozessordnung, Munich, 2010, § 136 Abs. 1 Satz 2 StPO.

³⁶ § 630c BGB.

³⁷ § 630d BGB.

Lekar je dužan da pacijenta obavesti o svim okolnostima koje su bitne za pristanak.³⁸ Ovde se ubrajaju naročito vrsta, opseg, sprovođenje i očekivane posledice i rizici mera, kao i njihova nužnost, hitnost, podesnost ili izgledi na uspeh s obzirom na dijagnozu i terapiju. Prilikom obaveštenja treba ukazati i na alternative za meru, ukoliko više medicinski jednako indikovanih i uobičajenih metoda mogu voditi bitno različitim opterećenjima, rizicima ili šansama za izlečenje. Obaveštenje treba da bude dato u skladu sa zakonom kako u pogledu sadržine tako i forme. Obaveštenje treba da saopšti sam lekar ili lice koje raspolaze obrazovanjem potrebnim za sprovođenje predložene mere. Kao dopuna može se uzeti u obzir forma isprave koja je uručena pacijentu. Obaveštenje treba da bude blagovremeno tako da pacijent svoju odluku o pristanku može da donese promišljeno. Obaveštenje treba da bude razumljivo za pacijenta. Postoji dužnost da se pacijentu uruče prepisi dokumenata koja je on u vezi sa obaveštenjem i pristankom potpisao. Obaveštenje pacijenta nije potrebno ako je to na osnovu posebnih okolnosti suvišno, posebno ako je mera neodložna, ili ako se pacijent izričito odrekao obaveštenja. Ako treba pribaviti pristanak ovlašćenog lica on takođe treba da bude obavešten po zakonu. Bitne okolnosti treba objasniti i pacijentu srazmerno njegovom razumevanju ako je on na osnovu stanja razvijenosti i mogućnosti razumevanja sposoban da objašnjenje shvati i ukoliko se to ne protivi njegovoj dobrobiti.

U cilju potvrđivanja ispravama lekar je dužan da u neposrednoj vremenskoj vezi sa lečenjem vodi pacijentovu dokumentaciju u papirnoj ili u elektronskoj formi. Ispravke i promene zabeleški u pacijentovoj dokumentaciji dopuštene su samo ako pored prvobitne sadržine ostaje saznatljivo kad su one preduzete. Ovo treba da se osigura i za pacijentovu dokumentaciju koja se vodi elektronski. Lekar je dužan da u pacijentovu dokumentaciju zavede sve mere koje su sa stručnog stanovišta bitne za sadašnje i buduće lečenje i njihove rezultate, naročito anamnezu, dijagnozu, ispitivanja, rezultate ispitivanja, nalaze, terapije i njihova dejstva, zahvate i njihova dejstva, pristanke i obaveštenja i lekarska pisma (izveštaje, potvrde). Lekar je dužan da pacijentovu dokumentaciju čuva u trajanju od deset godina po okončanju lečenja, ukoliko drugim propisima nisu određeni drugi rokovi čuvanja.³⁹

Pacijentu na njegov zahtev treba dopustiti uvid u sva dokumenta koja se njega tiču, ukoliko uvid nije protivan terapijskim razlozima ili drugim pravilima trećih lica koja su od značaja. Odbijanje uvida treba da se obrazloži. Pacijent može da zahteva i elektronski potpis svoje dokumentacije. On je dužan da lekaru u tom slučaju nadoknadi odgovarajuće troškove. U slučaju smrti pacijenta ova prava pripadaju njegovim naslednicima radi čvanja njihovih imovinskih interesa. Isto važi i za najbliže srodnike pacijenta ukoliko oni ističu svoje nematerijal-

³⁸ § 630e, 1-5 BGB.

³⁹ § 630f BGB.

ne interese. Ova prava su isključena ako je uvid protivan izričitoj ili pretpostavljenoj volji pacijenta.

Posebna odredba posvećena je teretu dokazivanja kod odgovornosti zbog grešaka u lečenju i obaveštavanju. Greške u lečenju nisu definisane zakonom, ali prema tumačenju komentatora, treba smatrati da do njih dolazi kad lekar odstupa od propisanih medicinskih standarda.⁴⁰ Greška lekara se pretpostavlja ako se ostvari opšti rizik lečenja koji je za lekara bio potpuno savladiv i koji je vodio ka povredi pacijentovog života, tela ili zdravlja. Važno pitanje koje je već razrešeno kroz sudsku praksu je pitanje podele tereta dokazivanja u slučajevima lekarske greške. Ova norma se interpretira kao ostajanje pri osnovnom principu kompenzacije prilikom povrede u ugovornih odnosa, prema kojoj oštećeni treba da dokaže štetu, povredu ugovorne obaveze (radnju kojom je naneta šteta), kao i kauzalnu vezu između prethodna dva.⁴¹ Ipak, u onim slučajevima kada u tretmanu dođe do greške ovaj teret dokazivanja se menja putem različitih pretpostavki. Tako se greška u tretmanu pretpostavlja kada dođe do povrede koja korespondira poznatom riziku koji je sastavni deo tretmana, koji je doktor trebao da bude u mogućnosti da kontroliše. Takođe, pretpostavlja se da je lekar odgovoran za grešku ako nije zabeležio tok postupka odnosno ako nije vodio evidenciju. Kauzalitet se pretpostavlja ako je lekar izveo proceduru za koju nije bio licenciran ili ako je učinio ozbiljnu grešku u tretmanu koja je mogla izazvati povredu o kojoj je reč.⁴² Lekar treba da dokaže da je pribavio pristanak u skladu sa zakonom i da je obaveštenje dao saobrazno zahtevima. Ako obaveštenje ne zadovoljava zahteve iz zakona, lekar se može pozvati na to da bi pacijent pristao na meru i u slučaju da je uredno obavešten. Ako lekar medicinski potrebnu bitnu meru i njen rezultat nije ubeležio u pacijentovu dokumentaciju ili ako dokumentaciju nije sačuvao, pretpostavlja se da on te mere nije ni preduzeo. Ako lekar nije bio sposoban za lečenje koje je sproveo pretpostavlja se da je nedostajuća sposobnost bila uzrok za nastupanje povrede života tela ili zdravlja. Ako postoji gruba greška u lečenju i ako je ona načelno podesna da izazove povredu života, tela ili zdravlja one vrste koja je stvarno nastala, pretpostavlja se da je ta greška u lečenju bila uzrok za tu povredu. To važi i onda kad je lekar propustio da medicinski potreban nalaz blagovremeno pribavi ili da ga osigura, ukoliko bi nalaz sa dovoljnom verovatnoćom pokazao rezultat koji bi dao povoda za dalje mere i ako bi propuštanje takvih mera bilo krajnje pogrešno (gruba greška).⁴³

Pored stvaranja okvira građanskopravnih normi za lekare i pacijente, prava pacijenata su u svemu zakonom osnažena. Na primer, udruženja za prava pacijenata su dobila brojna prava kako bi se njihov stav čuo prilikom donošenja odlu-

⁴⁰ Gesetzenwurf der Bundesregierung, *op.cit.*, str.13; THURN, *op. cit.*, str. 155–156.

⁴¹ § 280 BGB.

⁴² § 630h BGB.

⁴³ *Ibid.*

ka koje se odnose na zdravstvenu politiku, a zakon proširuje i prava iz obaveznog osiguranja u koje je uključeno 90% nemačke populacije. Konkretno, sada se zahteva da osiguravači donesu odluku o zatraženom tretmanu u okviru propisanog roka, koji u zavisnosti od vrste tretmana, iznosi između tri i šest nedelja. Boleznička kasa kao nosilac osiguranja za slučaj bolesti treba o predlogu za uslugu da odluči odmah, a najkasnije u roku od tri nedelje po prispeću zahteva.⁴⁴ U slučajevima u kojima je zatraženo stručno stanovište posebne medicinske službe, taj rok iznosi šest nedelja. Ako Bolesnička kasa smatra da je potrebno dodatno stručno mišljenje, dužna je da ga neodložno zatraži i da ovlašćenog na tu uslugu o tome obavesti. Medicinska služba donosi stručno mišljenje u roku od tri nedelje. Ukoliko obrazložena odluka nije doneta u okviru propisanog roka, pacijent ima pravo da obavi tretman, za koji se onda račun dostavlja osiguravaču.⁴⁵

Tekst zakona nije naišao na ozbiljnije kritike, a kao pozitivne strane ističe se sledeće: 1) sa usvojenim zakonom tridesetogodišnja rasprava o pravima pacijenata dovedena je do uspešnog završetka; 2) težište prava pacijenata prebačeno je sa polja sudske prakse na polje zakonske regulative, koja je postala bliža ne samo pacijentima, nego i pravnim stručnjacima jer su brojna prava postala diferencirana, strukturisana i pojašnjena; 3) nove odredbe Građanskog zakona uspele su po pitanju odgovornosti da sumiraju brojne komentare, stavove teorije i biltene prakse i svedu ih u jedan niz pravila, što ujedno povećava transparentnost između lekara i pacijenata, smanjuje nerazumevanje i uspostavlja odnos poverenja na novoj osnovi; zakonsko uređenje tadođe daje novi kvalitet odgovornosti, jer se zaštitna i preventivna funkcija više ne dovode u pitanje; 4) otklonjeni su strahovi da će se donošenjem zakona pacijentova prava „zacementirati” i time zadržati *status quo*, budući da se datom kodifikacijom odnos između profesionalaca i pacijenata više ne odvija u pravnom vakumu; 5) dobra strana zakona jeste i politika koja ne sledi pozivanje na dokazne olakšice, već uvodi opšte pravilo obrtanja tereta dokazivanja u izbalansiranom odnosu lekara i pacijenta; 6) zakon predstavlja važan korak dalje u radu na zdravstvenom zakonodavstvu po različitim pitanjima medicinskog prava.⁴⁶

ZAKLJUČAK

Kad su u pitanju pravne institucije i garantovana ljudska prava u Nemačkoj, preovladao je stav da je, i pored zavidno razvijenog pravnog poretka i bogate sud-

⁴⁴ § 13, Socialgesetzbuch, Fünften Buch (SGB V); videti: T.KLEBB, „Entwicklungen bei der Arzthaftpflicht versicherung”, *MedR*, 31/2013, str. 158.

⁴⁵ § 2 (1), Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, *op. cit.*

⁴⁶ THOLE, *op. cit.*, str. 149.

ske prakse, potrebno da se usvoji i poseban zakon o pravima pacijenata vezano za različita pitanja njihove zdravstvene zaštite.

Usvojeni zakon obuhvata pacijentova prava u okviru jedne celine i suštinski pokriva donekle različitu pravnu materiju. Dosadašnje regulisanje putem opštih pravnih pravila postalo je u praksi nedovoljno jasno i nesigurno. U stanju fragmentisane regulative i često u nedostatku političke volje za implementacijom teorijski garantovanih individualnih prava došlo je u znatnoj meri do diskrepance između normativizma i normalnosti. Zbog toga se imalo u vidu da sadržaj zakona treba da obuhvati vladajuće pravne principe, ljudskog dostojanstva, kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite, informisanja i autonomnosti, dokumentacije, ali i racionalne i bezbedne organizacije, kao i prava na učešće u donošenju odluka o lečenju i zdravstvenom sistemu. Dodatna regulativa o medicinskoj pogrešnoj praksi i odgovornosti za štete po ljudsko telo i zdravlje takođe je jednim delom obuhvaćena ovim zakonom.

Usvojeni zakon daje doprinos punoj saradnji između pripadnika zdravstvenih profesija, pre svega lekara, i pacijenata. Ističe se da potrebno poverenje među njima nastaje tek kad sve strane poznaju sopstvena prava i obaveze. Obaveštavanje o postojećim pravima i obavezama predstavlja deo lečenja i na to se takođe poziva u slučajevima neodgovarajućeg ili pogrešnog tretmana. Sâmo informisani pacijent može da se aktivno uključi u lečenje, da donosi odluke i preuzima odgovornost, i sâmo lekar koji poznaje prava i obaveze moćiće najbolje da pruži pomoć pacijentu.

Usvojeni zakon učvršćuje i pojašnjava elemente odgovornosti za štetne posledice nastale obavljanjem medicinske delatnosti i daje doprinos boljem razumevanju opštih pitanja kršenja obaveze dužnog postupanja, uzročne veze i dokazivanja u građanskopravnoj odgovornosti.

Sa stanovišta uporednog prava nemački zakon stao je uz druge zakone o pravima pacijenata koji su usvojeni u ranijem periodu. On može poslužiti kao uzor drugim zakonodavcima, posebno ako se ima u vidu da predstavlja najnoviji primer opštih nastojanja na međunarodnom i evropskom planu da se prava vezana za ljudsko zdravlje unaprede i neizostavno štite saglasno visoko postavljenim standardima i sa medicinske i sa pravne strane. Uporednopravni aspekt može biti od značaja za pravo Srbije i činjenicu da se, doduše sa manje ozbiljnosti, prišlo pitanjima kodifikacije tih prava, a čiji je rezultat takođe bio nedavno usvajanje Zakona o pravima pacijenata, izglasanog u Skupstini Republike Srbije.⁴⁷

⁴⁷ Zakon o pravima pacijenata, 22.5.2013, *Sl. glasnik Republike Srbije*, 45/2013.

HAJRIJA MUJOVIĆ-ZORNIĆ, Ph.D.,
Senior Fellow Institute of Social Sciences Belgrade
MARKO MILENKOVIĆ, MA, LL.M.,
Research Assistant Institute of Social Sciences Belgrade

PATIENT'S RIGHTS AND LEGAL REFORMS
– Case study of Germany –

Summary

Despite advanced legal system and developed case law concerning institutions and mechanism for protection of patients' rights in Germany, and after a fruitful debate regarding the need for the codification, the standpoint that it was necessary to adopt a special law on patients' rights has prevailed. Germany promulgated a *Law on Improvement of Patients' Rights* (2013), by inserting detailed new provisions into the German Civil Code (BGB). This Law is a part of wider legislative reform package introduced in German healthcare system over the previous years. Although the law is primarily aimed at physicians, its scope encompasses also other health care professionals involved in provision of healthcare services. The Act creates the medical treatment contract, governing every relationship between a person administering medical treatment and the patient. The adopted law also puts patients' rights within a wider context, substantially covering somewhat differentiated legal spectrum. Patients' rights were prior to the adoption of the law scattered across the range of legal instruments, causing a challenge for patients without medical and legal knowledge to use guaranteed rights and instruments for protection effectively. The previous regulation by the general rules of civil law has thus become in practice insufficiently clear and uncertain. In such a state of fragmented regulation of guaranteed individual rights there is a considerable degree of discrepancy between normative and practical realms. Regulation of medical malpractice and responsibility for damage to the human body and health also is partially covered by this law. In regulating the area, it is of utmost importance for a law to include governing legal principles, address human dignity, quality and safety of health care, information and autonomy, documentation, and rational and safe organization as well as the right to participate in decisions about treatment and healthcare system. From the perspective of comparative law, the German law now stands among the number of legal acts on patients' rights of that have been adopted in numerous jurisdictions over the previous period. It can also serve as a model for other legislators, especially taking into account that it represents the latest examples reflecting general efforts at international and European level to improve protection of rights relating to human health through high standards of medical care and legal protection. It can also be of importance for the Serbian legislators, given the fact that codification of these rights also resulted in adoption of the Law on Patients' Rights, but with a high level of dissatisfaction among stakeholders.