**ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ И НЕСАВЕСНО ЛЕЧЕЊЕ ПАЦИЈЕНАТА – КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА, ИСКУСТВА, ИЗАЗОВИ И РЕФОРМЕ У ЈАПАНУ И СРБИЈИ**

**Валентина Опанчина1**,2

1. Правни факултет, Универзитет у Крагујевцу
2. Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу

Koреспондирајући аутор:

др Валентина Опанчина

Александра Висоцког 14, 34000 Крагујевац

062363770

opancina.valentina@gmail.com

# ***Сажетак***

*Основни циљ медицине јесте заштита живота и здравља, односно побољшање квалитета живота и продужавање његовог трајања, а све у складу са савременим медицинским стандардима. Са повећањем броја медицинских процедура, повећава се и ризик услед лечења. На тај ризик утичу и медицинске процедуре и терапеутици али и стручне грешке здравствених радника. Многе анализе потврђују да је јапански систем здравствене заштите првокласан, приступачан и омогућава продужење очекиваног животног века становника. Управо тај показатељ, уз унапређење квалитета живота, треба да буде узор и осталим здравственим системима јер је то циљ сваког здравственог система па и појединачно, сваког становника на глобалном нивоу.*

*Упоредном анализом Закона о здравственој заштити Јапана и Србије, дошло се до закључка да постоје велике сличности система али и разлике попут специфичног система здравственог осигурања у Јапану као и функције изабраног лекара. Захваљујући сличностима система, било је могуће упоредити и појмове лекарске грешке одн.несавесног лечења пацијената у Србији и Јапану. У Србији, правници лекарску грешку представљају као пропуст лекара који својим чињењем или нечињењем повређује дужност поштовања стручних лекарских стандарда, док се у Јапану чешће користи термин несавесно лечење пацијената.* *Постоји неколико облика одговорности којој лекари у Србији могу бити изложени услед стручних грешака. То су: дисциплинска одговорност, сталешка одговорност, грађанска одговорност, кривична одговорност и прекршајна одговорност. До данашњег дана, у Републици Србији се лекарска делатност дефинише различитим законима и подзаконским актима, за разлику од околних земаља у којима постоји Закон о лекарској делатности. Овакав закон је неопходан, како би се регулисала питања која се тичу и лекара и пацијената, односно грађана Србије и њеног здравственог система. Један од највећих проблема у пракси јесте непостојање обавезујућих протокола лечења у клиничкој пракси као и непостојање обавезе осигурања лекара од професионалне одговорности. Искуства из Јапана и реформа спроведена у области медицине могу бити од велике користи Србији, њеним лекарима, правницима као и српском Министарству здравља. Реакција јапанског Министарства здравља на скандал из 2000. године и низ акција које су покренуте након тога показују на пут којим треба ићи приликом решавања пороблема. Оснивање Модел Пројекта и транспарентност његових резултата су допринели уанпређењу услова у медицинској заједници и жељи здравствених радника за едукацију и спречавање ситуација које доприносе настанку стручне грешке и несавесног лечења пацијената.*

***Kључне речи:*** *здравствена заштита, несавесно лечење, лекарска грешка, одговорност, закон, право, медицина, Јапан, Србија*

# **Увод**

Живот и здравље су били предмет истраживања од настанка људске врсте. Постоје бројне дефиниције живота. Према Стедману, живот је стање постојања које се карактерише следећим функцијама: метаболизмом, растом и развојом, репродукцијом, адаптацијом и одговором на стимулусе1. Физиологија дефинише живот као форму постојања и то од периода зачећа2. Ниједна дефиниција живота не подразумева здравље као предуслов за постојање, већ је то стање којем се тежи. Светска здравствена организација дефинише здравље као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“3. Ипак, живот и здравље човека могу бити угрожени на различите начине. Основни циљ медицине јесте заштита живота и здравља, односно побољшање квалитета живота и продужавање његовог трајања, а све у складу са савременим медицинским стандардима2,3.

Савремени концепт здравствене заштите се базира на чињеници да је најважији циљ друштва побољшање и унапређење квалитета живота а да је здравље основни предуслов квалитета живота. Због тога заштита и унапређење здравља добијају кључно место у свим развојним плановима и стратегијама. Исто тако, важно је узети у обзир и чињеницу да развојна способност друштва зависи од здравља становништва. Зато су здравље и здрава животна средина постали интегрални део укупне политике развоја друштва3.

Многобројне студије, широм света, су показале да је неопходно успоставити опште циљеве здравствене политике. Неки од предложених циљева су: очување и побољшање биолошког интегритета, продужење људског животног века , унапређење квалитета живота, побољшање здравственог стања становништва, обезбеђење једнакости у остваривању здравствене заштите уз подизање њеног квалитета и ефикасности, побољшање материјалног положаја здравствених установа и здравствених радника и већи утицај корисника здравствене заштите у доношењу и остваривању мера здравствене заштите1,3.

Циљ овог рада је упоредна анализа легислативе Јапана и Србије по питању здравствене заштите и несавесног лечења пацијената. Компарацијом би се добио увид у правна решења обе државе на задату тему чиме би се омогућила потенцијална размена искуства, поготово по питању несавесног лечења пацијената које је болна тачка и најразвијених здравствених система.

**Систем здравствене заштите Републике Србије**

Законом о здравственој заштити Републике Србије (ЗЗЗ) из 2005. године, уређује се систем здравствене заштите, организација здравствене службе, друштвена брига за здравље становништва, општи интерес у здравственој заштити, права и обавезе пацијената, здравствена заштита странаца, акредитација здравствених установа, надзор над спровођењем одредаба закона и друга питања од значаја за организацију и спровођење здравствене заштите4.

У Србији је здравствена делатност овим законом дефинисана као „делатност којом се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља, а коју обавља здравствена служба“. Здравствену службу чине здравствене установе и други облици здравствене службе (приватна пракца) као и здравствени радници и сарадници. Здравствену делатност обавља лекар са свим другим здравственим радницима и сарадницима, при чему све њихове активности морају бити засноване на научним доказима, односно морају бити безбедне, сигурне и ефикасне и у складу са начелима професионалне етике. Здравствени радник је лице са завршеном школом здравствене струке и лице са завршеним медицинским, стоматолошким или фармацеутским факултетом и положеним стручним испитом. Здравствени сарадник је лице са средњим, вишим или високим образовањем других занимања и положеним стручним испитом, које обавља послове здравствене делатности у здравственој установи (психолог, педагог, биохемичар итд). Здравствену установу може основати Република, аутономна покрајина, локална самоуправа, правно или физичко лице, под условима прописаним законом. Здравствене установе се могу оснивати као: дом здравља, апотека, болница, авод, завод за јавно здравље, клиника, институт, клиничко-болнички центар, клинички центар4.

Право на здравствену заштиту имају грађани Републике Србије и друга лица која имају пребивалиште или боравиште у Републици. ЗЗЗ су дефинисана следећа права пацијената: право на доступност здравствене заштите, право на информације, право на обавештење, право на слободан избор, право на приватност и поверљивост информација, право на самоодлучивање и пристанак, право на увид у медицинску документацију, право на тајност података, право пацијената над којим се врши медицински оглед, право на приговор, право на накнаду штете и обавештење јавности4.

Законом о здравственом осигурању РС је дефинисано да здравствено осигурање може бити обавезно и добровољно. Обавезно здравствено осигурање обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене законом, запосленима и другим грађанима5.

**Систем здравствене заштите Јапана**

Јапан је острвска царевина на Далеком истоку. Од усвајања устава из 1947. Јапан је уставна монархија. То је десета најмногољуднија земља света са преко 126 милиона становника, а по номиналном БДП-у, Јапан је трећа најјача привреда на свету6.

Многе анализе потврђују да је јапански систем здравствене заштите је првокласан, приступачан и омогућава продужење очекиваног животног века становника. Тако је 2016. године, Јапан био на првом месту у свету у овој категорији, уз просечан очекивани животни век од 83.7 година. Управо тај показатељ, уз унапређење квалитета живота, треба да буде узор и осталим здравственим системима јер је то циљ сваког здравственог система па и појединачно, сваког становника на глобалном нивоу7.

Циљ владе Јапана и јапанског здравственог система је да обезбеди равноправан приступ неопходним и адекватним медицинским услугама целокупном становништву и то по релативно ниској цени. Овај приступ је довео до искључења неких напредних медицинских интервенција, из система. Разлог томе је покривеност јавног осигурања која је нижа у Јапану него у већини развијених европских земаља. Поред тога, здравствено осигурање надокнађује само лечење болести и искључује превентативу, укључујући и лекарске прегледе одн. контроле. Ипак, једнакост постоји јер свака институција пружа есенцијално једнак третман сваком пацијенту8.

План медицинске неге је национална здравствена стратегија чији је циљ да успостави систем здравствене заштите који се карактерише високо-квалитетном и одговарајућом медицинском негом. Овај план промовише поделу улога и сарадњу медицинских департмана како би се омогућила континуирана здравствена заштита на нивоу заједнице. Овај план се ревидира на пет година од стране владе Јапана9.

Кроз историју јапанске легислативе су доношени различити закони на пољу медицине. Закон о здравственом осигурању из 1922.г. и Национални закон о здравственом осигурању из 1938.г. успоставили су систем здравственог осигурања који је покрио целу популацију до 1961.године. Закон о здравственој заштити из 1948.године и његови амандмани из 1985. и 1992.г. формирали су базичну легислативу јапанског здравственог система. Закон из 1948. је имао циљ да осигура адекватну здравствену негу укључујући и распоређивање здравствених установа, структуру запослених у здравству и систем менаџмента. Амандман из 1985. је предвидео доношење Префектуралних планова медицинске неге, класификовао је регионалне јединице за имплементирање плана и регулисао максималан број кревета за сваку зону. У 1992. години, функционисање здравствених установа је систематизовано доношењем правилника о функционисању болница. Закон о здрављу на нивоу заједнице из 1997. године је промовисао регионалну здравствену заштиту. Закон о промоцији здравља из 2002. је успоставио национални програм за промовисање здравља како би се редуковале незаразне болести. Овај закон је и стимулисао централну и локалну владу на мониторинг болести повезане са животним стилом, како би се остварила што ефикаснија промоција здравља. На систем здравствене заштите утицали су и други закони, попут: Закона о менталном здрављу, Закона о здрављу мајки и деце, Закона о добробити деце, Закона о школском здрављу, Закона о радним стандардима7,8,10.

Систем здравствене заштите Јапана има три стуба која покривају све становнике. То су универзална покривеност здравственог осигурања, оквир здравствене заштите који се заснива на Закону о здравственој заштити и јавна здравствена администрација и сервис.

Здравствене установе могу бити основане од стране државних структура као и од стране приватних лица, уколико задовољавају услове прописане законом. Пацијенти могу да бирају жељену установу а доктори могу да изаберу да ли желе да раде у приватном или државном сектору11.

У 2006.години, спроведена је реформа система здравствене заштите која се фокусирала на четири болести: карцином, мождани удар, акутни инфаркт миокарда и дијабетес. Осим тога реформа се бавила и сервисима здравствене заштите и то њих пет: ургентна нега, перинатална нега, педијатријска нега, рурална здравствена заштита и нега унесрећених у акцидентима7.

Занимљива одлика система здравствене заштите у Јапану је да људи немају сталног изабраног лекара и не постоји спречавање напредних медицинских тертмана уколико се „прескоче претходни кораци“ одн уколико немају упут од стране изабраног лекара. Пацијенти бирају здравствену установу (више од половине је приватни сектор) и бирају да ли ће се обратити лекару који ради у склопу примарне здравствене неге или ће отићи на напреднији преглед односно третман12.

Квалитет здравствене заштите и медицинске неге се у Јапану процењује преко Савета за квалитет медицинске неге Јапана, који је основан 1995.године. Овај савет врши и акредитацију здравствених установа. Безбедност пацијената и квалитет услуге је на првом месту9.

У Јапану постоје три типа здравственог осигурања: осигурање засновано на запослењу, осигурање засновано на нивоу општине и посебан систем за особе од 75 година и старије. Сваки становник Јапана мора да припада јавном систему осигурања. Сва осигуравајућа друштва су непрофитне организације. Трошак медицинске неге се финансира коз премије осигурања, таксе и додатне уплате. Старији, новорођенчад и особе са малим приходима су у потпуности или делимично ослобођени од додатних уплата. Други људи морају да плаћају додатне уплате које чине 30% укупних медицинских издатака када користе здравствене одн. медицинске услуге. У складу са примањима и годинама старости, одређује се и максимум додатних уплата. Одржавање система зависи од тога да ли довољан број људских ресурса постоји за негу старијих и од интеринституционалне редистрибуције трошкова7,10,13.

**Упоредна анализа здравствене заштите у Јапану и Србији**

Захваљујући претходном појединачном анализом система здравствене заштите у Јапану и Србији, могао се стећи увид у њихово функционисање и законе који регулишу овај систем. Неопходно је узети у обзир разлику у развијеност друштва између ове две земље као и у економске разлике. Србија је земља у транзицији а Јапан је једна од водећих светских сила. Без обзира на све то, системи здравствене заштите у Србији и Јапану имају пуно сличности јер је и једном и другом циљ пружање адекватне и одговарајуће здравствене заштите свима.

Основна разлика у функционисању система здравствене заштите је здравствено осигурање. У Србији је оно доступно свима и то подједнако, без обзира да ли су запослени или не. Ситуација у Јапану је другачија, постоје 3 различите врсте осигурања. Овакав систем можда не би могао да нађе примену у Србији, али поједини његови елементи би могли да функционишу, попут издвајања 30% за медицинску услугу од стране одређених категорија. У Јапану ову категорију чине сви сем старијих, новорођенчади и особа са ниским приходима. То би било тешко примењиво у Србији с обзиром на разлику у просечној заради у ове две земље. Ипак, сличност ова два система су непрофитност и доступност здравствене заштите свима.

У Србији је здравствена заштита подељена на три нивоа, примарну, секундарну и терцијарну здравствену заштиту, које функционишу по принципу степеница. Пацијент мора кренути од прве, како би стигао до последње. У Јапану, постоји сличан систем, али за разлику од Србије, „прескакање степеница“ је дозвољено, одн. пацијент бира којим ће путем ићи. Разлика у системима здравствене заштите је и у функционисању примарне заштите. У Србији је обавезно да сваки осигураник има свог изабраног лекара док у Јапану ово није случај. Овакав систем у Србији постоји од скоро и кроз време ће се показати његова успешност. Животни стил у Јапану се разликује од оног у Србији и то треба имати у виду приликом упоређивања ових карактеристика.

Легислатива Јапана се карактерише бројним законима и подзаконским актима који се тичу области здравства. Осим тога постоје и национални планови а и реформе. У Србији не постоји тако богата легислатива. Национални план медицинске неге који се ревидира на пет година би био примењив у Србији као и последња реформа јапанског система здравствене заштите. Било би од значаја узети у обзир искуства Јапана у овој области и имплементирати их у нашим условима.

**Несавесно лечење пацијената у Србији**

Са напретком медицине и савремених технологија, палијативним мерама се смањује инциденција болести док се дијагностичким и терапијским мерама новонастале болести третирају. Ипак, са повећањем броја медицинских процедура, повећава се и ризик услед лечења14. На тај ризик утичу и медицинске процедуре и терапеутици али и стручне грешке здравствених радника15. Под стручном грешком у смислу Закона о здравственој заштити из 2005.године, подразумева се „несавесно лечење, односно занемаривање професионалних дужности у пружању здравствене заштите, односно непридржавање или непознавање утврђених правила и професионалних вештина, у пружању здравствене заштите, које доводе до нарушавања, погоршавања, повреде, губитка или оштећења здравља или делова тела пацијента“4.

Термин несавесно лечење пацијената има примену у Кривичном законику РС. У срској легислативи је више у употреби појам појам стручне грешке. Грешке у лечењу оболелих су део свакодневице. То су грешке које остављају последице не само на пацијента и његове ближње већ и на самог лекара и читав здравствени систем. Стручна грешка се традиционално везује за поступке лекара па се усталио термин „лекарска грешка“, иако се може односити на поступке било ког здравственог радника. Разлог томе је јавно мњење које сматра да одговорност за пацијентов живот и здравље има искључиво лекар, као и чињеница да се највећи број судских поступака покреће против лекара16.

Постоје различите дефиниције и класификације лекарских грешки. Вирхов их је дефинисао као „кршење опште признатих правила вештине лечења услед одсутва потребне пажње или опрезности”15. Правници лекарску грешку представљају као пропуст лекара који својим чињењем или нечињењем повређује дужност поштовања стручних лекарских стандарда. Лекарска стручна грешка подразумева понашање contra legem artis.16 Закон о здравственој заштити Републике Србије користи термин „стручна грешка“ јер се сматра да осим лекара, грешку могу да направе и други здравствени радници. Дефиниција лекарске грешке садржана је у члану 197, став 4, Закона о здравственој заштити Републике Србије. Тако се „под стручном грешком у смислу овог закона, подразумева несавесно лечење, односно занемаривање професионалних дужности у пружању здравствене заштите, односно непридржавање или непознавање утврђених правила и професионалних вештина у пружању здравствене заштите, које доводе до нарушавања, погоршавања, повреде, губитка или оштећења здравља или делова тела пацијента“4. Та законска норма представља основ за процену могуће етичке, али и правне одговорности лекара услед чије грешке је дошло до нарушења здравља пацијента или до његове смрти.

Осим појма лекарска грешка, у употреби су и други термини: неправилне медицинске радње, лекарске стручне грешке, лекарске професионалне грешке, медицинске грешке, грешке у третману, грешке у лечењу, непажљиво или непрописно медицинско понашање.16,17

Исто тако, користе се и други термини, који немају исто значење као „лекарска грешка“. Пример за то је „нежељени исход лечења“17. Овакав исход настаје услед специфичне етиопатогенезе болести или закаснеле пријаве болести стручној служби од стране самог пацијента.

У пракси се најчешће користи подела лекарских грешки на:

1. грешке у лечењу или медицинском третману;
2. грешке у обавештавању пацијента;
3. грешке у вођењу медицинске документације;
4. грешке у организацији рада и у вршењу надзора;
5. грешке у употреби медицинских справа и апарата.18

У хирургији се користи подела грешака на:

1. дијагностичке грешке;
2. тактичке грешке;
3. техничке грешке;
4. грешке у организацији;
5. грешке у вођењу медицинске документације;
6. грешке у понашању медицинског особља16.

Такође, користи се и подела лекарских грешки на оне које су изазване чињењем, нечињењем, предузимањем неиндикованог захвата или непредузимањем индикованог захвата16,18.

#  **Одговорност лекара**

У римском праву је основни услов за успостављање одговорности лекара у случају смрти пацијента била лекарска грешка19. Са протеком времена, напредовало је и право, па се одговорност проширује и на друге здравствене раднике и сараднике као и на здравствену установу у којој раде.

Одговорност лекара јесте облик професионалне одговорности коју носиоци слободних занимања имају за стандард своје професије. Постоји неколико облика одговорности којој лекари могу бити изложени услед стручних грешака. То су: дисциплинска одговорност, сталешка одговорност, грађанска одговорност, кривична одговорност и прекршајна одговорност18.

Дисциплинска одговорност је уређена Законом о раду (“Службени гласник РС” , 24/2005)20. Сталешка одговорност је врста дисциплинске одговорности лекара, која се утрђује у дисциплинским поступцима пред судовима части Лекарске коморе Србије. То је део тзв. сталешког права. Резултат је кажњавање од стране припадника сопственог сталежа (Статут Лекарске коморе Србије “Службени Гласник РС” , 111/2006)21. Ако се пред дисциплинским судом части утврди да је припадник одређеног сталежа одговоран, следи санкција која зависи од кодекса етике, статута и других аката коморе. Санкција може варирати од опомене (као лакше санкције) до привременог или трајног одузимања лиценце за обављање здравствене делатности (као најтеже санкције) (Закон о коморама здравствених радника, 2005)22.

Грађанска одговорност подразумева поступак који се односи на захтеве за надокнаду штете. Резултат је новчано обештећење оштећеног лица. Овај тип одговорности је предвиђен законом који уређује облигационе односе (Закон о облигационим односима, „Службени лист СФРЈ” 29/78)23. Не воде сваки лош исход лечења или погрешна дијагноза до одговорности лекара. Разлика између различитих основа одговорности је у томе што се код уговора акценат ставља на посебну везу између лекара и пацијента, а код деликта је реч о повреди опште професионалне обавезе24. Када пацијент затражи од лекара медицинску услугу и овај пристане да му је пружи, тада се међу њима успоставља узајамна веза, односно отпочиње одређени однос. Ипак, однос лекар-пацијент није однос људи чији је положај једнак, јер је пацијент потчињен стручном знању и разуму лекара, па и његовој вољи. Али пацијент није објекат на коме лекар испробава или усавршава своју вештину. Он је субјекат који има властиту личност, а посебно право самоодређења у односу на своје тело. Пацијент је уговорни партнер лекару, који му пружа медицинску услугу27. Неопходан је пристанак пацијента и његова слободна воља као и спремност лекара на извршење одређене медицинске радње. Излечење није гарантовано, већ се лекар обавезује само на обављање медицинских мера у складу са правилима своје струке. Одштетна одговорност здравствених радника лакше се доказује, а погрешни поступци лекара много ређе се могу подвести под биће кривичног дела28. Терет доказивања је на пацијенту, који доказује настанак оштећења на свом здрављу, узрочну везу између штетникове радње и штете, кривицу медицинског последника. Узрочна веза мора бити непрекинута. Закон о облигационим односима, садржи посебне одредбе о накнади материјалне штете у случају смрти, телесне повреде и оштећења здравља. Материјална штета обухвата трошкове лечења, изгубљене зараде, трошкове погреба27.

Кривична одговорност представља поступак регулисан Кривичним закоником РС („Службени гласник РС” 72/2009)28. Резултат је кажњавање починиоца, новчаном казном или казном затвора. Правна квалификација „нехата” и „умишљаја” , поставља се у случајевима када лекар свесно поступа супротно правилима струке и науке. Најчешћи облик виности је нехат и то несвесни нехат. Кривично дело несавесног лечења болесника од стране лекара подразумева: примену очигледно неподобног средства или начина лечења, непримењивање хигијенских мера и/или несавесно лечење лекара уопште27.

Прекршајна одговорност је регулисана Законом о прекршајима и односи се углавном на медицинску документацију. Главна обавеза лекара јесте савесно лечење пацијената, а поред тога имају и додатне правне дужности, према Закону о здравственој заштити. Лекари морају: да уредно воде медицинску документацију и евидентирају све медицинске мере које предузму над пацијентом (члан 36. став 3 ЗЗЗ); да пруже хитну медицинску помоћ и у случају кад би могли да истакну приговор савести (члан 171, став 4 ЗЗЗ); да не напуштају радно место, иако је њихово радно време истекло, док им се не обезбеди замена, ако би се тиме нарушило обављање здравствене делатности и угрозило здравље пацијента (члан 170. ЗЗЗ); да да стално прате развој медицинске, стоматолошке и фармацеутске науке и да се стручно усавршавају, ради одржавања и унапређења квалитета свог рада (члан 182, став 1 ЗЗЗЗ)4. Непридржавање ових дужности представља посебну одговорност.

**Несавесно лечење пацијената у Јапану**

Током осамдесетих и деведесетих година прошлог века, у Јапану, повећао се број тврдњи грађана на јатрогене повреде одн повреде које произилазе из медицинске неге. Током тог периода се спроводила и дебата о можданој смрти, брига о претераном и ирационалном преписивању лекова и скандал са ХИВ-контаминираним залихама крви. Све ово довело је до растућег незадовољства јавног мњења и жеље за транспарентношћу у медицини. Почетком 1999.године, новинске натписе и телевизијске преносе су пунили извештаји о серији случајева медицинских грешака у болницама. Све случајеве је карактерисало то да су лекари и медицинско особље измењивали медицинску документацију, да нису давали доследне исказе испитивачима или су учествовали у другим сумњивим радњама. Медијска покривеност ових случајева је била велика што је допринело захтеву за променама28.

Четири одвојена извора правних облигација се односе на болнице и лекаре у Јапану. То су: национална и локална Правила о слободи информација у болницама, либерализована правила Грађанског закона, уговорне облигације које се баве испитивањем болничких акцидената и извештаја и захтев за извештај полицији неприродне смрти у Закону о лекарима. Прва три сета правила се односе на случајеве из грађанског права а четврто је основ за кривично гоњење29.

У Јапану је Законом о медицинској лошој пракси дефинисано да се оптужница против медицинског особља подиже по три основа. Први и најчешћи је професионална непажња која изазива смрт или повреду. Овај терин је преузет из Кривичног Законика Јапана који је преузет из немачке легислативе. Mens rea која је неопходна за пресуду је проста непажњу док у пракси бивају осуђени ону случајеви који подразумевају велику непажњу или немар. Други основ за кривично гоњење је уклањање или уништавање доказа. Лекари и медицински техничари који покушају да прикрију медицинске грешке уништавањем података из медицинске историје подлежу оптужници по овом основу30.

Трећа основа за просекуцију лекара је необавештавање полиције на време у случају неприродне смрти пацијента. Законом о лекарској делатности, члан 21 указује да се под неприродном смрћу подразумевају: насилна смрт, самоубиство, инфективне болести које прете јавном здрављу и слично. Ипак, познат је случај генералног директора Хиго Болнице у Токију који је 2000.године послао фалсификовану умрлицу пацијента који је умро услед акциденталне токсичне инјекције. У овом случају лекари су закаснели у извештају полицији. Последица свега тога је била оптужница генералног директора болнице по члану 21. Врховни суд је потврдио пресуду 2004 и указао да неприродна смрт пацијента може подразумевати и смрт изазвану медицинским делима28,29.

Овај познати случај из 2000.године је допринео стварању контроверзи у јапанској јавности. На то је реаговало и Министарство здравља, рада и социјалног благостања које је издало упутства по питању безбедности пацијената. Одмах је креирана и Канцеларија за питања безбедности пацијената, направљени су водичи за болнице како би се смањио ризик од нстанка стручне грешке, направљени су системи праћења нежељених догађаја и одбори за преглед тог система, основани су локални медицински центри за подршку пацијентима приликом подизања жалби и покренута је студија чији је циљ био одређивање инциденције нежељених догађаја у случају стручне медицинске грешке у јапанским болницама. Резултати 18 болница које су учествовале у студији су показале инциденцију од 6.8% и дошло се до закључка да је од тога, у 23% случајева било могуће избећи грешку30.

Министарство здравља је основало Модел Пројекат за испитивање и анализу смртних случајева повезаних са медицинском праксом. Овај пројекат је лансиран 2005.године на почетних 5 година али пошто је показао успешност, продужено је његово трајање. Извештаји Модел Пројекта су јавни, достављани су и члановима породице и болницама. Податке прикупљене овим Пројектом преузима Савет за квалитет здравствене заштите Јапана који учествује и у акредитацији болница. Све ово је допринело побољшању квалитета здравствене заштите и медицинске неге пацијената, подстицањем здравствених установа и њених радника и сарадника на учење засновано на грешкама29,30.

# **Упоредна анализа несавесног лечења пацијената у Јапану и Србији**

До данашњег дана, у Републици Србији се лекарска делатност дефинише различитим законима и подзаконским актима, за разлику од околних земаља у којима постоји Закон о лекарској делатности. Овакав закон је неопходан, како би се регулисала питања која се тичу и лекара и пацијената, односно грађана Србије и њеног здравственог система. Један од највећих проблема у пракси јесте непостојање обавезујућих протокола лечења у клиничкој пракси као и непостојање обавезе осигурања лекара од професионалне одговорности.

Искуства из Јапана и реформа спроведена у области медицине могу бити од велике користи Србији, њеним лекарима, правницима као и српском Министарству здравља. Реакција јапанског Министарства здравља на скандал из 2000. године и низ акција које су покренуте након тога показују на пут којим треба ићи приликом решавања пороблема. Оснивање Модел Пројекта и транспарентност његових резултата су допринели уанпређењу услова у медицинској заједници и жељи здравствених радника за едукацију и спречавање ситуација које доприносе настанку стручне грешке и несавесног лечења пацијената.

**Закључак**

Основна улога здравственог система једне државе је да омогући адекватну здравствену заштиту својим становницима, побољшањем квалитета њиховог лечења и продужењем њиховог живота. Јапан и Србија, иако социоекономски и географски удаљене државе имају доста сличности у погледу законске регулације здравствене заштите својих становника. За разлику од Јапана, правна легислативе Србије је сиромашна у области медицинског права, посебно по питању несавесног лечења пацијената односно стручне “лекарске” грешке. Ово питање је изузетно актуелно и из угла правника, и лекара али и самих пацијената. У Јапану је у току последње деценије спроведена опсежна реформа у овој области, након низа инцидената и смрти пацијената након несавесног лечења, а таква реформа Србију тек очекује. Уколико би био донесен, закон о лекарској делатности би унапредио здравствени систем и вратио веру и лекарима али и пацијентима у Србији. Осим тога, имао би и позитиван финансијски ефекат. Све ово би било од изузетног значаја за здравствени систем Републике Србије који је и попут много развијенијих система у кризи коју одликује висока просечна старост запослених, одлазак великог броја младих лекара на рад у иностранство и необнављање специјалистичког и субспецијалистичког кадра.

**Захвалница**

Овај рад је подржан САКУРА наградом коју додељују Амбасада Јапана у Републици Србији у сарадњи са компанијом Japan Tobbaco International, са седиштем у Сенти. Без њихове помоћи и подршке, реализација овог рада би била немогућа.

# **Литература**

1. Stedman's medical dictionary. Stedman, Thomas Lathrop, 1853-1938. 27th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, c2000.
2. A.C. Guyton & J.E. Hall. Medical physiology, tenth edition. W.B. Saunder company 2000; Phyladelphia, Pensilvania, USA. Prevod: Savremena administracija 2003; Beograd.
3. World Health Organization. WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In Grad, Frank P. (2002). "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization". Bulletin of the World Health Organization. 80 (12): 982.
4. Закон о здравственој заштити, Сл. гласник РС, 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др.закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015.
5. Закон о здравственом осигурању, Сл. гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 - одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - одлука УС, 106/2015 и 10/2016 - др. закон.
6. Japan's Economy: Free at last. The Economist. 2006.
7. Chhor, H et al. The Challenge of Funding Japan’s Future Health Care needs. McKinsey Global Institute Report. Tokyo, McKinsey & Company, 2008.
8. Ikegami, N et al. Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges. Lancet, 2011, 378(9796):1106-15.
9. Japan Council for Quality Healthcare. JCQHC, 2011. <http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf>
10. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Overview of Medical Service Regime in Japan. MHLW, 2010.
11. Kadonage S, Kanzler L, and Yokoyama Y. Addressing Japan’s Health Care Cost Challenge. The McKinsey Quarterly. Tokyo, McKinsey & Company, 2008.
12. Tuatara, K and Okamoto, E. Japan: Health System Review. In: Allin, S and Matsu, R. eds. Health systems in Transition, 2009, Vol. 11 No. 5.
13. Toyabe SI, Kouhei A. Referral from Secondary Care and to Aftercare in a Tertiary Care University Hospital in Japan. BMC Health Services Research, 2006, 6:11.
14. Bal SB. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res 2009; 467(2): 339-47.
15. Virchow R. Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre. Berlin: Nabu Press; 1879.
16. Ћирић Ј. Кривично дело несавесног лечења болесника Зборник бр 1, п:11-109.
17. Ћирић Ј Надрилекарство Правни Информатор, Септембар 2006, п:66-71.
18. Радишић Ј Медицинско право. Правни факултетет Универзитета Унион у Београду, Издавачко предузеће „Номос” Београд, Београд, 2008.
19. Обрад Станојевић, Римско право, Службени лист СЦГ, Београд 2003.
20. Закон о раду, Сл. гласник РС, бр. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014 и 13/2017 - одлука УС.
21. Статут Лекарске коморе Србије, Сл. гласник РС, бр.111/2006, 68/2008, 14/2010 и 43/2011.
22. Закон о коморама здравствених радника, Сл. гласник РС, бр. 107/2005 и 99/2010.
23. Закон о облигационим односима, Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89, "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93 и "Сл. лист СЦГ", бр. 1/2003 - Уставна повеља)
24. Сјеничић М Пацијент као оштећени у грађанском праву И његова сукривица Институт друштвених наука Београд 2013
25. Симић Ј Грађанска одбоворност због лекраске грешке -доктоска дисертација Правни факултет Универзитета Унион у Београду Београд, јун 2011.
26. Радишић Ј Одговорност лекара и здравствених установа због штете изазване употребом медицинских справа Правни информатор 2002.
27. Кривични законик, Сл. гласник РС, бр. 85/2005, 88/2005 - испр., 107/2005 - испр., 72/2009 и 111/2009.
28. Feldman EA. Suing doctors in Japan: structure, culture, and the rise of malpractice litigation. In: McCann M, Engel D, eds. Fault Lines: Tort Law as Cultural Practice. Stanford, CA: Stanford University Press. 2009.
29. Nakajima K, Keyes C, Kuroyanagi T, Tatara K. Medical malpractice and legal resolution systems in Japan. JAMA. 2001;285:1632–1640.
30. Leflar R. The Regulation of Medical Malpractice in Japan. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467:443–449.