



# Society and the health of the elderly – a perspective from medical and health law

Hajrija Mujović<sup>1</sup>  Ranko Sovilj<sup>1</sup> 

## ABSTRACT

This paper delves into the healthcare provisions for the elderly, characterised by different legal sources, the intermingling of cross-sectoral issues, and, in general, the need for a special position and special protection of the elderly within society. By applying the normative, comparative, and axiological methods, we attempt to elucidate the position of the elderly, primarily focusing on care services. The paper commences by scrutinising legal regulations governing healthcare that refer to the position of the elderly. The question arises whether there is an organised service in terms of structure and personnel, and whether there are specialised institutions and communication services catering to the specific needs of the elderly. According to the type and extent of services, healthcare and eldercare necessitate special considerations and impose distinctive requirements. This includes services not only related to severe illnesses and terminal conditions but also rehabilitation, spa treatment, etc. Given that the right to healthcare derives from the right to health insurance, which can be either public or private, a dedicated section of the paper will explore the participation of private health insurance funds in providing health services to the elderly. Consequently, the aim of this research is to highlight the vulnerability of the elderly population, which necessitates legal protection facilitated through cross-sectoral cooperation.

## KEYWORDS

health, elderly population, healthcare, health insurance, service development

<sup>1</sup>*Institute of Social Sciences,  
Belgrade, Serbia*

### Correspondence:

Ranko Sovilj, Institute of  
Social Sciences, Belgrade,  
Kraljice Natalije 45, 11000  
Belgrade, Serbia

### Email:

[rsovilj@idn.org.rs](mailto:rsovilj@idn.org.rs)

# **Društvo i zdravlje starijih osoba – Pogled iz ugla medicinskog i zdravstvenog prava**

## **SAŽETAK**

Ovaj rad se bavi zdravstvenom zaštitom populacije starih, koju karakterišu različiti pravni izvori, prožimanje intersektorskih pitanja i uopšte potreba utvrđivanja posebnog položaja i dodatnih mehanizama zaštite starih u društvu. Primenom normativnog, komparativnog i aksiološkog metoda, autori nastoje da definišu položaj starih, prvenstveno se fokusirajući na usluge nege i zbrinjavanja. U radu se, najpre, polazi od razmatranja zakonskih propisa iz oblasti zdravstvene zaštite koji se odnose na položaj starijih osoba. S tim u vezi, postavlja se pitanje da li organizaciono i kadrovski postoji izgrađena služba, da li postoje specijalizovane ustanove i službe komunikacije koje ciljano pomažu starijima? Prema vrsti i obimu usluga, zdravstvena zaštita starijih osoba nosi svoje osobenosti i nameće posebne zahteve. Svakako da tu ulaze usluge vezane za najteža oboljenja i terminalna stanja, ali i rehabilitacije, usluge banjskog lečenja i sl. Kako pravo na zdravstvenu zaštitu derivira iz prava na zdravstveno osiguranje koje može biti javno i privatno, poseban segment rada odnosi se na učešće privatnih fondova zdravstvenog osiguranja u pružanju zdravstvenih usluga starim osobama. Stoga je cilj predmetnog istraživanja ukazivanje na ranjivost starije populacije koja implicira neophodnu pravnu zaštitu kroz intersektorsku saradnju.

## **KLJUČNE REČI**

zdravlje, populacija starijih, zdravstvene službe, zdravstveno osiguranje, razvoj usluga

## 1 UVOD

Razmatranje različitih pitanja koja se tiču populacije starih osoba<sup>1</sup> sa stanovišta ljudskih prava obuhvata u osnovi pravo na dostojanstven život, te pravnu i socijalnu zaštitu. To u prvom redu zahteva sagledavanje položaja starih u sistemu različitih usluga socijalne, zdravstvene i gerontološke zaštite. Ukazuje se naročito na granična pitanja koje deli više pravnih disciplina, na primer socijalno i medicinsko pravo, i koja ponekad ostaju neprimećena. Pažnju zavređuje razmatranje ne samo statusnih pitanja, već i analiza diskriminatorne prakse prema starijim licima. Rešenja za neke od problema i dalje su zakonski nejasno i neprecizno formulisana. Teorijska i praktična pitanja koja se otvaraju su značajna za zakonodavstvo Srbije, jer pomažu pravovremeno uočavanje problema i ukazuju na pravce njihovog rešavanja, što je važno i za kvalitet domaćih propisa kojih sada u pogledu mnogih pitanja nema ili su fragmentarni i nedorečeni, ili su deo opštih formulacija zbog čega su neprepoznatljivi. Zato se uvek naglašava potreba unapređenja pravnog okvira i intersektorskog pristupa u praksi.

U medicinskom pristupu prisutne su različite specijalnosti, gde se populacija starih sve više upućuje u njima posebno namenjene službe. Takav primer predstavlja oblast gerijatrije, koja se

odnosi na lečenje starih i „predstavlja medicinsku disciplinu koja sintetizuje sva medicinska znanja iz oblasti prevencije, dijagnostike, terapije i rehabilitacije starih” (Baer et al. 2016: 206–217; Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. godine [ZZZ] 2023: čl. 84).

Na bolje razumevanje statusa populacije starih uticala su nesumnjivo i iskustva iz vremena pandemije kovida 19. Ona su dovela do potrebe da se preispitaju preduzete mere i politike prema starijim osobama, uključujući načine i trendove starenja stanovništva, kao i podršku koja se pruža u međugeneracijskoj solidarnosti. Naime, smatra se da je starijim osobama tokom pandemije bilo na više načina uskraćeno pravo na zdravlje (Bajeux, Corvol i Somme 2021: 1–12). Neke starije osobe nisu mogle da pristupe lečenju koje im je bilo potrebno. Takođe, u određenim situacijama starije osobe nisu imale pristup testiranju na virus, dok one koje su imale simptome nisu u pojedinim slučajevima primljene u zdravstveni centar kome su se obratile. Oni koji su se nalazili u domovima za stare nisu bili primljeni u bolnicu. Nekima je uskraćeno pravo da, pošto su informisani, izraze želju da se prema njima postupa na određeni način, kao što je naredba „ne reanimirati” ili druge izjave pacijenata date unapred. Usled toga se dešavalo da su postupci sa kojima se pacijenti nisu prethodno saglasili uključivani u plan nege bez njihovog pristanka ili kao rezultat neprimerenog uticaja. Određeni problem bio je i to što stariji nisu imali pristup zdravstvenim ili drugim informacijama. Za neke procedure predviđene su gornje starosne granice kako bi se osobe u poznoj starosti isključile iz pristupa oskudnim medicinskim resursima u protokolima trijaže, kao i iz učešća u kliničkim istraživanjima (Bajeux, Corvol i Somme 2021: 1–16).

<sup>1</sup> Naslov ovog rada usvaja izraz „starija osoba”, ali je jednako u upotrebi i izraz „stara osoba”. To odražava konsultovanu literaturu. Treba reći da, pravno gledano, reč *stariji* može biti u velikoj meri neodređena i povlači za sobom pitanje u odnosu na koga stariji? U kategoriji starijih tako mogu ući i mlade osobe koje su starije od drugih mladih osoba. Ukazuje se da je sam pojam stare osobe relativan, da nema unifikovane definicije i da je potrebno slediti širu pravnu definiciju iz razloga šire pravne zaštite i povezanosti sa strateškim dokumentima u drugim oblastima života i rada koji usvajaju određenu terminologiju.

## **2 IZVORI MEĐUNARODNOG PRAVA I UPOREDNOPRAVNA REŠENJA ODABRANIH DRŽAVA**

Status starijih osoba i definicija njihovog starosnog doba utvrđen je u brojnim dokumentima i regulatornim aktima, što pokazuje relevantnost izvora koji se kreću od nacionalnih do međunarodnih. U literaturi se, ako je reč o zdravlju populacije, polazi od odrednica Svetske zdravstvene organizacije. Prihvata se klasifikacija dokumenta UN-a da se najpoznije životno doba deli na raniju starost (65–74 godina), srednju starost (75–84 godina) i duboku starost (85 i više godina) (United Nations Principles for Older Persons Resolution 46 1991). Beleži se da je 2015. godine Svetska zdravstvena organizacija pri Ujedinjenim nacijama službeno revidirala ove starosne standarde. Prema novoj starosnoj klasifikaciji mladi su od 25 do 44 godine, srednja dob je od 44 do 60 godina, starija od 60 do 75 godina, senilna dob od 75 do 90 godina, a dugovečni su nakon navršениh 90 godina. Ovaj međunarodni standard je ustanovljen na objektivnim zakonitostima fiziologije i psihologije čovekovog razvoja tokom čitavog života, brzog rasta u mladosti, nesmetanog razvoja u zreloj dobi, kao i nakon toga postepenog starenja ljudskog organizma (Dyussenbayev 2017: 258–263). Poseban značaj za zdravstveni status starijih osoba predstavlja i donošenje Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006; Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom 2009), koja pored osnovne odredbe o zaštiti zdravlja predviđa i pravo na samostalan život i uključenje u zajednicu. Ova prava, zajedno sa pravom na samoodređenje

te dostojanstvenim tretmanom, treba da budu vodeći principi za kreiranje dugoročnih usluga nege, uključujući i rezidencijalne ustanove, gde se procenjuje da većina korisnika ima neki oblik invaliditeta i potrebu za nekim oblikom zdravstvene zaštite. U pravnoj literaturi se razmatra odnos implementacije ove Konvencije i nacionalnog zdravstvenog zakonodavstva država (Szmukler, Daw i Callard 2014: 245).

Imajući u vidu značaj starih osoba u savremenom društvu, Regionalni komitet za Evropu Svetske zdravstvene organizacije formulisao je to kao jedan od ciljeva u okviru strategije „21 cilj za XXI vek” (WHO 1999). Ističe se da strategije stvaranja sigurnih zajednica i podržavajućih zdravstvenih i socijalnih politika i službi mogu pomoći starim osobama. U skladu sa odredbom Povelje o osnovnim pravima Evropske unije (Charter of Fundamental Rights of the EU: čl. 25)<sup>2</sup> kojom se prepoznaju i poštuju prava starijih osoba „da vode dostojanstven i nezavisan život i da učestvuju u društvenom i kulturnom životu”, usvojena je Rezolucija o dostojanstvu i autonomiji u nezi starih osoba (Protection of vulnerable adults 2017). Države imaju obavezu da omoguće starijim licima da ostanu punopravni članovi društva što je duže moguće. To uključuje omogućavanje samostalnog života u poznatom okruženju dokle god žele i mogu, prilagođavanjem smeštaja zdravstvenom stanju i pružanjem zdravstvene zaštite i usluga koje su im neophodne. Za starije osobe koje žive u rezidencijalnim ustanovama, države moraju garantovati odgovarajuću podršku uz poštovanje privatnosti i učešće u donošenju odluka

<sup>2</sup> Videti s tim u vezi *Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene u biologiji i medicini: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicine* (2010).

koje se tiču njihovih životnih uslova. Novija dokumenta, usvojena sa namerom da se sagleda postojeće stanje, govore o tome da treba premostiti probleme u odnosima između sistema zdravstvene i sistema socijalne zaštite, tako što će dijalog o politici i mehanizmi koordinacije biti institucionalizovani. Time bi se pokazala dužna briga za ljude tokom čitavog života u punom obimu dostupnih vidova zdravstvene zaštite, bilo da je reč o zaraznim ili nezaraznim bolestima (WHO 2021).

Ako se pogledaju uporednopravna rešenja, nacionalna zakonodavstva imaju različit pristup, ali ih sve karakteriše razvoj zaštite populacije starih. U većini država ne postoje zakoni koji se posebno odnose na starije osobe, već se odredbe o njihovoj posebnoj zaštiti integrišu u opšte propise, naročito propise o zabrani diskriminacije i o pravima i obavezama u okviru sistema socijalne zaštite.

Anglosaksonski pravni sistem, kakav je na primer u SAD, sadrži zakonska rešenja još iz prošlosti. Naime, Zakon o starijim Amerikancima, iz 1965. godine, pretrpeo je u međuvremenu brojne izmene i dopune (Older Americans Act (OAA) Reauthorization Act 2016). Posebnom glavom se u skladu sa važećom praksom osigurava prevencija bolesti i promocija zdravlja. Programi koji se po zakonu finansiraju trebalo bi da budu deo medicine zasnovane na dokazima. Naglašava se važnost oralnog zdravlja kao bitne komponente zdravlja starijih osoba. U okviru kućne nege uređuje se pomoć starijim pojedincima i njihovim porodicama u odabiru usluga u kući i zajednici, s posebnim fokusom na to da pružaoci usluga mogu proceniti na koje načine i kako štite zdravlje, sigurnost, blagostanje i prava starijih osoba. Ažuriraju se i pojašnjavaju odrednice

mentalnog zdravlja, što uključuje i brigu za sprečavanje zloupotreba supstanci i prevencije samoubistava. U kontekstu zdravlja starih definisane su i usluge podrške. Finansiranje usluga podrške može se koristiti za zbrinjavanje hroničnih stanja, kao i usluge prevencije padova. Zdravstveni skrining uključuje pregled mentalnog i biheavioralnog zdravlja i skrining za prevenciju padova kako bi se otkrile ili sprečile bolesti i povrede koje se najčešće javljaju kod starijih osoba. Takođe se uključuju informacije i tehnička pomoć državama, regionalnim agencijama za stare i pružiocima usluga u obavljanju transportnih usluga, kao i onih u prekograničnoj zaštiti (Older Americans Act (OAA) Reauthorization Act 2016).

Francusko pravo je poznato po tome što je nakon pandemije kovida 19, septembra 2020. godine usvojilo plan („*le Ségur de la santé*”) sprovođenja zdravstvene reforme koja se tiče zaštite starijih osoba (Bajeux, Corvol i Somme 2021: 1–12). Osim mera za povećanje broja zdravstvenih radnika i povećanje plata, naglašen je razvoj integrisanog privatno-javnog i medicinsko-socijalnog zbrinjavanja starijih osoba. Predložene mere predviđale su u to vreme izolaciju, dežurstva bolničkih lekara u staračkim domovima, direktan prijem starijih osoba u najbližu bolnicu kako bi se izbegao neopravdani prijem u hitne službe. Predviđa se, takođe, raspoređivanje specijalizovanih mobilnih timova u domove za stare, kao i veći broj noćnih dežurstava za medicinske sestre u domovima. Ove aktivnosti su se povećale sa promenama u protekloj deceniji, u smislu koncepta integrisane zaštite. Najčešće su programi bili nedovoljno implementirani i/ili nejasno formulisani posebno na kliničkom nivou, zbog postojanja visokog nivoa fragmentacije

upravljanja, uprkos stvaranju regionalnih zdravstvenih agencija pre više godina. Kriza izazvana pandemijom kovida 19 je samo produbila fragmentaciju. Štaviše, i dalje nedostaju podaci o uticaju ovih programa na lična iskustva i položaj starijih osoba usled propusta rada službi, prvenstveno neprimerene koordinacije službi zdravstvene i socijalne zaštite. Shodno tome, zaključilo se da treba raditi na poboljšanju kulture profesionalne saradnje. Predloženi model integrisane nege, takođe, podrazumeva nacionalni nivo upravljanja.

Ako se učini osvrt na zakonodavstvo Nemačke, uočava se da su u periodu od 2015. do 2017. godine implementirana tri zakona o unapređenju dugotrajne nege za stare (European Commission 2017). Pojašnjava se zakonska definicija dugotrajne nege. Instrumenti za procenu individualnih potreba za negom obezbeđuju grupisanje u pet novih razreda nege, koji omogućavaju veće beneficije nego pre. Fizička, mentalna i psihološka ograničenja su uzeta u obzir po novom instrumentu procene. Time su, na primer, osobe s demencijom dobile znatno veće šanse da pristupe sistemu i dobiju veće beneficije. Novo stepenovanje potreba omogućava olakšan pristup dugotrajnoj nezi za veći broj pacijenata – korisnika. Implementacija zakonskih rešenja fokusira se na neka od ključnih pitanja: 1) definicija i procena individualnih potreba za negom; 2) osnaživanje dugotrajne nege kod kuće i u zajednici putem lokalnih saveta i struktura podrške; 3) nove vrste stanovanja uz podršku; 4) bolja koordinacija između zdravstvenih i socijalnih službi (European Commission 2017).

### **3 POLOŽAJ STARIJE POPULACIJE U PRAVU SRBIJE**

Kada je reč o pravu Srbije, u osnovi zaštite starijih osoba stoje ustavne garancije i određena zakonska rešenja. Ustav Srbije proklamuje da svako ima pravo na zaštitu svog fizičkog i psihičkog zdravlja (Satarić 2015: 30–36). Saglasno osnovnim propisima u zdravstvenom zakonodavstvu Srbije, a pre svega iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, populacija starih osoba uživa posebnu zaštitu kada su to osobe starije od 65 godina, što je izričita zakonska formulacija (ZZZ 2023: čl. 11, st. 2, tač. 4; Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2019. godine [ZZO] 2023: čl. 11, st. 1, tač. 24). U tom pogledu, pravo Srbije je osobeno, budući da većina inostranih zakona za odrasle ne specifikuje starosne granice, već se svaka osoba posmatra za sebe u konkretnim životnim uslovima i okolnostima. Deo pozitivnog zdravstvenog zakonodavstva predstavlja i društvena briga za zdravlje svih pojedinaca i grupa kojom su obuhvaćene i osobe starije od 65 godina života. Njome se obezbeđuje zdravstvena zaštita „grupacijama stanovništva koje su izložene povećanom riziku oboljevanja, zdravstvene zaštite u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti i stanja od većeg javnozdravstvenog značaja”. Obezbeđuje se i zdravstvena zaštita socijalno ugroženog stanovništva, pod jednakim uslovima na teritoriji Srbije. Principi sadržani u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti odnose se na pristup zdravstvenim službama, pravičnost, sveobuhvatnost, kontinuitet u tretmanu lica, kvalitet usluga i efikasnost rada u zdravstvu (ZZO 2023: čl. 19–24). Zakon usvaja načelo poštovanja ljudskih prava i vrednosti u zdravstvenoj zaštiti (ZZO 2023: čl. 20). Ostvarenje ovog načela

„podrazumeva obezbeđivanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti u pružanju zdravstvene zaštite, pre svega, prava na život, nepovredivost fizičkog i psihičkog integriteta i neprikosnovenost ljudskog dostojanstva, obezbeđivanje ravnopravnosti polova i rodnu ravnopravnost, uvažavanje moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubeđenja građana, kao i zabranu kloniranja ljudskih bića. Stari imaju pravo na najviši mogući standard zdravlja i zdravstvene zaštite”.

Propisi iz zdravstvenog osiguranja su u svemu usklađeni i takođe upućuju na poseban status starijih od 65 godina života, kao osiguranih lica kojima se obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Na isti način se u određenim slučajevima štite korisnici penzije koji su pravo na penziju ostvarili u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju (ZZO 2023: čl. 11, st. 1, tač. 24 i čl. 16). Značajane za oblast zaštite zdravlja su i odredbe Zakona o javnom zdravlju (2016: čl. 2), koje su između ostalog usmerene na osetljive društvene grupe u dostizanju zdravlja u javnozdravstvenim politikama, što znači usmerenost na socijalno-ekonomske determinante zdravlja i smanjenje nejednakosti u zdravlju. Propis koji je opšteg karaktera i primenjuje se jednako na populaciju starih u oblasti zdravlja predstavlja i Zakon o pravima pacijenata iz 2013. godine (2019). Odredbe ovog Zakona oblikovane su po uzoru na inostrane modele i Evropsku povelju o pravima pacijenata. Za status starih osoba od značaja su rešenja Zakona o socijalnoj zaštiti iz 2011. godine (2022: čl. 41, 59 i 60), koji sadrži upućujuću odredbu o zdravstvenoj zaštiti u domovima za smeštaj starih osoba i drugih korisnika, pri čemu se bliže propisuje poštovanje važećih standarda zaštite i nege, kao i pružanje usluga u okvirima socijalno-zdravstvenih ustanova.

#### 4 OSOBENOSTI PRAKSE U ZAŠTITI ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

Pravna pitanja koja u vezi sa ljudskim zdravljem pogađaju starije osobe na određeni način su opšta pitanja zaštite zdravlja, ali donekle se i razlikuju najčešće u smislu potenciranja nekih zdravstvenih problema usled godina života. Zajednička su pravila o informisanju i pristanku, pristupu medicinskoj dokumentaciji, privatnosti i poverljivosti, a više su naglašene razlike u službama rehabilitacije, dugotrajne nege i čuvanja u ustanovama za smeštaj, kao što su domovi za stare. U literaturi se iznose neki podaci kada je u pitanju zdravstvena zaštita starih u Srbiji. Tako, istraživanje koje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije imalo je za cilj da se sagleda ostvarivanje zdravstvene zaštite starih osoba. Naime, stare osobe najčešće koriste „usluge doma zdravlja i to usluge merenja krvnog pritiska, zatim određivanje šećera i masnoće u krvi, te hemoglobina i analize urina. Pri tome, nema razlike po polu i uzrastu starih osoba. Kod lekara nikad nije bilo samo 1,6% starije populacije, i to znatno više osoba muškog pola, iz gradskih naselja i najsiromašnijih starih osoba. Usluge u sektoru privatne zdravstvene zaštite stare osobe su ređe koristile, a najviše su koristili usluge stomatologa (34,9%) i lekara opšte medicine (17,4%). Usluge lekara u privatnoj praksi koristili su jer smatraju da pružaju kvalitetniju uslugu, te nema čekanja” (Obradović i dr. 2009: 65–73).

U jednom od radova prezentovani su nalazi istraživanja na manjem uzorku o kvalitetu zdravstvene zaštite starih u Vojvodini. U predmetnom istraživanju konstatovano je da su starije osobe višeg stepena obrazovanja i imovinski bolje situirane češće posećivale lekare opšte prakse i bile spremne da izdvoje



dodatna sredstva iz sopstvenih prihoda za vanbolničku zdravstvenu zaštitu i multimorbiditet. S druge strane, među hospitalizovanim pacijentima češće su bili pripadnici muškog pola, obično nižeg stepena obrazovanja, kao i ispitanici koji su ocenili svoje zdravstveno stanje kao loše ili veoma loše. Istraživanje je ustanovilo da postoje izražene nejednakosti u pružanju zdravstvenih usluga starijim osobama, koje je potrebno smanjiti sveobuhvatnim javnozdravstvenim politikama i intervencijama (Čanković 2017: 178).

Slučajevi iz prakse isto tako referišu na konkretne situacije gde je u pitanju ostvarenje zakonom uređenih prava pacijenata uopšte, kao što su: „pravo na dostupnost zdravstvene zaštite, na informacije, na preventivne mere, na bezbednost pacijenta, na obaveštenje, na slobodan izbor, na drugo stručno mišljenje, na privatnost i poverljivost, na pristanak, na uvid u medicinsku dokumentaciju, na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta, pravo pacijenta koji učestvuje u medicinskom istraživanju, pravo deteta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, pravo na olakšavanje patnji i bola, na poštovanje pacijentovog vremena, na prigovor i pravo na naknadu štete” (Zakon o pravima pacijenata iz 2013. godine [ZPP] 2019: čl. 6–31).

Status starijih osoba, najpre, može biti doveden u pitanje kod ostvarenja prava na pristup zdravstvenoj zaštiti, najčešće usled problema teškog stanja i nebrige za stare u poznim godinama, kao i usled drugih otežavajućih okolnosti. Populacija starih ulazi u osetljive grupacije stanovništva koje su izložene povećanom riziku oboljevanja. Smatra se da već samo pravo na zdravstve-

nu zaštitu podrazumeva da ustanove zdravstvene zaštite treba da budu lako dostupne svima i da pacijenti mogu da koriste njihove usluge kontinuirano, što ovde nije slučaj. Pravo na pristup povlači za sobom i kvalitet pristupa koji treba da bude jednako obezbeđen za svakog, pa i za starije pacijente, bez izuzetka i bilo kog vida diskriminacije.

U postupcima zaštite zdravlja starijih osoba može biti od važnosti i valjanost izjave volje, odnosno primene načela pristanka obaveštenog pacijenta (*informed consent*) kao izraza šireg prava na samoodređenje u odnosu na telo i život. Nekada nezavidan položaj i ozbiljna dijagnoza mogu potpuno da kompromituju ili učine nemogućim proceduru medicinskog odlučivanja. Tada postoji obaveza da se pribavi pristanak srodnika ili bliskih lica kao zastupnika obolelog, što može biti od suštinske važnosti. Medicinska mera protivno volji pacijenta, odnosno zakonskog zastupnika pacijenta lišenog poslovne sposobnosti, može se preduzeti samo u izuzetnim slučajevima, koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa lekarskom etikom. Pored opštih, zakonom propisanih elemenata pristanka za sve kategorije pacijenata, za pacijente sa potrebama mentalnog zdravlja od posebne važnosti je propis o obavezi da „pacijent lišen poslovne sposobnosti uvek treba i sam da bude uključen u donošenje odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru, a u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje i onda kada pristanak u ime njega daje zakonski zastupnik (stara-telj)” (ZPP 2019: čl. 19, st. 2).

Postoje brojne specifičnosti mentalnog zdravlja kod starijih osoba kao korisnika rezidencijalnih usluga. U dobro organizovanim sistemima kreirana i implementirana je Povelja o pravima pacijenata – korisnika rezidencijalnih



usluga (Mujović 2017: 71), kojom se naglašava potreba intersektorske saradnje, a koju su i istraživanja u Srbiji proučavala i uvrstila u svoje preporuke (Sjeničić i Jovanović 2017: 119).

Od posebnog značaja za pripadnike starijih je, takođe, odredba prema kojoj pacijent „ima pravo da odredi lice koje će u njegovo ime dati pristanak, odnosno koje će biti obavešteno o preduzimanju medicinskih mera, u slučaju da pacijent postane nesposoban da donese odluku o pristanku“ (ZPP 2019: čl. 16, st. 5). Prepoznaje se isto tako da za položaj korisnika usluga mentalnog zdravlja nekad može biti primarno pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu (ZPP 2019: čl. 27). Po logici stvari ovo pravo je dopušteno ograničiti, ali opet kao izuzetak i u zakonom propisanim uslovima.

Pravo na davanje izjava unapred, odnosno na izricanje naloga unapred, omogućava pacijentu da svoju volju o lečenju iskaže u nekom ranijem momentu, kao pripremu za slučaj da izgubi sposobnost odlučivanja. Ove izjave su posebno relevantne za starije osobe sa degenerativnim bolestima, kao što je Alchajmerova bolest. Naime, pacijent može da imenuje lice koje će imati pravo da donosi neophodne odluke u njegovo ime. Unapred izražene želje mogu da obuhvate i listu onih medicinskih tretmana kojima pacijent ni u kom slučaju ne želi da bude podvrgnut. Prema zakonu koji važi u Srbiji „pacijent ima pravo da odredi lice koje će u njegovo ime dati pristanak, odnosno koje će biti obavešteno o preduzimanju medicinskih mera, u slučaju da pacijent postane nesposoban da donese odluku o pristanku“. Ipak, ova odredba zakona se u praksi pokazala nefunkcionalnom, budući da starije osobe većinom ne

poznaju zakon, a zdravstvene službe ih ne informišu o tome, niti je jasno dat algoritam ostvarenja ovog prava.

Još jedna specifična oblast prakse koja može imati odraza na stariju populaciju predstavlja učestvovanje starih u medicinskim istraživanjima. Ona mogu biti nedovoljna i dovesti do deficita u razvoju lekova neophodnih za stanja starijih osoba. U tom kontekstu važni su, na primer, lekovi za terapiju bola.

Dostojanstven tretman starijih osoba je isto njima svojstven onda kada se podvrgavaju lečenju u terminalnim fazama bolesti. Pravo je pacijenta da bude tretiran kao ljudsko biće. Shodno važećem standardu, pacijent ima pravo na olakšavanje patnje i bola. Pacijent ima pravo na najviši nivo olakšavanja patnje i bola, saglasno opšteprihvaćenim stručnim standardima i etičkim principima, što podrazumeva terapiju bola i humano palijativno zbrinjavanje. Danas su dobro poznate usvojene smernice prema kojima svaka starija osoba kojoj je potrebno palijativno zbrinjavanje treba da ima pravo na pristup bez nepotrebnog odlaganja, u okruženju koje je u skladu s njenim potrebama i željama, uključujući negu kod kuće i u ustanovama za dugotrajnu negu. Nedovoljna politika palijativnog zbrinjavanja dovodi i do čestih slučajeva da se starije osobe podvrgavaju nepotrebnim pregledima, tretmanima, hospitalizacijama i prijemima na intenzivnu negu, ponekad i protiv svoje volje. To je opterećujuće i skupo za pacijenta, porodicu i društvo (The right of older persons to dignity and autonomy in care 2018). Kada je reč o stepenu zaštite po ovom pitanju u pravu Srbije, preporuke do kojih se u nekim od istraživanja<sup>3</sup> došlo su posebno naglasile:

<sup>3</sup> Projekat „Unapređivanje ljudskih prava putem poboljšanja usluga palijativne nege“ Udruženja pravika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije

„1) palijativno zbrinjavanje se ne odnosi samo na pacijente s kancerom, već i na obolele od drugih neizlečivih bolesti; 2) težak položaj osoba koje su na kraju života nikako ne sme da zbog njihove slabosti umanju i njihovu pravnu i socijalnu zaštitu. Naprotiv, njima je potrebna dodatna zaštita u svakom pogledu. Umirući pacijenti treba da uživaju sva osnovna prava pacijenata u skladu sa zakonom. Tu ne sme da bude diskriminacije ni po zdravstvenom statusu, niti po društvenom statusu, kakav često imaju marginalizovane grupe; 3) treba na prvo mesto staviti ljudsko dostojanstvo kada je reč o umirućim pacijentima i prema njemu meriti sve druge vrednosti; dostojanstvo se garantuje Ustavom Republike Srbije i zabranjuje se svaki oblik nečovečnog postupanja; 4) potrebno je da se u praksi palijativnog zbrinjavanja poštuju sva prava pacijenata, a ovde posebno pravo na odluku o svom lečenju (*informed consent*), bilo lično, preko zakonskog zastupnika, člana porodice ili drugog bliskog lica. Treba pravno podržati oblik pacijentove odluke unapred (*advance directive*) i planiranu palijativnu negu na kraju života; 5) treba dalje unapređivati pravo na pristup palijativnim merama, kako u pogledu kvaliteta usluga tako i organizaciono, preko različitih institucija i oblika pružaoca takvih usluga; 6) potrebno je dalje raditi na zakonskoj regulativi, kao i protokolima i vodičima dobre prakse u palijativnom zbrinjavanju, što će doprineti boljem tretmanu umirućih pacijenata” (Mujović 2019: 7–29).

– SUPRAM u partnerstvu sa Centrom za palijativno zbrinjavanje i palijativnu medicinu – BELhospis iz Beograda, sproveden u periodu od marta do septembra 2019.

## 5 TEŠKOĆE U ZAŠTITI PRAVA U VEZI SA ZDRAVLJEM

Pripadnici starije populacije kao korisnici usluga zdravstvene zaštite i nege u praksi mogu imati različita iskustva u pogledu vrsta i obima usluga, kvaliteta nege, kao i u odnosu na ishod tretmana. Poznato je da su starije osobe veoma podložne zlostavljanju, uključujući i situacije do kojih dolazi u pružanju usluga dugotrajne nege, a Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da najmanje četiri miliona starijih osoba doživi zlostavljanje u evropskom regionu, svake godine (The right of older persons to dignity and autonomy in care 2018). Navodi se sudski predmet vođen u vezi sa gerijatrijskom medicinskom sestrom koja je otpuštena jer je pokrenula krivični postupak protiv svog poslodavca navodeći nedostatke u pruženoj nezi. Evropski sud za ljudska prava je prepoznao ovaj problem i izneo stav da je „u društvima sa sve većim delom starije populacije kojoj se pružaju različiti vidovi institucionalne nege i staranja, a uzimajući u obzir posebnu ranjivost pacijenata koji često nisu u poziciji da samoinicijativno skrenu pažnju na nedostatke u pružanju nege, širenje informacija o kvalitetu ili nedostacima takve nege od vitalnog značaja u cilju prevencije zlostavljanja” (European Court of Human Rights Court (Fifth Section) – Judgment (Merits and Just Satisfaction) – CASE OF HEINISCH v. GERMANY 2021). Praksa pokazuje da u delu pravne zaštite putem nacionalnih mehanizama starije osobe nailaze na poteškoće, kao što su nedostatak potrebe zastupanja i protežiranje kada su u pitanju liste čekanja i duge procedure za koje po pravilu nisu spremni. Takođe, mnoge administrativne zahteve doživljavaju kao prepreke. Prethodno navedeno otežava položaj starih osoba u ostvarivanju zdravstvenih usluga

i u suprotnosti je sa odredbama zakona. Naime, Zakonom se izričito propisuje postupak istrage o žalbama pacijenata. Cilj žalbene procedure je da: 1) pruži pacijentima informacije o postupku i njihovim pravima; 2) ponudi pomoć u pismenom podnošenju žalbe; 3) posreduje između pacijenta i ustanove zdravstvene zaštite u nastojanju da se slučaj reši (Cernus 2013). U pravu Srbije usvojeno je rešenje prema kome pacijent onda kad „smatra da mu je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, ili da mu je postupkom zdravstvenog radnika uskraćeno neko od prava u oblasti zdravstvene zaštite, ima pravo da podnese prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada ili direktoru zdravstvene ustanove (privatne prakse) ili savetniku za zaštitu prava pacijenata” (Zakon o pravima pacijenata iz 2013. godine 2019: čl. 30). Drugi oblik pravne zaštite predstavlja pravo pacijenta na naknadu nastale štete. Naime, „pacijent koji zbog stručne greške zdravstvenog radnika u ostvarivanju zdravstvene zaštite pretrpi štetu na svom telu, ili se stručnom greškom prouzrokuje pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja, ima pravo na naknadu štete prema opštim pravilima o odgovornosti za štetu. Pravo na naknadu štete ne može se unapred isključiti ili ograničiti” (ZPP 2019: čl. 31).

## **6 KAPACITETI ZDRAVSTVENIH SISTEMA U PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA STARIJIM OSOBAMA**

Sve države sveta suočavaju se sa izraženim trendom povećanja broja starijih osoba u ukupnoj populaciji. Iako je prvobitno razmatran u visokorazvijenim zemljama koje su se prve suočile sa sve brojnijom starijom populacijom u ukupnoj populaciji, fokus na proces starenja je postao globalni društveni fenomen od

1980-ih godina. Tome je doprinelo prosečno produženje životnog veka (Obadić i Smolić 2008: 86). Posledice demografskog starenja stanovništva ogledaju se u povećanim troškovima za javno zdravlje.

Javni zdravstveni sistem predstavlja osnov evropskog koncepta socijalne zaštite te, posledično, evropske zemlje izdvajaju sve više budžetskih sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite. U tome posebno prednjače Austrija, Nemačka, Francuska, Holandija i Belgija koje ulažu značajniji deo bruto domaćeg proizvoda u zdravstvenu zaštitu. Pojedine zemlje EU poput Grčke, Italije, Irske, Portugala i Španije su u prethodnom periodu, usled *Subprime* krize i zapadanja u dužničku docnju, smanjile sredstva za zdravstvenu zaštitu, što se posledično odrazilo i na kvalitet zdravstvene usluge njihovih građana (Sovilj 2018: 146). Međutim, uprkos ekonomskoj krizi i recesiji, države se konstantno suočavaju sa raznovrsnim izazovima finansiranja zdravstvenog sistema usled permanentnog porasta troškova i ograničenih resursa. Među glavnim uzrocima porasta troškova u pružanju usluga zdravstvene zaštite su prevashodno promene u demografskim trendovima i sve veće učešće starih u ukupnoj populaciji koji imaju povećane potrebe za zdravstvenom negom i zbrinjavanjem, porast broja osoba sa hroničnim oboljenjima koja se multipliraju u starijoj dobi, razvoj i primena inovativnih terapija i medikamenata u zdravstvu koji su skupi, kao i porast očekivanja korisnika (pacijenata) zdravstvene zaštite (Jurlina Alibegović 2014: 339). Imajući u vidu da se sve navedeno odražava na porast troškova lečenja, te samim tim javni sektor zdravstva nije u mogućnosti da efikasno zadovolji sve potrebe korisnika zdravstvenih usluga, prvenstveno starih osoba, kontinuirano se sprovode reforme zdravstvene zaštite

uključivanjem privatnog sektora u pružanje zdravstvenih usluga.

Danas većina evropskih zemalja finansira zdravstvenu zaštitu stanovništva kako iz javnih, tako i iz privatnih izvora. U javne izvore finansiranja spadaju budžetski prihodi, kao i doprinosi po osnovu obaveznog socijalnog osiguranja. Privatne izvore finansiranja zdravstvene zaštite obuhvataju sredstva koja plaćaju privatna zdravstvena osiguranja, dobrovoljni prilozi, kao i sredstva koja građani plaćaju iz sopstvenog džepa za potrebe lečenja (Jovičić 2014: 8). U savremenom zdravstvenom okruženju sve je izraženiji trend pružanja zdravstvenih usluga preko institucija privatnog zdravstvenog sektora, pri čemu državama nedostaje direktna kontrola nad pojedinim komponentama zdravstvenog sistema. Kako je Svetska zdravstvena organizacija konstatovala, privatno pružanje zdravstvenih usluga beleži kontinuirani rast u ovom sektoru koji zauzima sve veći udeo na zdravstvenom tržištu širom sveta (WHO 2010: 1). U prilog tome navodimo da je i Nacionalna zdravstvena služba Velike Britanije (*National Health Service – NHS*), koja je dugo bila stožer univerzalne zdravstvene zaštite koju finansira država, prošla strukturne promene omogućavajući privatnom sektoru pružanje zdravstvenih usluga radi unapređenja zdravstvene zaštite stanovništva (Chapman 2014: 123). U međuvremenu, privatni sektor se, osim u razvijenim zemljama, i u nerazvijenim zemljama sve više uključuje u pružanje zdravstvenih usluga (WHO 2000: 2). Osim prvobitnog angažovanja privatnog sektora u pružanju zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite, vremenom je proširen delokrug poslova ovog sektora, te su uključeni i u pružanje zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite,

odnosno u izgradnju i održavanje zdravstvene infrastrukture.<sup>4</sup>

Pored toga, poslednjih decenija u visokorazvijenim zemljama kreirana je praksa osnivanja javno-privatnih partnerstava u zdravstvu s ciljem poboljšanja zdravstvenih usluga. Ugovorima o javno-privatnom partnerstvu uređuju se međusobna prava i obaveze u pružanju zdravstvenih usluga. Tako, na primer, u Austriji, Danskoj, Nemačkoj i Velikoj Britaniji ugovorima o javno-privatnom partnerstvu reguliše se pružanje zdravstvenih usluga u bolnicama (npr. ishrana, sterilizacija), dok se u Velikoj Britaniji, osim navedenih usluga, ugovorima predviđa izgradnja, održavanje i nabavka medicinske opreme. Realizacijom ugovora o javno-privatnom partnerstvu u Češkoj su izgrađene dve bolnice i dijagnostički centar, dok je npr. u Francuskoj podignuto šest bolnica i nekoliko gerijatrijskih centara (Jurlina Alibegović 2014: 341–342). Iskustva evropskih zemalja predstavljaju primer dobre prakse kako su kroz realizaciju javno-privatnih partnerstava podignuti značajni infrastrukturni objekti u zdravstvu, poput bolnica, hospisa, gerijatrijskih centara i domova za stare za pružanje odgovarajuće nege i zbrinjavanja starih lica, a sve sa ciljem unapređenja njihovog zdravlja, odnosno kvaliteta života. Ovo je posebno značajno budući da se na ovaj način postiže povećanje smeštajnih kapaciteta u zdravstvenim institucijama za prihvata

<sup>4</sup> Međutim, nasuprot primarnoj zdravstvenoj zaštiti u kojoj je pregovaranje i zaključivanje ugovora između fondova privatnog osiguranja i lekara ustaljena praksa, u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti država preuzima aktivniju ulogu u definisanju uslova plaćanja za pružene usluge nege i zbrinjavanja. U praksi razvijenih evropskih država sasvim je normalno da regulatorni državni organi propišu obavezu pacijenata da plaćaju participaciju prilikom korišćenja bolničke odnosno kliničke nege, uglavnom u određenom paušalnom iznosu za svaki dan proveden u bolnici odnosno na klinici (Jovičić 2014: 26).

starih lica, uzimajući u obzir da gotovo sve evropske zemlje imaju problem sa deficitom smeštajnih kapaciteta, a da je kod starih lica izraženija potreba za zdravstvenom negom i zbrinjavanjem u zdravstvenim ustanovama. Svakako, pozitivna rešenja iz uporednopravne prakse mogu koristiti kao potencijalni pravac razvoja javno-privatnog partnerstva u zdravstvenom sistemu Srbije.

Globalni trend privatizacije sistema zdravstvene zaštite predstavlja značajan rizik za pravičnu dostupnost zdravstvenih usluga, posebno za stara lica, siromašne i druge vulnerabilne ili marginalizovane grupe (Chapman 2014: 129). Uzimajući u razmatranje trend povećanja učešća privatnog sektora u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva, posebno spremnost pojedinaca za izdvajanje „iz džepa” radi kvalitetnije zdravstvene nege u situaciji kada istu obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva u dovoljnoj meri, postavlja se pitanje kako obezbediti da stara lica dobiju adekvatnu i kvalitetnu zdravstvenu uslugu uz prihvatljivu cenu, imajući u vidu njihove relativno niske prihode. Osim toga, ograničena finansijska izdvajanja u uslovima značajnih socioekonomskih promena, s jedne strane, i neophodnost ostvarivanja jednakosti u zdravlju za sve društvene grupe, s druge strane, nalaze se u koliziji, te je neophodno utvrditi odgovarajući način prevazilaženja problema, a sve u kontekstu održivosti zdravstvenog sistema (Sovilj, Stojković Zlatanović i Škobo 2020: 155). Shodno tome, neophodno je jasno i precizno definisati ugovorna prava i obaveze između učesnika u javno-privatnom partnerstvu u zdravstvenom sistemu, uključujući podelu profita, odnosno gubitaka među partnerima. Dakle, potrebno je uspostaviti ravnotežu, te dopustiti učesnicima privatnog sektora da omoguće pružanje inovativnih i delotvornih usluga nege i

zbrinjavanja starih lica, s jedne strane, a s druge strane država mora obezbediti uslove (putem participacije i sl.) da stara lica mogu ostvariti nameravane zdravstvene usluge (Jurlina Alibegović 2014: 346).

## **7 ZDRAVSTVENA ZAŠTITA STARIJIH OSOBA – POKRIVENOST USLUGA PO OSNOVU OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Kao što je u prethodnom delu ukazano, finansiranje i pružanje zdravstvene zaštite starim osobama predstavlja neprevaziđen problem u svim zemljama sveta. Sprovedena istraživanja demonstriraju da su troškovi za javno zdravlje lica starijih od 65 godina značajno veći u odnosu na lica drugih starosnih dobi (Nestić i Rubil 2014: 93). Posledica porasta udela starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji, odnosno povećanje njegove prosečne starosti, ogleda se u povećanom korišćenju bolničkih usluga (čak dve trećine udela u povećanju bolničkih usluga), kao i u povećanoj potrošnji medikamenata (Obadić i Smolić 2008: 92). Upravo je starosna dob u direktnoj sprezi sa povećanom zdravstvenom uslugom kako u javnom, tako i u privatnom sektoru. Kao tipičan primer navodimo naknadu odnosno participaciju za lekove, koja se uređuje ugovorima koje zaključuju farmaceutske kuće sa fondovima zdravstvenog osiguranja uz posredovanje države. U organizovanju i sprovođenju praćenja propisivanja medikamenata, uloga nadležnih organa je dvostruka s obzirom na to da se nastoje smanjiti troškovi uz istovremeno sprečavanje zloupotrebe lekova (Jovičić 2014: 27).

Uprkos tome što većina država izdvaja dodatna sredstva BDP-a za zdravstvo, ipak je to nedovoljno kako bi se pokrile sve neophodne usluge zdravstvene zaštite

iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Shodno tome, brojnim regulatornim propisima (zakoni, pravilnici) države nastoje da odrede medicinske usluge koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. U gotovo svim evropskim zemljama uobičajena je praksa da paketi obaveznog zdravstvenog osiguranja obuhvataju razne zdravstvene usluge u ambulantnoj i bolničkoj nezi, kao i participaciju za medikamente i medicinska pomagala (Jovičić 2014: 27).<sup>5</sup> Primera radi, u nemačkom zdravstvenom osiguranju ne postoji konačan katalog precizno definisanih medicinskih usluga namenjenih starim licima koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Peta knjiga Socijalnog zakonika određuje koje su zdravstvene usluge pokrivene obaveznim osiguranjem: „prevencija, zaštita i lečenje koje obuhvata ambulantno i bolničko lečenje, stomatološke usluge, kućna nega, rehabilitacija, socioterapija, medicinska pomoć u hitnim slučajevima, kao i transport pacijenata” (Glantić 2014: 48). Nemački sistem zdravstvenog osiguranja temelji se na postojanju brojnih zdravstvenih kasa. Zdravstvene kase koje imaju više starih i bolesnih lica dobijaju više sredstava naspram zdravstvenih kasa koje mahom osiguravaju mlade osobe.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Paketi zdravstvenih usluga zapravo predstavljaju katalog odnosno spisak medicinskih usluga koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Ovi spiskovi su važni i starim licima kao korisnicima medicinskih usluga s obzirom na to da se mogu informisati koja prava imaju po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Liste o obaveznom paketu zdravstvenih usluga podložne su izmenama i dopunama kako bi se adaptirale novim lekovima i inovativnim tehnologijama. Uobičajeno je da se jednom godišnje ažurira lista kako bi se proširila na nove lekove ili medicinsko-tehnička pomagala za koje je prethodno utvrđeno da su delotvorni i medicinski neophodni (Jovičić 2014: 31-32).

<sup>6</sup> U Nemačkoj postoji nekoliko vrsta zdravstvenih kasa: opšte, regionalne, dopunske, korporativne, poljoprivredne, rudarsko-železničko-pomorske, kao i kase namenjene pojedinim profesijama. Stara lica

Pojedine zemlje poput Švedske pružaju širok spektar usluga za stare osobe, koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Tako, program zdravstvene zaštite obuhvata usluge pomoći starim licima u sopstvenim domovima, smeštaj starih u stacionarne zdravstvene ustanove, te institucionalnu zaštitu u domovima. Zdravstvena zaštita starih obuhvata, takođe, kućne posete lekara, prepisivanje terapije, kao i bolničko lečenje. Subvencionisanjem zdravstvenih usluga u sopstvenim domovima švedska vlada nastoji da omogući dostojanstven život svojim sugrađanima i u najstarijoj dobi (Leibovich i dr. 1998).

I domaći zakonodavac prati evropske tekovine u pogledu obuhvata zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Tako su obaveznim zdravstvenim osiguranjem pokrivene sledeće usluge starim licima: lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti od strane izabranog lekara, ambulantni pregledi kod lekara specijaliste i bolničko lečenje, stacionarno lečenje, kućno lečenje,<sup>7</sup> kao i palijativno zbrinjavanje (ZZO 2023: čl. 55). Takođe, starim licima pruža se

kao osiguranici imaju na raspolaganju preko 150 zdravstvenih kasa koje pružaju zdravstvene usluge po osnovu obaveznog osiguranja i koje se nalaze u privatnom vlasništvu. Takođe, osiguranicima je data mogućnost da mogu promeniti zdravstvenu kasu po isteku roka od 12 meseci (Glantić 2014: 46).

<sup>7</sup> Stara lica upućuju se na stacionarno lečenje kada im neophodnu zdravstvenu uslugu u vidu dijagnostike, lečenja ili rehabilitacije nije moguće pružiti u kućnim ili ambulantnim uslovima. U izuzetnim uslovima, starim licima koja su u terminalnoj fazi bolesti i napokretna su, odnosno pokretna uz pomoć drugih lica, a kojima je neophodno palijativno zbrinjavanje, obezbediće se kratkotrajno lečenje u stacionarnoj ustanovi zarad primene simptomatske terapije i nege (ZZO 2023: čl. 57). Ako je medicinski neophodno i opravdano, nakon stacionarnog lečenja nastavlja se kućno lečenje. Kućno lečenje odobrava izabrani lekar ili lekar specijalista u slučaju kada je staroj osobi potrebna primena parenteralnih lekova, medicinska i rehabilitaciona nega koju zdravstveni radnik može pružiti u kućnim uslovima (ZZO 2023: čl. 58).



medicinska rehabilitacija zarad „poboljšanja ili uspostavljanja nepostojeće, izgubljene ili oštećene funkcije, koja je nastala zbog kongenitalnih anomalija, razvojnog poremećaja, akutne bolesti ili povrede, pogoršanja hronične bolesti ili medicinske intervencije. Medicinskom rehabilitacijom obezbeđuje se utvrđivanje, primena i evaluacija rehabilitacionih postupaka koji obuhvataju kineziterapiju i sve vidove fizikalne, okupacione terapije i terapije glasa i govora, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod stare osobe” (ZZO 2023: čl. 64). Nasuprot većini evropskih sistema zdravstvenog osiguranja koji ne pokrivaju stomatološke usluge starim licima po osnovu obaveznog osiguranja, domaći zakonodavac je pokrio određene stomatološke usluge obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Tako je licima starijim od 65 godina obezbeđena izrada akrilatne totalne i subtotalne proteze u visini od najmanje 65% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (ZZO 2023: čl. 63, st. 1, tač. 7, a u vezi sa čl. 131, st. 1, tač. 4). Pored toga, starim licima obezbeđena su očna i slušna pomagala u iznosu od 65% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog osiguranja (čl. 131, st. 1, tač. 4).

Kao što smo ukazali u prethodnom delu, usluge nege i zbrinjavanja starih lica kako u evropskim sistemima zdravstvenog osiguranja, tako i u domaćem zdravstvenom sistemu nisu u potpunosti pokrivene iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Upravo, visoki troškovi zdravstvenih usluga koje su neophodne starim licima, a koje istovremeno prati sve manje učešće mlađeg, radno sposobnog stanovništva iz čijih bi se zarada delom finansirala socijalna zaštita, kao i skupo upravljanje fondovima socijalnog

osiguranja, uz nezaustavljiv napredak ostvaren na polju medicine i farmacije, samo su neki od činilaca koji su doprneli finansijskoj neodrživosti sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja (Glintić 2022: 358). Sledstveno tome, prethodnih decenija iniciran je razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Međutim, dobrovoljno zdravstveno osiguranje razlikuje se od obaveznog s obzirom da nije dostupno svima pod istovetnim uslovima, jer osiguravači nemaju obavezu da zaključuju ugovore o dobrovoljnom osiguranju sa svakim ko im se obrati. Ovaj vid osiguranja naročito ne pogoduje starim licima budući da osiguravači nude ugovore starim licima sa kraćim trajanjem, ili im zaračunavaju više premije ako procene da je izražen veći rizik od oboljevanja (Jovičić 2014: 38). Imajući u vidu diskriminatoran pristup prema starim licima, prvenstveno zbog slabijeg zdravstvenog stanja i platežne (ne)mogućnosti (uglavnom niski prihodi), u praksi se ovaj vid zdravstvenog osiguranja pokazao izuzetno destimulativan za stariju populaciju.

## 8 ZAKLJUČNE NAPOMENE

Pristup pitanjima medicinskog i zdravstvenog prava u sagledavanju položaja i perspektive za sve one koji pripadaju populaciji starih, od vitalnog je značaja za svaku društvenu zajednicu. Reč je o zdravstvenom kontekstu, što znači o čuvanju najvažnijih čovekovih vrednosti kakve su život, zdravlje, telesni i psihički integritet. Starije osobe su po pravilu radno neaktivne, različitog ekonomskog statusa. Predstavljaju ranjivu populaciju, a može se reći često i marginalizovanu u zdravstvenim aspektima kako u komunikaciji sa profesionalcima u zdravstvu, sa drugim društvenim grupama, tako i od samog zdravstvenog sistema usled



nedovoljnih resursa ili drugih prioriteta. Njihova zaštita odnosi se pre svega na očuvanje zdravlja i dobrobiti za stare. Ustanovljeno je da se problemi sa mentalnim zdravljem i invaliditetom češće javljaju u starijoj životnoj dobi i njima treba posvetiti veću pažnju. Zaključuje se takođe da, uprkos sve većem broju starijih osoba i njihovoj potrebi za stalnom zdravstvenom zaštitom, još uvek postoji nedovoljna organizovanost i obučenost službi gerijatrije i gerontologije u zdravstvenim profesijama. Sve su to segmenti

zaštite koje treba unaprediti u zdravstvenom sistemu i društvenoj zajednici Srbije. Posebnu pažnju zavređuju institucionalni kapaciteti i finansijska održivost sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja. Naime, adekvatno regulisanje i finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja treba da omogući kvalitetniju zdravstvenu uslugu stanovništvu, prvenstveno starim licima kao ranjivoj populaciji kojoj je potrebno obezbediti veću dostupnost zdravstvenih usluga, kao i širi obim prava s tim u vezi.

#### **ZAHVALNICA**

*Rad je napisan u okviru Programa istraživanja Instituta društvenih nauka za 2023. godinu, koji podržava Ministarstvo nauke, tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije.*

## REFERENCE

- Baer, B., Bhushan, A., Abou Taleb, H., Vasquez, J., & Thomas, R. (2016). The Right to Health of Older People. *Gerontologist*, 56(2), 206–217. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnw039>
- Bajeux, E., Corvol, A., & Somme, D. (2021). Integrated Care for Older People in France in 2020: Findings, Challenges, and Prospects. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 1–12. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.5643>
- Cernus, E. (2013). *Basic patients' rights*. Budapest: Hungarian Civil Liberties Union.
- Chapman, A. (2014). The Impact of Reliance on Private Sector Health Services on the Right to Health. *Health and Human Rights Journal*, 16(1), 122–134.
- Charter of Fundamental Rights of the European Union, Official Journal of the European Union* (2007, December 14) [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf)
- Council of Europe (2018). *The right of older persons to dignity and autonomy in care*. Human rights comment, Strasbourg. <https://www.coe.int/fi/web/commissioner/-/the-right-of-older-persons-to-dignity-and-autonomy-in-care>
- Čanković, S. (2017). *Determinante zdravlja i korišćenja zdravstvene zaštite starih osoba na teritoriji Vojvodine*. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet. <https://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/8658>, Pristupljeno 10. juna 2023.
- Dyussenbayev, A. (2017). Age Periods of Human Life. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(6), 258–263. <https://doi.org/10.14738/assrj.46.2924>
- European Charter of patients rights, Rome (2002). <http://healthrights.org/index.php/cop/item/european-charter-of-patients-rights>
- European Commission (2017). Peer Review on “Germany's latest reforms of the long-term care system”. (Host Country Discussion Paper – Germany, 11–12 January, 1–18). DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Germany: Federal Ministry of Health. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9008#navitem-1>
- European Court of Human Rights Court (Fifth Section) – Judgment (Merits and Just Satisfaction) – CASE OF HEINISCH v. GERMANY* (2011, July 21). [https://www.stradalex.eu/en/se\\_src\\_publ\\_jur\\_eur\\_cedh/document/echr\\_28274-08](https://www.stradalex.eu/en/se_src_publ_jur_eur_cedh/document/echr_28274-08)
- European Parliament resolution of 1 June 2017 with recommendations to the Commission on the protection of vulnerable adults* (2017, June 1). [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0235\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0235_EN.html)
- Glintić, M. (2014). Savezna republika Nemačka. In K. Jovičić (Ed.), *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja – Upporednopravna analiza u evropskim zemljama* (pp. 41–57). Beograd: Institut za uporedno pravo i Sindikat lekara i farmaceuta Srbije – Gradska organizacija Beograda.
- Glintić, M. (2022). Regulisanje odnosa obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zakonodavstvu Republike Srbije. In M. Orlić (Ed.), *Aktuelna pitanja savremenog zakonodavstva: zbornik radova sa Savetovanja pravnika* (pp. 355–370). Beograd: Budva Savez udruženja pravnika Srbije i Republike Srpske.
- Jovičić, K. (2014). Osnovna pitanja zdravstvenih sistema u evropskim zemljama. In K. Jovičić (Ed.), *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja – Upporednopravna analiza u evropskim zemljama* (pp. 8–39). Beograd: Institut za uporedno pravo i Sindikat lekara i farmaceuta Srbije – Gradska organizacija Beograda.
- Jurlina Alibegović, D. (2014). Uloga javno-privatnog partnerstva u ekonomskoj procjeni racionalnog korišćenja resursa u zdravstvu. In M. Vehovec (Ed.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (pp. 333–356). Zagreb: Ekonomski institut.

- Leibovich, E., Bergman, H., & Béland, F. (1998). Health Care Expenditures and the Aging Population in Canada. In *Health care systems in Canada and elsewhere: striking a balance* (pp. 290–297). Quebec: Editions MultiMondes.
- Mujović, H. (2017). Aspekti medicinskog i procesnog prava u zaštiti korisnika usluga ustanova rezidencijalnog smeštaja. In M. Sjeničić & M. Marković (Eds.), *Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u skladu sa ljudsko-pravnim standardima* (pp. 59–88). Beograd: Institut društvenih nauka i Udruženje pravika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM.
- Mujović, H. (2019). Aspekti medicinskog prava u palijativnom lečenju umirućih pacijenata. In H. Mujović (Ed.), *Unapređenje ljudskih prava kroz razvoj usluga palijativnog zbrinjavanja* (pp. 7–29), Beograd: Udruženje pravika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM.
- Nestić, D., & Rubil, I. (2014). Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj. In M. Vehovec (Ed.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (pp. 79–108). Zagreb: Ekonomski institut.
- Obadić, A., & Smolić, Š. (2008). Ekonomske i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva. *Ekonomika istraživanja*, 21(2), 86–98. <https://hrcak.srce.hr/38172>
- Obradović, M., Petrović, J., Obradović, M., Radovanović, M., Timotić, A., & Anđelski Radičević, B. (2009). Korišćenje zdravstvene zaštite starih osoba u domu zdravlja. *Zdravstvena zaštita*, 38(6), 65–73. <https://doi.org/10.5937/ZZ09060650>
- Older Americans Act (OAA) Reauthorization Act, Public Law No. 114–144, From the U.S. Government Publishing Office*, (2016, April 19). <https://acl.gov/about-acl/authorizing-statutes/older-americans-act>
- Satarić, N. (2015). *Vodič kroz prava 65+ jer je pravo jednako za sve*. Beograd: Udruženje građana „Snaga prijateljstva” – Amity.
- Sjeničić, M., & Jovanović, M. (2017). Međusektorska saradnja u pružanju usluga i zaštita prava korisnika rezidencijalnog smeštaja. In M. Sjeničić & M. Marković (Eds.), *Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u skladu sa ljudsko-pravnim standardima* (pp. 101–120). Beograd: Institut društvenih nauka i Udruženje pravika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM.
- Sovilj, R. (2018). Uporednopravna analiza i izazovi regulisanja i finansiranja zdravstvenog osiguranja. *Strani pravni život*, 62(3), 143–161. <https://doi.org/10.5937/spz18031435>
- Sovilj, R., Stojković Zlatanović, S., & Škobo, M. (2020). Right to Health Care after the Economic Crisis. In G. Ilik & A. Stanojoska (Eds.), *Towards a better future: human rights, organized crime and digital society* (pp. 155–167). Volume II. Bitola: „St. Kliment Ohridski” University, Faculty of law – Kicevo.
- Szmukler, G., Daw, R. F., & Callard, F. (2014). Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ijlp.2013.11.024>
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* (2006). <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>
- United Nations Principles for Older Persons, Resolution 46/1991* (1991, December 16). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>
- World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO) (1999). *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. WHO: Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272657>
- World Health Organization (WHO) (2010). Health systems financing – the path to universal coverage. Geneva: WHO (The World Health Report 1–128).

- World Health Organization (WHO) (2000). *Guidelines on Working with the Private Sector to Achieve Health Outcomes*. Report by the Secretariat [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB107/ee20.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee20.pdf)
- World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO) (2021). *European Programme of Work 2020–2025: United Action for Better Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/339209>
- Zakon o javnom zdravlju* (2016, February 25). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2016/15/7/reg>
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom* (2009, June 2). [https://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_potvrđivanju\\_konvencije\\_o\\_pravima\\_osoba\\_sa\\_invaliditetom.html](https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_potvrđivanju_konvencije_o_pravima_osoba_sa_invaliditetom.html)
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene u biologiji i medicini: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicine* (2010, December 17). <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/mu/skupstina/zakon/2010/12/16/reg>
- Zakon o pravima pacijenata iz 2013. godine* (2019, April 3). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2013/45/2/reg>
- Zakon o socijalnoj zaštiti iz 2011. godine* (2022, October 26). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2011/24/2/reg>
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. godine* (2023, October 27). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2019/25/2/reg>
- Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2019. godine* (2023, October 27). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2019/25/1/reg>

**How to cite:** Sovilj, R., & Mujović, H. (2023). Society and the health of the elderly – a perspective from medical and health law. *Stanovništvo*, 61(2), 31–49. <https://doi.org/10.59954/stnv.530>