

- *Sudskomedicinska veštačenja u teoriji i praksi medicinskog prava*
Hajrija Mujović
- *Nasilje i mi: Mediji o nasilju nad ženama*
Zorica Mršević
- *U susret regionalnoj depopulaciji u Srbiji*
Vladimir Nikitović
- *Генетички и друшћ здрaвствени основи дискриминације на раду*
Сања Н. Стојковић Златановић
- *Populism, Stability and Multiculturalism*
Zoran Lutovac
- *Pravni aspekti nasilja nad starijim osobama*
Marta Sjeničić
- *Демографска анализа утицаја здравствене заштите и јавног здравља на шрендове смртности савременог Србије*
Иван Маринковић
- *Tržišna ekonomija i poslovna kultura: Nemačka i Japan*
Marijana Maksimović
- *Opažanje i čulna spoznaja kod Tome Akvinskog*
Predrag Milidrag
- *Niske stope rađanja i rodne uloge: teorijski okvir i praktični izazovi*
Ankica Šobot
- *Homo experimentalis – geografija socioloških eseja*
Veselin Mitrović
- *Pravni položaj investicionih društava na tržištu kapitala*
Ranko Sovilj
- *Bihevioralna ekonomija u funkciji održivog razvoja*
Predrag Jovanović
- *SELF: From One to Many and Back to None*
Janko Nešić
- *Institutions and Investment as Growth Drivers*
Jelena Zvezdanović Lobanova
- *Међународна академска мобилност у Србији: Од идеје покрећача модерног друштва до глобализације образовања*
Нена Васојевић
- *Tradicijska i korupcija u Srbiji*
Milica Joković Pantelić
- *Politička legitimnost: Dobrovoljno prihvatanje vlasti i poretka i dostojnost vlasti i poretka da budu prihvaćeni*
Zoran Lutovac
- *Političke stranke kao akteri integracije nacionalnih manjina u Srbiji*
Ksenija Marković
- *Да ли се разумемо? Двојезичност у образовању у мањинским срединама у Србији*
Марко Јовановић
- *Tragovi pravедnosti: Od kosmopolisa do algoritma*
Goran Bašić
- *Radna prava i mentalno zdravlje u eri digitalizacije: izazovi, mogućnosti i perspektive bezbednosti i zaštite na radu*
Sanja Zlatanović



Monografija predstavlja originalno i teorijski utemeljeno naučno delo koje se jasno izdvaja u savremenoj pravnoj literaturi. Originalnost se ogleda u izboru aktuelne i nedovoljno istražene teme, kao i u dosledno sprovedenom interdisciplinarnom pristupu kojim autorka povezuje radno pravo, bezbednost i zdravlje na radu, javno zdravlje i moderne tehnologije. Monografija ne doprinosi samo razvoju radnog prava kao posebne grane prava već širem razvoju pravne nauke u uslovima digitalizacije i transformacije rada, potvrđujući relevantnost kako za naučnu zajednicu tako i za praktičare i donosiocе odluka.

Prof. dr Bojan Urdarević

Monografija predstavlja značajan i višeslojno utemeljen naučni doprinos oblasti radnog prava, sa posebnim fokusom na pravo bezbednosti i zdravlja na radu. Ona ne samo da obogaćuje radnopravnu teoriju već istovremeno doprinosi i širem teorijskom razvoju doktrine korporativnog upravljanja, nudeći integrativni okvir koji povezuje radno pravo, standarde bezbednosti i zdravlja na radu i savremene modele korporativne odgovornosti.

Prof. emeritus Mirko Vasiljević

Vrednost monografije se ogleda u sagledavanju koncepta prava na zdravlje u smislu standarda Svetske zdravstvene organizacije, kao i u analizi uticaja digitalizacije na psihosocijalnu bezbednost zaposlenih. Ovim radom autorka daje važan doprinos razumevanju i unapređenju pravnog okvira zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Dr Marta Sjeničić

Monografija uspešno povezuje teoriju i praksu, što je od posebnog značaja u oblasti podložnoj ubrzanim promjenama usljed tehnološkog razvoja. Riječ je o djelu trajne vrednosti koje može poslužiti kao pouzdana osnova za dalja istraživanja i pravne reforme u ovoj izuzetno važnoj oblasti.

Prof. dr Igor Milinković



www.idn.org.rs

monografije

RADNA PRAVA I MENTALNO ZDRAVLJE U ERI DIGITALIZACIJE

Sanja Zlatanović

Sanja Zlatanović

RADNA PRAVA I MENTALNO ZDRAVLJE U ERI DIGITALIZACIJE

IZAZOVI, MOGUĆNOSTI I PERSPEKTIVE BEZBEDNOSTI I ZAŠTITE NA RADU



0 autoru

Sanja Zlatanović

Sanja Zlatanović je osnovne, master i doktorske studije završila na Pravnom fakultetu Univerziteta u Beogradu, u užoj naučnoj oblasti radnog i socijalnog prava. Naučno se usavršavala na Pravnom fakultetu Univerziteta u Ljubljani u oblasti socijalnog prava. Zaposlena je na Institutu društvenih nauka u zvanju višeg naučnog saradnika.

Njena naučna interesovanja obuhvataju radno i socijalno pravo, sa posebnim fokusom na bezbednost i zdravlje na radu, kao i zdravstveno (medicinsko) i antidiskriminaciono pravo. Takođe se bavi srodnim oblastima upravljanja radnim organizacijama, razvojem kulture i etike rada u savremenim uslovima transformacije socioekonomskih sistema i digitalizacije rada.

Posebno je angažovana na promovisanju integrativnog pristupa bezbednosti i zdravlju na radu, naročito u pogledu prepoznavanja značaja psihosocijalnih rizika u regulisanju uslova rada. Ovo ostvaruje kroz istraživački, projektni i konsultantski rad, uključujući saradnju sa evropskim javnim institucijama, posebno Evropskom agencijom za bezbednost i zdravlje na radu.

RADNA PRAVA I MENTALNO ZDRAVLJE
U ERI DIGITALIZACIJE
IZAZOVI, MOGUĆNOSTI I PERSPEKTIVE
BEZBEDNOSTI I ZAŠTITE NA RADU

Edicija
Monografije

Urednik edicije
dr Ranko Sovilj

Izdavač
Institut društvenih nauka
Beograd, 2026.

Za izdavača
Dr Marta Sjeničić

Recenzenti
Prof. dr Bojan Urdarević
Prof. emeritus Mirko Vasiljević
Dr Marta Sjeničić
Prof. dr Igor Milinković

ISBN 978-86-7093-296-8

<https://doi.org/10.59954/PLMX7611>

Monografija je napisana u okviru
Programa istraživanja Instituta društvenih nauka
za 2026. godinu, koji podržava Ministarstvo nauke,
tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije.

Sanja Zlatanović

RADNA PRAVA I MENTALNO ZDRAVLJE U ERI DIGITALIZACIJE

**IZAZOVI, MOGUĆNOSTI I
PERSPEKTIVE BEZBEDNOSTI
I ZAŠTITE NA RADU**

● monografije



**INSTITUT
DRUŠTVENIH NAUKA**
Institut od nacionalnog značaja
za Republiku Srbiju

Sadržaj

9	PREDGOVOR
12	1. UVOD – ZAŠTO JE MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU VAŽNO?
21	2. KONCEPTUALNO-TEORIJSKO ODREĐENJE POJMA ZDRAVLJA
30	2.1. ZDRAVLJE KAO LJUDSKO PRAVO – PRISTUP ZASNOVAN NA PRAVIMA
35	2.1.1. Pravo na zdravlje versus pravo na zaštitu zdravlja
42	2.1.2. Pravo na zdravlje u međunarodnim univerzalnim dokumentima o ljudskim pravima
44	2.1.3. Pravo na zdravlje u međunarodnim regionalnim dokumentima o ljudskim pravima – evropsko komunitarno i evropsko nekomunitarno pravo
52	2.2. PRAVO NA ZDRAVLJE I SOCIJALNE DETERMINANTE ZDRAVLJA – PRISTUP SVETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE
57	2.3. PRAVO NA ZDRAVLJE & DIGITALNA TRANZICIJA – REGULATORNI IZAZOVI
64	3. MENTALNO ZDRAVLJE U KORPUSU LJUDSKIH PRAVA – OD AKTIVIZMA I JAVNOPOLITIČKOG KONSTRUKTA DO LJUDSKOG PRAVA
70	3.1. NASTANAK I RAZVOJ SAVREMENOG KONCEPTA MENTALNOG ZDRAVLJA – JAVNOPOLITIČKI OKVIR
76	3.2. MENTALNO ZDRAVLJE KAO PRAVNI KONSTRUKT – EVOLUCIJA OD KLINIČKOG MODELA KA NORMATIVNOM OKVIRU I PRAVU NA MENTALNO ZDRAVLJE
80	3.3. MENTALNO ZDRAVLJE U MEĐUNARODNOM UNIVERZALNOM PRAVU
86	3.4. MENTALNO ZDRAVLJE U EVROPSKOM NEKOMUNITARNOM I EVROPSKOM KOMUNITARNOM PRAVU

86	3.4.1. Evropsko nekomunitarno pravo – instrumenti Saveta Evrope
95	3.4.2. Evropsko komunitarno pravo – instrumenti Evropske unije
106	3.5. MENTALNO ZDRAVLJE U DIGITALNO DOBA I U DOBA RAZVOJA VEŠTAČKE INTELIGENCIJE – IZAZOVI I MOGUĆNOSTI
108	3.5.1. Koncept digitalnog mentalnog zdravlja
110	3.5.2. Digitalno mentalno zdravlje – tehnički, etički i pravni izazovi
113	3.5.3. Mentalno zdravlje & sistem veštačke inteligencije – ka definisanju normativnog okvira
118	3.5.4. Regulisanje primene veštačke inteligenciju u oblasti zdravlja – primeri zakonodavne prakse
126	4. PRAVO NA MENTALNO ZDRAVLJE U OBLASTI RADA I ZAPOSŁJAVANJA
131	4.1. AKTIVNOSTI MEĐUNARODNIH ORGANIZACIJA U DOMENU MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU
132	4.2. AKTIVNOSTI EVROPSKE UNIJE U DOMENU MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU
137	4.3. MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU – KONCEPT, SPECIFIČNOSTI I IZAZOVI ZAŠTITE
145	4.4. DIGITALIZACIJA I AUTOMATIZACIJA PROCESA RADA & UTICAJ VEŠTAČKE INTELIGENCIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU – KONCEPT DOSTOJANSTVENOG RADA
147	4.4.1. Pojam veštačke inteligencije u (radno)pravnoj teoriji, zakonodavstvu i praksi
152	4.4.2. Pravo na mentalno zdravlje & veštačka inteligencija – aspekt bezbednosti i zdravlja na radu
156	5. ZAŠTITA BEZBEDNOSTI I ZDRAVLJA NA RADU – PRAVNI ASPEKTI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA I OSTVARIVANJE SOCIJALNOG BLAGOSTANJA
159	5.1. PRAVNI REŽIM ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU
161	5.2. PRAVA I OBAVEZE ZAPOSLENIH I POSLODAVACA
166	5.2.1. Obaveze i prava poslodavaca – prema zaposlenima, njihovim predstavnicima i trećim licima

172	5.2.1.1. <i>Pojam rizika na radu – procena i upravljanje psihosocijalnim faktorima rizika</i>
181	5.2.1.2. <i>Obaveza procene rizika na radu – akt o proceni rizika</i>
186	5.2.2. Obaveze i prava zaposlenih – prema poslodavcu, eksternim organima i institucijama
191	5.3. INSTITUCIONALNI OKVIR ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU
192	5.3.1. Institucionalizacija na međunarodnom nivou
193	5.3.2. Institucionalizacija na nacionalnom nivou
198	6. POSEBNI MEHANIZMI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU
200	6.1. PRAVO NA RAVNOTEŽU IZMEĐU PROFESIONALNOG I PRIVATNOG ŽIVOTA
200	6.1.1. Koncept ravnoteže profesionalnog i privatnog života – društveni kontekst nastanaka i razvoja
201	6.1.2. Ravnoteža između profesionalnog i privatnog života – ključni pravni aspekti
205	6.1.3. Domašaj koncepta ravnoteže između profesionalnog i porodičnog života – javnopolitički i pravni značaj
207	6.2. RADNO VREME, ODMORI I ODSUSTVA – PERSPEKTIVE RAZVOJA <i>DE LEGE FERENDA</i>
209	6.2.1. Pravo na digitalnu nedostupnost
219	6.2.2. Pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva
223	6.2.3. Programi blagostanja na radu & zaštite mentalnog zdravlja – organizaciono-pravni aspekt
226	6.3. KULTURA RADA I ETIČKI STANDARDI KAO ELEMENTI SAVREMENOG RADNOPRAVNOG PORETKA
234	7. NORMATIVNI OKVIR ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU U PRAVU REPUBLIKE SRBIJE – STANJE I PERSPEKTIVE RAZVOJA
242	8. UMETO ZAKLJUČKA – ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU <i>PRO FUTURO</i>
248	LITERATURA
269	SUMMARY

PREDGOVOR

Tema mentalnog zdravlja na radu i njegovog pravnog okvira u eri digitalizacije predstavlja jedno od aktuelnijih i izazovnijih pitanja savremenog radnog prava i bezbednosti i zdravlja na radu. Transformacija organizacije i procesa rada izazvana digitalizacijom, automatizacijom i primenom veštačke inteligencije redefiniše tradicionalni odnos između poslodavca i zaposlenog, menja organizacionu strukturu i dinamiku radnog angažovanja, kao i očekivanja u pogledu produktivnosti i odgovornosti. U tom kontekstu pitanje zaštite mentalnog zdravlja na radu prestaje da bude periferni segment radnog prava, te postaje centralni element zakonodavstva, organizacione prakse i korporativnog upravljanja.

Monografija *Radna prava i mentalno zdravlje u eri digitalizacije: Izazovi, mogućnosti i perspektive bezbednosti i zaštite na radu* ima za cilj da objedini teorijsko sagledavanje relevantnih pravnih instituta i njihovu normativnu konkretizaciju u okvirima nacionalnih pravnih sistema, uz istovremeno razmatranje međunarodnih i evropskih standarda rada, kao i praktičnih izazova u implementaciji mera zaštite mentalnog zdravlja u digitalno transformisanom radnom okruženju.

U istraživanju je primenjen interdisciplinarni pristup koji povezuje radno pravo, standarde bezbednosti i zdravlja na radu, organizacioni menadžment i savremene modele procene psihosocijalnih rizika. Metodološki okvir rada dominantno se zasniva na normativnopravnoj i uporednopravnoj metodi, uz primenu aksiološke analize usmerene na vrednosno preispitivanje savremenih koncepata zaštite zaposlenih u uslovima digitalne transformacije rada.

Pored identifikacije pravnih i regulatornih praznina monografija analizira i inovativne normativne pristupe, uključujući pravo zaposlenih na digitalnu nedostupnost, kao i mogućnost

odsustva sa rada usled mentalnog opterećenja i psihološkog nezadovoljstva, koji predstavljaju dodatne mehanizme uspostavljanja ravnoteže između profesionalnog i privatnog života. Posebna pažnja posvećena je uticaju savremenih društveno-ekonomskih procesa, poput demografskih promena, digitalne i zelene tranzicije, na transformaciju radnopravne zaštite i redefinisane standarda bezbednosti i zdravlja na radu u pravcu očuvanja mentalnog blagostanja zaposlenih.

Inspiraciju za proučavanje teme mentalnog zdravlja i psihosocijalnih rizika u kontekstu bezbednosti i zdravlja na radu pronašla sam u radu profesora Loika Leruža (*Loïc Lerouge*) sa Univerziteta u Bordou (*Université Bordeaux*), Francuska, kome dugujem posebnu zahvalnost za intelektualnu stimulaciju, podršku na kritičko promišljanje i uvid u evropske i francuske pristupe upravljanju psihosocijalnim rizicima i mehanizmima zaštite mentalnog zdravlja na radu. Leružove studije o socijalnoj regulaciji rada u digitalnom dobu, kao i analize integracije psihosocijalnih rizika u radnopravne okvire bezbednosti i zdravlja na radu, predstavljaju *sedes materiae* formulisanih zaključaka i preporuka sadržanih u ovoj monografiji. Zahvalnost dugujem i recenzentima na njihovoj podršci, vremenu i trudu u pregledanju rukopisa, a naročito na sugestijama koje su značajno doprinele unapređenju njegovog kvaliteta.

Intencija ove knjige nije samo u doprinosu pravno-teorijskoj literaturi u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu već je ona i svojevrsni vodič za poslodavce, pravne stručnjake, sindikate i donosiocel odluka koji žele da unaprede sistemski i holistički pristup organizacionom upravljanju i normiranju radnopravne zaštite mentalnog zdravlja na radu. Posebno je značajno da se pravni i organizacioni instrumenti sagledavaju proaktivno sa ciljem prevencije, a ne isključivo sa ciljem reaktivnog odgovora na prouzrokovane štete, što otvara prostor za kreiranje održivih politika rada i zaštite zdravlja koje istovremeno poštuju fundamentalna prava zaposlenih i osiguravaju otpornost i konkurentnost organizacija, odnosno poslodavaca u eri digitalizacije.

Veruje se da će monografija doprineti dubljem razumevanju kompleksnih izazova savremenog radnog prava i transformacije modernih formi rada, kao i unapređenju normativnih, organizacionih i društvenih mehanizama zaštite mentalnog zdravlja na radu. Istovremeno je njen cilj da podstakne razvoj savremenih regulatornih pristupa i interdisciplinarnih istraživanja usmerenih ka jačanju održivih i humanih uslova rada, otvarajući prostor za dalja teorijska i empirijska proučavanja u ovoj oblasti.

1. UVOD – ZAŠTO JE MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU VAŽNO?

Pitanja prevencije, zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja u postpandemijskom periodu, a naročito u okolnostima digitalne i zelene tranzicije ekonomsko-socijalnog sistema u kontekstu ostvarivanja ciljeva održivog razvoja, sve više dobijaju na značaju. Ovo, ne samo u okvirima sistema zdravstvene zaštite već se, u teoriji i javnopolitičkoj praksi, zastupa multidisciplinarn, integrativan i holistički pristup, odnosno analiza i sagledavanje mesta, uloge i značaja mentalnog zdravlja i u povezanim sistemima, tj. sistemu obrazovanja, sistemu socijalne sigurnosti, kao i u sistemu rada i zapošljavanja.

Empirijska istraživanja, u kojima je kanadska organizacija *TELUS Health*, koja se bavi istraživanjima stanja mentalnog zdravlja na globalnom nivou primenom indeksa mentalnog zdravlja, objavila godišnji izveštaj o stanju mentalnog zdravlja zaposlenih na nivou Evropske unije, ukazuju na pad nivoa mentalnog zdravlja među zaposlenima na teritoriji Unije, naglašavajući da se 38% njih nalazi u visokom riziku od ugrožavanja stanja mentalnog zdravlja (European Trade Union Institute [ETUI], 2024). Istraživanje stanja mentalnog zdravlja sprovedeno je u šest država Evropske unije, i to u Francuskoj, Nemačkoj, Španiji, Holandiji, Poljskoj i Italiji, u periodu od aprila do oktobra 2023. godine. Izveštaj je pokazao da se među dominantnim poremećajima mentalnog zdravlja izdvajaju anksioznost, depresija, ali i problemi sa spavanjem, dok je rizik veći kod zaposlenih ispod 40 godina života u odnosu na one iznad 50, kao i da mladi zaposleni, odnosno mlađi milenijumci i generacija Z, dva puta više koriste usluge psihosocijalne podrške u odnosu na starije kolege, s tim da je rizik veći kod populacije žena (ETUI, 2024).

Istraživanja su još pokazala povećan nivo psihosocijalnih rizika na mestima rada poslednjih dvadeset godina, uz to je između 2000. i 2016. godine rizik od smrtnog ishoda usled kardiovaskularnih bolesti nastao kao posledica dugih radnih sati povećan za 41% na globalnom nivou, dok nedavno sprovedene studije ukazuju da između 17% i 35% depresivnih stanja nastaju na radu i u vezi su sa radom (ETUI, 2024).

Sa druge strane, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je usvojila Evropski okvir aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja za period 2021–2025, u kome se posebno ukazuje na važnost zaštite mentalnog zdravlja na radu i na prevenciju profesionalnog stresa putem mehanizama upravljanja stresom na mestima rada, kao i na potrebu za razvojem mehanizama prevencije i zaštite. Rizici po mentalno zdravlje na radu identifikovani su okvirno, a vezani su za probleme u ostvarivanju ravnoteže profesionalnog i privatnog života, za dominantnu kulturu stalne dostupnosti putem digitalnih uređaja, povećanu nesigurnost zaposlenja i rada, pojavu fleksibilnih formi radnog angažovanja, kao i one povezane sa lošim i neadekvatnim uslovima rada (World Health Organization [WHO], The WHO European Framework for Action on Mental Health [EFAMH], 2022).

Na globalnom nivou Svetska zdravstvena organizacija u saradnji sa Međunarodnom organizacijom rada (MOR) 2022. godine usvojila je Smernice za zaštitu mentalnog zdravlja na radu u obliku *Policy brief-a*, u kojima je naglašen značaj upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu organizacionim mehanizmima usaglašavanja i unapređenja uslova rada, kulture rada i interpersonalnih odnosa na mestima rada. Ističe se važnost treninga i obuka, kao i ustanovljavanje mehanizama profesionalne integracije osoba sa mentalnim poteškoćama, i to na način koji kao krajnji cilj ima stvaranje radne sredine koja podstiče dobro mentalno zdravlje kroz rukovođenje organizacijom, putem investicija i poštovanja ljudskih prava, kao i kroz integraciju, participaciju i usaglašavanje (WHO & International Labor Organization [ILO], Mental Health at Work: Policy Brief, 2022).

Važnost zaštite mentalnog zdravlja na radu u godinama koje dolaze iskazana je i tako što je Svetski dan mentalnog zdra-

vlja, koji se obeležava 10. oktobra svake godine, počev od 1992. godine, 2024. bio posvećen zaštiti mentalnog zdravlja na radu,¹ čime se ističe značajnost mentalnog zdravlja na radu u kontekstu dobrobiti za poslodavce, odnosno radne organizacije, radnike, odnosno građane, kao i za zajednicu u celini.

Navedene javnopolitičke inicijative podstaknute empirijskim studijama kojima je utvrđen pad nivoa globalnog mentalnog zdravlja, posebno u periodu nakon pandemije virusa korona i u okolnostima digitalne tranzicije, inicirale su zahteve za utvrđivanjem adekvatnog normativnog okvira prevencije i zaštite mentalnog zdravlja na radu na evropskom i, posledično, na nacionalnim nivoima. Takve inicijative predstavljaju na određen način *sedes materiae* razvoja tradicionalno uspostavljenog modela bezbednosti i zdravlja na radu ka njegovom savremenom obliku, odnosno realnoj, u praksi osiguranoj jednakosti zaštite fizičkog i mentalnog zdravlja na radu. Sve navedeno treba posmatrati u svetlu činjenice da su tradicionalni modeli bezbednosti i zdravlja na radu prvenstveno bili usmereni na zaštitu fizičkog zdravlja zaposlenih, dok je značaj mentalnog zdravlja dugo ostajao u drugom planu. Takav pristup zanemarivao je činjenicu da je mentalno zdravlje ne samo važan preduslov očuvanja fizičkog zdravlja, već i da između fizičkog i mentalnog zdravlja postoji snažna međusobna i povratna povezanost, koja neposredno utiče na opšte blagostanje, kvalitet života i socijalnu dobrobit pojedinca, radne sredine i društva u celini. Osim toga, fundamentalno pravo na rad, koje u opštem smislu „podrazumeva pravo i mogućnost svakog lica da slobodno izabranim ličnim radom obezbedi sebi i članovima porodice socijalnu sigurnost, u zdravoj i bezbednoj radnoj sredini“ (Urdarević, 2023: 148), posebno ističe značaj karakteristika radne sredine za punu realizaciju ovog prava. Ovo uključuje i obavezu poslodavaca da osiguraju uslove koji štite ne samo fizičko već i mentalno zdravlje zaposlenih, prepoznajući psihosocijalnu bezbednost kao ključni element dostojanstvenog rada.

Posledično, inicijative za donošenje posebnog zakonodavstva *ratione metariae*, naročito na nivou Evropske unije (EU),

¹ <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2024>

posljednjih godina u fokusu su evropskog komunitarnog prava, pa je s tim u vezi u martu 2022. godine Evropski parlament usvojio Rezoluciju kojom poziva Komisiju da predloži, na osnovu konsultacija sa socijalnim partnerima, donošenje posebne *Direktive o psihosocijalnim rizicima i blagostanju na radu*. Direktiva bi imala za cilj efikasnu prevenciju psihosocijalnih rizika na radu, kao što su anksioznost, depresija, sindrom sagorevanja na radu, stres na radu, uključujući i rizike nastale usled strukturalnih problema, odnosno onih vezanih za organizaciju rada (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound], 2022). Nadalje, u julu iste godine članovi Evropskog parlamenta usvojili su Rezoluciju kojom pozivaju Evropsku komisiju i države članice da adresiraju psihosocijalne rizike na radu, gde se naglašava da postojeći mehanizmi procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima nisu dovoljni niti efikasni, zbog čega se dalje poziva na neophodnost „usvajanja preventivnih planova poslodavaca vezanih za rizike po mentalno zdravlje na mestima rada” (Eurofound, 2022).

Regulatorni osnov navedenih inicijativa, odnosno osnov za usvajanje rezolucija kojima se na nivou EU poziva na donošenje posebnog zakonodavstva o psihosocijalnim rizicima i zaštiti mentalnog zdravlja na radu, jeste javnopolitički, strateški dokument EU, tj. *Evropski strateški okvir za zaštitu bezbednosti i zdravlja na radu za period 2021–2027*. (European Union [EU], EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2021–2027). U ovom dokumentu Evropska komisija je ukazala na značaj kampanja Evropske agencije za bezbednost i zdravlje na radu² (*European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]*) koje se odnose

² Evropska agencija za bezbednost i zdravlje na radu (*European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]*) predstavlja ključnu instituciju EU u oblasti unapređenja bezbednosti i zdravlja na radu. Njena osnovna uloga ogleda se u prikupljanju, analizi i razmeni informacija o profesionalnim rizicima, radnim uslovima i politikama zaštite zdravlja zaposlenih, sa ciljem stvaranja bezbednog, zdravog i održivog radnog okruženja širom Evrope. Poseban značaj Agencije ogleda se u istraživanjima psihosocijalnih rizika, digitalizacije rada, mentalnog zdravlja zaposlenih i novih oblika rada, čime EU-OSHA doprinosi razvoju savremenih standarda zaštite zdravlja i bezbednosti na radu, kao i kreiranju preventivnih politika zasnovanih na naučnim dokazima.

na prevenciju i zaštitu od koštanomišićnih poremećaja i psihosocijalnih rizika na mestima rada, gde se, vezano za psihosocijalne rizike, evropski socijalni partneri pozivaju da procene sve psihosocijalne rizike u domenu mentalnog zdravlja na radu, te utvrde smernice za njihovo prepoznavanje, prevenciju i zaštitu radnika.

Na strani evropskih socijalnih partnera Evropska konfederacija sindikata u oktobru 2024. godine usvojila je *Rezoluciju o specifičnim zahtevima za donošenje posebne Direktive o prevenciji psihosocijalnih rizika na radu*. U Rezoluciji se ukazuje na empirijske dokaze o korelaciji između psihosocijalnih rizika na radu, depresije i prerane smrti, kao i o potrebi sprovođenja statističkih studija i analiza o suicidu povezanim sa radom na nivou EU (European Trade Union Confederation [ETUC], ETUC resolution on specific demands for a European Directive on the prevention of psychosocial risks at work, 2024). Osim toga, ističe se uticaj psihosocijalnih rizika na nastanak koštanomišićnih poremećaja i kardiovaskularnih bolesti, što ima utvrđene posledice na bezbednost i zdravlje na radu, a u okvirima tradicionalnih sistema bezbednosti i zdravlja na radu (ETUC, ETUC resolution on specific demands for a European Directive on the prevention of psychosocial risks at work, 2024).

Psihosocijalni rizici imaju negativan uticaj na održivost poslovanja i produktivnost organizacija, ugrožavajući interese poslodavaca u pogledu maksimizacije profita i ostvarivanja ekonomskih ciljeva, ali i šire posledice po celokupan sistem socijalne sigurnosti. Tako psihosocijalni rizici doprinose povećanju odsustava sa rada usled bolesti, a ujedno izazivaju i čestu fluktuaciju zaposlenih, uključujući dobrovoljno napuštanje posla i raskid ugovora o radu od strane zaposlenih. Psihosocijalni rizici takođe obuhvataju nasilje, često zasnovano na polu, kao i uznemiravanje na radu, ubrajajući i seksualno nasilje i uznemiravanje, kako u digitalnom (*online*) tako i u fizičkom (*offline*) okruženju (ETUC, ETUC resolution on specific demands for a European Directive on the prevention of psychosocial risks at work, 2024). Naročito se ukazuje i na problem tzv. *etičkog stresa*, kada zaposleni nisu u stanju da obave radne zadatke na način koji oni smatraju kvalitetnim, što izaziva posebnu vrstu nelagode i stresa na individualnom nivou.

U Rezoluciji se stoga poziva na neophodnost donošenja posebne *Direktive o prevenciji psihosocijalnih rizika na radu*, u kojoj bi se dala jasna i precizna definicija psihosocijalnih rizika, uz naznaku da su oni predvidljivi, da se mogu prevenirati, kao i da se javljaju na radu, te da su sa radom povezani; da na mentalne probleme i mentalno zdravlje na radu utiču uslovi rada, kao i sama organizacija rada, koji pak povećavaju uslove za nastanak psihosocijalnih rizika u slučajevima kada nisu dostojanstveni, tj. adekvatni; da je odgovornost za prevenciju i zaštitu od psihosocijalnih rizika na poslodavcu, a ne na rukovodiocima, odnosno na menadžmentu, dok bi patogena stanja nastala dejstvom psihosocijalnih rizika trebalo klasifikovati kao profesionalna oboljenja, uz neophodnost izmene Preporuke EU 2022/2337 o evropskoj listi profesionalnih bolesti, tako da uključi psihosocijalne poremećaje; da je potrebno utvrditi obavezu poslodavaca da sprovede sistemsku procenu psihosocijalnih faktora u radnoj sredini, u okviru tradicionalne procene rizika modela bezbednosti i zdravlja na radu, uz primenu kolektivnog pristupa, kao i pristupa usmerenog na posebnu procenu psihosocijalnih faktora rizika za ranjive kategorije radnika, poput žena, mladih, starijih radnika, radnika migranata, te osoba sa invaliditetom; da se teret dokazivanja prebaci na poslodavca, odnosno da je na poslodavcu obaveza da dokazuje da zaposleni nije bio izložen psihosocijalnim rizicima rada; da je potrebno izričito zabraniti upotrebu digitalnih tehnologija praćenja i nadzora nad zaposlenima, uključujući i praćenje radnog učinka i individualnu produktivnost na radu; da se garantuje uključenost i participacija sindikata, kao i lica zaduženih za kontrolu sprovođenja mera za bezbednost i zdravlje na radu u identifikaciji, utvrđivanju i implementaciji mera prevencije i zaštite od psihosocijalnih rizika na mestima rada; da se predvidi obaveza za poslodavce da utvrde ciljeve i indikatore smanjenja stresa na radu, u saradnji sa sindikatima i predstavnicima radnika; da se definišu mere zaštite od diskriminacije i drugih negativnih posledica po radnopravni status onih zaposlenih koji su ukazali na problem psihosocijalnih rizika na radu; da se obezbedi pristup obukama za sve zaposlene o prevenciji psihosocijalnih rizika na radu, kao i za rukovodioce koji bi

morali da prođu obaveznu, specijalizovanu obuku i najzad da se utvrde mere za povećanje efikasnosti inspekcija rada, u smislu povećanja resursa i obuke (ETUC, ETUC resolution on specific demands for a European Directive on the prevention of psychosocial risks at work, 2024).

Ostvarivanje i zaštita mentalnog zdravlja na mestima rada deo je sistema bezbednosti i zdravlja na radu, s tim da su problemi mentalnog zdravlja na radu dugo bili zanemarivani kada je reč o tradicionalnim modelima bezbednosti i zdravlja na radu, uz fokus kreatora javnih politika i zakonodavaca na primarnu zaštitu fizičkog zdravlja i zaštitu od štetnih fizičkih, hemijskih i bioloških agenasa iz radne sredine. Posledično, poslodavci nisu pridavali važnost zaštiti mentalnog zdravlja na radu, unilateralno. Ipak poslednjih godina, u okvirima politika socijalne odgovornosti multinacionalnih kompanija, pojedini poslodavci su usvajali interne standarde procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na mestima rada u cilju zaštite mentalnog zdravlja, s tim da je zaštita bila nedovoljna i nepotpuna za zaštitu ekonomsko-socijalnih prava, a često i bez efikasnih mehanizama primene u praksi, zbog čega je zaštita ostala dominantno deklarativna. Interna pravila na nivou poslodavca donošena su obično bez učešća socijalnih partnera, odnosno sindikata i predstavnika zaposlenih, što dodatno pospešuje njihovu neefikasnost.

Stoga normiranje mehanizama za zaštitu mentalnog zdravlja na radu u pravno obavezujućim dokumentima evropskog komunitarnog prava, odnosno prava EU, kao i heteronomnim i autonomnim izvorima u nacionalnim radnim zakonodavstvima, doprinosi univerzalnosti i delotvornosti zaštite, ali i efikasnosti primene. Osim toga, na taj način obezbeđuje se i učešće socijalnih partnera i predstavnika civilnog društva, u cilju utvrđivanja normativnog okvira zaštite, čime se obezbeđuje delovanje u skladu sa načelom tripartizma i tzv. tripartizma plus kao jednog od osnovnog načela radnog prava, individualnog i kolektivnog.

U korpusu ljudskih prava zaštita mentalnog zdravlja na radu, pored ostvarivanja prava na bezbednost i zdravlje na radu, doprinosi i ostvarivanju prava na zdravlje kao univerzalnog ljudskog prava, te ostvarivanju ciljeva iz Agende Ujedinjenih nacija

(UN) o održivom razvoju 2030, i to posebno cilja 3 u oblasti zdravlja i cilja 8 u oblasti ostvarivanja dostojanstvenog rada za sve društvene grupe.

Istraživanje osnovnih pravno-teorijskih, javnopolitičkih, normativnih i praktičnih pitanja prevencije i zaštite mentalnog zdravlja na radu ima za cilj ukazivanje na potrebu prioritizacije normiranja mehanizama procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu, kao savremenim rizicima po mentalno zdravlje u radnoj sredini, posebno u doba digitalizacije, te njihovo uključivanje u tradicionalne modele bezbednosti i zdravlja na radu. Primenom pravno-teorijskog, normativnog, komparativnog metoda, kao i metoda klasičnog logičkog zaključivanja po analogiji, te povezivanja teorijskih koncepata nauke o pravu, posebno u domenu radnog i zdravstvenog prava, sa konceptom nauke organizacionog upravljanja, odnosno menadžmenta, u radu se nastoje identifikovati ključna pravno-organizaciona pitanja zaštite mentalnog zdravlja na radu, sa ciljem definisanja modela dobre zakonodavne prakse. Na tim osnovama nadalje utvrdiće se preporuke za dopunom i izmenom domaćeg zakonodavstva u ovoj oblasti *de lege ferenda*.

Istraživanje je podeljeno na šest tematskih celina, adresirajući pitanja konceptualizacije i normiranja prava na zdravlje, odnosno prava na zdravstvenu zaštitu u međunarodnom univerzalnom, kao i u evropskom nekomunitarnom i komunitarnom pravu, te mesta, uloge i značaja mentalnog zdravlja u okvirima koncepta prava na zdravlje, tj. prava na zdravstvenu zaštitu u prvom delu, dok će drugi, središnji deo istraživanja biti posvećen prioritizaciji mentalnog zdravlja u oblasti radnog prava, u delu bezbednosti i zdravlja na radu. Ovo je naročito značajno u kontekstu identifikovanja i razvoja efikasnih mehanizama zaštite od psihosocijalnih rizika u radnoj sredini, sa posebnim fokusom na promene izazvane procesima digitalizacije i automatizacije rada, kao i sve intenzivnijom primenom veštačke inteligencije u organizaciji i procesu rada. Osim toga, implikacije tehnološkog razvoja i komunikacionih tehnologija na osnovne institute radnog prava u kontekstu uslova rada, tj. radnog vremena, odmora i odsustva, biće kritički analizirane sa aspekta procene potrebe za utvrđivanjem

dodatnih mehanizama zaštite osnovnih prava na radu i u vezi sa radom, kao i sa aspekta potrebe za njihovom rekonceptualizacijom. S tim u vezi, pravni režim zaštite mentalnog zdravlja na mestima rada u smislu prava i obaveza poslodavaca i zaposlenih vezano za definisanje normativnog okvira, sa jedne, i institucionalnog okvira, sa druge strane, biće sagledani sa ciljem utvrđivanja uniformnih standarda unapređenja uslova rada u kontekstu mentalnog zdravlja na radu i obezbeđenja delotvorne zaštite.

Naročita pažnja biće usmerena na mehanizme zaštite u okvirima tradicionalnih i savremenih radnopravnih instituta, odnosno sagledavanjem i analizom primene prava na ravnotežu profesionalnog i porodičnog života, zatim nedavno predstavljenog prava na digitalnu nedostupnost (*Right to disconnect*) u okvirima evropskog zakonodavnog prostora, sa Francuskom kao prvom državom EU koja je u svom radnom zakonodavstvu utvrdila pravo zaposlenih na digitalnu nedostupnost nakon radnog vremena, ali i prava na odsustvo sa rada zbog osećaja nezadovoljstva (*Right to unhappy leave*) nastalog u Kini, kao moguće odgovore na krizu zaštite mentalnog zdravlja na mestima rada i potencijalne mehanizme zaštite od psihosocijalnih rizika. Osim toga, u ovom delu sagledaće se primeri dobre prakse iz uporednog prava, gde se na nivou poslodavca ustanovljavaju tzv. programi za unapređenje dobrobiti i blagostanja na radu (*Wellness program*) za zaštitu mentalnog zdravlja na radu, kao i uvođenje obaveznosti za poslodavce da sprovedu opšte i specijalizovane obuke za zaštitu od psihosocijalnih rizika na mestima rada.

Na kraju, ukazano je na neophodnost holističkog, integrativnog i multidisciplinarnog sagledavanja psihosocijalnih rizika na mestima rada u kontekstu zaštite mentalnog zdravlja, kao i na važnost analize uslova rada, organizacionih aspekata rada, ali i pravila iz radne sredine, odnosno prihvaćene kulture rada prilikom utvrđivanja adekvatnog i valjanog normativnog i institucionalnog okvira zaštite mentalnog zdravlja na radu.

2. KONCEPTUALNO-TEORIJSKO ODREĐENJE POJMA ZDRAVLJA

Određivanje pojma zdravlja, kao i njegova diferencijacija od pojma bolesti koji mu je direktna suprotnost, u konceptualno-teorijskom smislu izazovno je, imajući u vidu različitosti sagledavanja u okvirima biomedicinskih nauka, sa jedne, i društveno-humanističkih, sa druge strane. Osim toga, pojmu zdravlja pristupa se iz različitih perspektiva, iz perspektive opšte populacije, biomedicinske, tj. perspektive zdravstvenih radnika, zatim pacijenata, starije populacije, kao i sa stanovišta filozofije medicine, ali i teologije (van Druten et al., 2022: 6). Stoga danas u literaturi ne postoji saglasnost oko univerzalnog konceptualno-teorijskog okvira pojma zdravlja, s tim da se kod definisanja dominantno uzima definicija zdravlja Svetske zdravstvene organizacije, o kojoj će biti više reči u nastavku teksta, u poglavlju koje sledi.

Tradicionalno filozofsko teorijsko pristupanje definisanju zdravlja zasnivalo se na aksiomu odsustva bolesti, odnosno slabosti, pri čemu je takvo stanovište bilo vrednosno neutralno, preciznije lišeno vrednosnih kvalifikacija koje su pak posledica društvenih konstrukcija, etičkih standarda ili pravnih pravila u određenom vremenu i na određenoj teritoriji. Tako se pojmu zdravlja pristupalo isključivo kao biološkom konstrukt, pitanju prirodnih, tj. bioloških nauka.

Navedeni pristup u teoriji filozofije medicine naziva se *naturalistički*, a zasnovan je na prirodnoj teoriji zdravlja, čiji je najznačajniji predstavnik Bors (Boorse, 1977) sa svojom biostatističkom teorijom zdravlja (van Druten et al., 2022: 2). Naturalistička koncepcija zdravlja, prema Borsu, podrazumeva da se konceptu pristupa uzimajući u obzir njegovu ulogu u medicinskoj praksi, tačnije u pitanju je stanje koje zahteva medicinski tretman i, shodno kliničkoj terminologiji, takvo stanje odstupa od

tzv. normalnog funkcionisanja organizma u biološkom smislu, što se pak utvrđuje primenom statističkih metoda, tj. stanje je normalno ukoliko klinički relevantne varijable (visina, težina, krvni pritisak, sedimentacija i dr.) odgovaraju statistički „normalnoj varijaciji“ (Boorse, 1977: 544–546). Osim toga, kod definisanja zdravlja uzima se u obzir i subjektivni osećaj pacijenta, zapravo potrebno je još da osoba trpi bolove, oseća patnju ili neugodnost, odnosno da postoje simptomi uključujući i situacije kada može doći do invaliditeta ili je on već nastupio (Boorse, 1977: 547). Bors je predstavio teoriju referentne klase, što podrazumeva prirodnu klasu, vrstu organizma uniformne funkcionalnosti, posebno u okvirima starosne ili polne grupe, što je imalo za cilj ukazivanje na specifičnosti različitih organizama, gde ono što je normalno za funkcionisanje jedne vrste, jednog organizma, nije slučaj i kod druge (Ereshefsky, 2009: 222).

Pored fokusa na fizičko zdravlje Bors se u svom ključnom radu osvrnuo kratko i na primenu principa biostatističkog koncepta zdravlja i u domenu mentalnog zdravlja, s tim da se ogradio, naglašavajući da mentalno zdravlje neće biti predmet konkretnog rada. Međutim, važno je istaći da Bors smatra da kod mentalnog zdravlja postoji prisustvo vrednosnih sudova koje on odbacuje, ističući njihovu kontroverznost, uz primere homoseksualizma i feminizma, postavljajući pitanje da li je pojam mentalnog zdravlja uopšte legitiman, pri čemu na pitanje odgovara negativno, gde kao razlog kratko navodi neophodnost sagledavanja mentalnog zdravlja i njegove konceptualizacije po ugledu na fizičko zdravlje primenom analogije (Boorse, 1977: 543).

Može se zaključiti da i među najuticajnijim filozofima medicine pitanja mentalnog zdravlja jesu zanemarena i u određenim slučajevima grubo odbacivana, pa čak i vezano za samo prepoznavanje pojma mentalnog zdravlja kao kategorije, što je bila i jedna od najznačajnijih kritika naturalističkog koncepta zdravlja. Kao primeri koji dovode u pitanje relevantnost naturalističke teorije u literaturi su isticani homoseksualizam i feminizam koji se ne smatraju bolestima prema sada preovladavajućem stanovištu, a odstupaju od tzv. statistički normalnog funkcionisanja organizma, te zahtevaju vrednosnu procenu, uz to da ne ostvaruju ni

funkciju koju je Bors identifikovao kao „normalnu“, a to je preživljavanje i reprodukcija individue, pri čemu se ukazuje na to da, vezano za ovo potonje, čovek može u životu imati više različitih ciljeva koji ne moraju nužno biti reproduktivne prirode ili one striktno biološke, što nužno ne implicira da individua ima oštećeno zdravlje (Ereshefsky, 2009: 223). Osim toga, kao kritika naturalizma navodi se i da takvo stanovište počiva na ideji nepromenljivosti i neunapređenja medicinskog znanja vezano za konkretne bolesti, gde se ukazuje da promene u medicinskom znanju dovode do promena u vrednovanju značaja određenog stanja u smislu prisustva ili odsustva bolesti (Ereshefsky, 2009: 224). Na ovim osnovama razvila se normativistička, tj. vrednosna teorija u konceptualizaciji pojma zdravlja.

Normativistička teorija zasniva se na pristupu zdravlju ili pristupu bolesti, uzimajući u obzir opšte vrednosti koje odražavaju stavove na određenom prostoru i u određenom vremenu. Vrednosti jesu opšti, često apstraktni normativni principi koji su delom subjektivni, a određivanje pojma zdravlja, primenom ove teorije, posledica je normativnih, vrednosnih izbora nastalih pod uticajem implicitnih ili eksplicitnih moralnih uverenja (Maarse, 2023). Cilj normativističke teorije zdravlja jeste često odgovor na kompleksna etička pitanja i obično ima praktičnu ili političku funkciju (Thorell, 2024: 452). Kao primer normativističkog poimanja zdravlja u literaturi se navodi stanovište Kupera (Cooper, 2005), u kome se određeno stanje smatra bolešću ako je ono nepoželjno, pogođena osoba se oseća nesrećno i ukoliko se takvo stanje potencijalno može medicinski tretirati (Thorell, 2024: 452).

Međutim, kao nedostatak normativističke teorije u literaturi se ističu primeri određenih stanja, poput alkoholizma i gojaznosti, koja se nesumnjivo smatraju nepoželjnim i osobe mogu biti nesrećne, s tim da ne postoji generalna saglasnost u društvenoj zajednici da je u pitanju bolest (Ereshefsky, 2009: 224). Tako se, ukoliko se prihvati Kuperova definicija zdravlja, alkoholizam može posmatrati kao stanje koje istovremeno ima društveno nepoželjnu i kliničko-biološku dimenziju. Savremena medicina danas raspolaže različitim metodama prevencije, tretmana i lečenja alkoholizma, usled čega prvi i treći kriterijum iz navedene

definicije mogu biti relativno jasno identifikovani i procenjivani. Međutim, posebno problematičan ostaje drugi kriterijum, tačnije subjektivni osećaj nezadovoljstva ili patnje same osobe. Reč je o izrazito individualizovanom iskustvu koje zavisi od ličnih, psiholoških, socijalnih i kulturnih okolnosti, zbog čega se ne može niti univerzalno niti objektivno vrednovati. Isto se može primeniti i na stanje gojaznosti.

Ipak, prema važećim medicinskim standardima u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svetske zdravstvene organizacije (10. revizija) gojaznost se klasifikuje kao bolest iz grupe IV – Bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma – dok su takva stanja označena šiframa od lokalizovane gojaznosti do posledica prekomernog hranjenja (M65–M68), (Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2013: 36). Isto važi i za alkoholizam koji je u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti SZO klasifikovan u okviru grupe V – Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja – šifrom F10, u okviru dela duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanim upotrebom psihoaktivnih supstanci (Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2013: 38). Međutim, društveni i kulturološki standardi često odstupaju od važećih medicinskih standarda, te se alkoholizam i gojaznost retko kvalifikuju kao poremećaji, tj. bolesti u društvenom kontekstu i svakodnevnoj praksi.

Ipak, uzimajući u obzir sadašnji društveni razvoj i civilizacijski napredak, kao i razvoj biomedicinskih nauka, čisto naturalističko shvatanje zdravlja nije primenljivo, posebno u kontekstu savremenih tendencija multidisciplinarnog, holističkog i integrativnog pristupa u teoriji, javnopolitičkoj praksi i zakonodavstvu.

Stoga, nasuprot dvema tradicionalnim teorijama zdravlja, naturalističkoj i normativističkoj, razvile su se, prirodno, *hibridne teorije* i alternativni pristupi. Najznačajniji predstavnik hibridne teorije zdravlja Vejkfild (Wakefield) smatra da se bolešću naziva ono stanje koje pojedincu nanosi štetu ili umanjuje korist, što se utvrđuje prema standardima kulture te osobe (vrednosni kriterijum), a koje istovremeno uzrokuje nemogućnost nekog unutrašnjeg mehanizma da obavlja svoju prirodnu funkciju, pri čemu se prirodna funkcija ocenjuje uzimajući u obzir evolutivno objašnje-

nje funkcionisanja organizma (objektivni i vrednosno neutralni kriterijum), (Ereshefsky, 2009: 224).

Kao *alternativni pristupi* konceptualizaciji pojma zdravlja, koji su nastali kako bi se prevazišle teškoće naturalističke, tj. normativističke teorije kod kvalifikacije društveno izazovnih stanja poput homoseksualizma ranije i alkoholizma ili gojaznosti modernog doba, javljaju se oni koji naglašavaju važnost distinkcije između opisa zdravstvenog stanja i normativnih stavova, gde se pod opisom stanja podrazumeva fiziološko i psihološko stanje pojedinca (Ereshefsky, 2009: 225). Navedeno ima za cilj izbegavanje kvalifikacije stanja pojedinca kao „prirodno“, „normalno“ u odnosu na „abnormalno“, uključujući i kvalifikaciju „funkcionalno“ ili „disfunkcionalno“, dok se pod normativnim stavovima podrazumevaju eksplicitni vrednosni sudovi koji se tiču vrednovanja tako utvrđenog fiziološkog ili psihološkog stanja (Ereshefsky, 2009: 225).

Slično Erešefski (Ereshefsky), Nilsen (Nielsen, 2023) konceptualizaciji zdravlja pristupa deskriptivno, uvodeći termin *procena zdravlja* koji podržava savremeni pristup u oblasti zdravlja, odnosno trend medicine zasnovane na dokazima (*Evidence-based medicine*) i zdravstvene zaštite zasnovane na vrednostima (*Value-based health care*). Tako se kod određivanja postojanja bolesti, što je suprotno zdravlju, pribegava opštoj proceni zdravlja, bolesti i dobrobiti, a sama procena se zasniva na univerzalnim instrumentima iz upitnika posebno dizajniranog za samostalnu evaluaciju stanja zdravlja pojedinca i uključuje više dimenzija – fizičko, mentalno i socijalno zdravlje (Nielsen, 2023: 12–13). Ovaj pristup u osnovi je hibridan, budući da je koncept zdravlja sagleđan primenom objektivnih, naučnih kriterijuma medicine zasnovane na dokazima, što odgovara naturalističkim pogledima na zdravlje, dok se istovremeno primenjuju i vrednosni kriterijumi subjektivne procene stanja zdravlja na strani pojedinca, s tim da su vrednosni kriterijumi definisani objektivno ili se bar tome težilo, a sa ciljem da uključe sve dimenzije zdravlja – fizičku, emocionalnu, kognitivnu i socijalnu.

U kategoriju hibridnih i alternativnih pristupa pojmu zdravlja može se ubrojati i *teorija subjektivno istaknutog naturalizma*

(*Subjectively salient naturalism*), koju je razvila Amanda Torel (Amanda Thorell) sa ciljem pomirenja razlika između naturalističke i normativističke teorije tako da, za razliku od naturalista, teorija subjektivno istaknutog naturalizma priznaje da teorija o zdravlju i bolesti može biti vrednosno orijentisana, naročito u fazama operacionalizacije ovih pojmova, gde teorije o zdravlju mogu biti objektivne, sa jedne, a da istovremeno uključe i subjektivne aspekte, sa druge strane (Thorell, 2023: 459–460).

Tako u slučaju kada je osoba depresivna, kada oseća umor, hroničnu tugu, gubitak interesovanja i ima poteškoće u svakodnevnom funkcionisanju, prema teoriji subjektivno istaknutog naturalizma smatra se da depresija može da ima čisto biološke osnove, s tim da to nije dovoljno za klasifikaciju depresije kao bolesti, već ona mora biti i značajna za samu osobu i za društvo, tj. mora imati subjektivni značaj. Naime, ako osoba u konkretnom slučaju oseća patnju, ima smanjenu funkcionalnost i želi pomoć, onda depresiju možemo smatrati bolešću iako ne znamo tačan biološki uzrok, što dalje implicira da ocena da li je nešto bolest ili nije zavisi od prirode i od značenja koji se pripisuju tom stanju. Sa druge strane, primena naturalističkog pristupa u ovom slučaju bi podrazumevala fokus na biološke pokazatelje, odnosno da li postoji hemijska neravnoteža u mozgu, poremećaj neurotransmitera, genetički faktor i sl. Stoga se, ako nema jasnih bioloških uzroka, depresija ne može kvalifikovati kao bolest. Ovaj pristup pokušava da definiciju bolesti svede isključivo na ono što je merljivo i fizički utemeljeno, bez uplitanja vrednosnih sudova. U slučaju primene normativističkog pristupa uzimaju se u obzir kultura, običaji, društvene i moralne vrednosti, pa ukoliko osoba ne može da funkcioniše u određenom društvu i pati, takvo stanje biće smatrano kao bolest, s tim da ono što se smatra bolešću u jednoj sredini i u određeno vreme, ne znači da će se smatrati bolešću u drugoj sredini ili pak nakon protoka određenog vremenskog perioda.

U poslednje vreme u javnozdravstvenim politikama sve više se naglašava *koncept pozitivnog zdravlja* koji se zasniva na multidimenzionalnom pristupu zdravlju i na individualnoj sposobnosti prilagođavanja i samoupravljanja, odnosno sposobnosti

pojedince da se prilagodi promenjenom fizičkom stanju, tj. trenutnom stanju zdravlja, kao što je starost, hronična bolest ili invaliditet (van Druten et al., 2022: 19). Navedeno uključuje i svojevrsno emocionalno i psihološko, mentalno prilagođavanje takvom fizičkom stanju, gde se zdravlje sagledava kao dinamično stanje pri čemu je adaptacija na promenjene okolnosti neophodna (van Druten et al., 2022: 19), što nadalje utiče na kvalifikaciju određenog stanja kao bolesti ili pak odsustva bolesti. Koncept pozitivnog zdravlja u svojoj osnovi ima jako izražen subjektivizam i okrenut je isključivo prema percepciji pojedinca, pacijenta, kao i prema njegovim urođenim ili stečenim sposobnostima prilagođavanja, na osnovu čega se kasnije procenjuje prisustvo ili odsustvo bolesti. Ovaj pristup možemo nazvati i evolucionističkim u čisto biološkom smislu, dok se vrednosni kriterijum ovde zanemaruje, barem onda kada se vrednosni stavovi usvajaju na opštem nivou, tj. generalno za celu populaciju, a ne na nivou pojedinca. Koncept pozitivnog zdravlja je stoga bliži naturalističkoj teoriji zdravlja.

Definisanje koncepta zdravlja od posebnog je značaja pre svega u medicinskom smislu radi utvrđivanja postojanja stanja koje zahteva odgovarajuće lečenje ili zdravstvenu zaštitu. Međutim, značaj ovog pojma prevazilazi isključivo medicinsku dimenziju i obuhvata širi društveni i pravni kontekst, budući da utiče na odnos društva prema pojedincu, na stepen njegove socijalne uključenosti, kao i na ostvarivanje prava i pravnu zaštitu koja pojedincu po tom osnovu pripadaju. Naime, teškoće i izazovi u definisanju zdravlja posledica su njegove često apstraktne i multidimenzionalne prirode, uz to da se znanja iz biomedicinskih nauka konstantno unapređuju, te da se odnos prema bolesti i sa te strane menja, što nadalje utiče i na društveno shvatanje bolesti i zdravlja. Osim toga, koncept zdravlja se napretkom i razvojem društva dopunjuje novim elementima gde inicijalni fokus na fizičko zdravlje biva unapređen shvatanjem zdravlja u holističkom smislu, tako da jednako uključuje i mentalno zdravlje, socijalno zdravlje, socijalno blagostanje, a u poslednje vreme se ističe i aspekt ekoloških elemenata koncepta zdravlja. Sa druge strane, cilj definisanja i pojmovnog određenja zdravlja i bolesti

jestе zadovoljenje ljudske potrebe za ostvarenjem kvalitetnog života, zbog čega je zdravlje uzdignuto na nivo ljudskih prava iz grupe ekonomsko-socijalnih.

U pravnoj teoriji koncept zdravlja se sagledava, po ugledu na teorije iz filozofije medicine, u okviru dva dominantna i, sledstveno tome, suprotstavljena stanovišta. Tako se razlikuje mehanički model zdravlja od socijalnog modela koji preovlađava. *Mehanički, odnosno inženjerski koncept zdravlja* podrazumeva fokus na funkcionisanju organizma ljudskog tela, na prevenciji od povreda i narušavanja funkcija organizma, kao i na lečenju u slučajevima kada je to potrebno (Montgomery, 2003: 3) i odgovara naturalističkom pristupu zdravlja u filozofiji medicine. Sa druge strane, *socijalni koncept zdravlja* podrazumeva da se stanje zdravlja procenjuje uzimajući u obzir ishranu, uslove sredine, organizaciju društvene zajednice i usvojene vrednosti, životni stil pojedinca i genetičko nasleđe (Montgomery, 2003: 3). Socijalni koncept zdravlja u pravu zasnovan je na vrednosnim kriterijumima po ugledu na normativističke teorije zdravlja, s tim da je ovde fokus na uzrocima uticajnosti na zdravlje kako bi se utvrdili mehanizmi zaštite, što je inače cilj prava. Dakle, koncept zdravlja, između ostalog, različito se definiše u zavisnosti od perspektive sagledavanja i utvrđenih ciljeva. Cilj prava u opštem smislu jeste zaštita određenih opštečovečanskih vrednosti i zadovoljenje ljudskih potreba.

Pored dva tradicionalna socijalna modela zdravlja, savremeni koncept zdravlja u (zdravstvenom) pravu unapređen je i elementom prevencije, odnosno zaštitom od bolesti i povreda *pro futuro*, zatim zaštitom od negativnih uticaja životne sredine, kao i promovisanjem sredine koja pospešuje unapređenje zdravlja (Montgomery, 2003: 3). S tim u vezi, ovaj pristup zahteva procenu podeljene odgovornosti za zdravlje između pojedinca (odgovornost za svoje, kao i za zdravlje drugih lica), države, ali i poslodavaca i zdravstvenih radnika (Montgomery, 2003: 3).

U pravu zdravlje se smatra jednom od osnovnih vrednosti društva koja doprinosi funkcionisanju pojedinca i društva u celini, pri čemu je zdravlje od ključnog značaja za dobrobit. Ono podstiče radost, kreativnost i produktivnost pojedinca i zajednice u

celini, pa osobe sa dobrim fizičkim i mentalnim zdravljem razvijaju bolje društvene i profesionalne odnose, što čini njihov život smislenijim i u krajnjem srećnijim (Gostin, 2008: 7–8).

Na ovom mestu valja se osvrnuti kratko i na samu koncepciju ljudskih prava, uključujući i pravo na zdravlje. Stanovište političkog filozofa Džeremija Bentama (Jeremy Bentham), zasnovano na njegovoj kritici prirodne, naturalističke koncepcije ljudskih prava – da ljudska prava važe nezavisno od bilo koje institucije i da se primenjuju nezavisno od toga da li su priznata od strane nadležnih društvenopolitičkih aktera – u praksi se pokazalo kao najbliže istini, te se s tim u vezi može reći da pristup socijalnog, društvenog konstrukta ljudskih prava jeste objektivno najprihvatljiviji. Koncept društveno uspostavljenih ljudskih prava zasniva se na tvrdnji da su ljudska prava posledica istorije i kontinuiteta pre nego praiskonski date vrednosti koje važe same po sebi, što se potvrđuje i time što tzv. nove generacije ljudskih prava važe samo u onim društvenim zajednicama koje su ih prihvatile, dok su vezano za tradicionalna, fundamentalna ljudska prava njihovo opšte važenje i primena posledica istorije i kontinuiteta, tj. „lokalnog rasta do globalnog nivoa” (Gregg, 2012: 3). Tako Greg (Gregg) zagovara stanovište pragmatičnog poimanja ljudskih prava, te ih definiše kao „pragmatične imperativne objektivne istine” i razlikuje od „epistemioloških imperativa objektivne istine” (Gregg, 2012: 5), čime se ljudska prava vezuju za vrednosne konstrukte određenog društva u određenom vremenu, odnosno smatraju se društvenim i političkim konstruktom čija se univerzalnost za fundamentalna ljudska prava uspostavila vremenom i kontinuitetom i prihvatanjem od strane relevantnih društvenopolitičkih aktera.

Stoga koncept ljudskih prava, uključujući i pravo na zdravlje kao jedno od fundamentalnih prava iz korpusa ekonomskih i socijalnih prava, u pravnoj teoriji prvenstveno počiva na vrednosnoj orijentaciji i ima izrazitu društvenopolitičku dimenziju. Istovremeno je stepen njegovog ostvarivanja objektivno uslovljen raspoloživim ekonomskim, institucionalnim i socijalnim resursima društva, odnosno države koja garantuje njegovu zaštitu i realizaciju. Upravo iz tog razloga se u univerzalnim međunarodnim, evropskim, a potom i nacionalnim dokumentima o ljudskim

pravima pravo na zdravlje ne definiše kao apsolutno pravo na zdravlje, već kao „pravo svakoga na najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja“, kako je utvrđeno Međunarodnim paktom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima Ujedinjenih nacija iz 1966. godine (United Nations [UN], 2008: 8).

2.1. ZDRAVLJE KAO LJUDSKO PRAVO – PRISTUP ZASNOVAN NA PRAVIMA

Sagledavanje i analiza zdravlja kao ljudskog prava, u formi *prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno zaštitu zdravlja*, zahteva prethodno razmatranje pristupa ljudskim pravima koji primenjuju vodeće međunarodne organizacije. U savremenoj teoriji i praksi kao dominantan okvir afirmiše se pristup zasnovan na pravima (*Right-based approach*) koji ljudska prava, uključujući pravo na zdravlje, posmatra ne samo kao programske ciljeve već kao pravno obavezujuće standarde koji nameću državama dužnost poštovanja, zaštite i ostvarivanja. Pristup zasnovan na pravima razvio se početkom devedesetih i sredinom tih godina 20. veka kada su vodeće razvojne međunarodne organizacije prihvatile ovaj pristup, počev od UN, njenih specijalizovanih agencija i nadalje evropskih razvojnih organizacija, ali i međunarodnih i regionalnih nevladinih organizacija (Miller & Readhead, 2019: 701).

U samoj osnovi pristupa nalazi se zaokret od fokusa na ljudske „potrebe“ ka fokusu na garantovanje i zaštitu „prava“ (Miller & Readhead, 2019: 700), gde u suštini ideja ostaje ista, te su pojedine potrebe uzdignute na nivo prava društvenim konsenzusom na univerzalnom nivou, sa ciljem obezbeđenja (pravne) zaštite. U ranoj fazi nastanka (od početka devedesetih godina 20. veka do početka 21. veka) pristup zasnovan na pravima uključio je različite programe, namere i organizovanja koja su imala za primarni cilj razvoj, što je podrazumevalo inkorporaciju ljudskih prava u sektor razvoja (Miller & Readhead, 2019: 700).

Druga faza (od 2000. godine do 2010) dovela je do širenja primene ovog pristupa i u drugim oblastima, tj. sektorima, poput sektora zdravstva, hrane, svetske kulturne baštine, socijalnog

rada (Miller & Readhead, 2019: 702). I na kraju treća faza (od sredine 2010. godine do danas) ima za cilj transformaciju sistema i inkorporaciju pristupa zasnovanog na pravima, sve na osnovu sistematske evaluacije iz druge faze, što šire, tako da uključi i specifične oblasti zaštite prava žena i dece na zdravstvenu zaštitu, kao i prava drugih ranjivih društvenih grupa po oblastima od utvrđenog značaja (Miller and Readhead, 2019: 703). Cilj je specijalizacija zaštite i uključivanje svih društvenih grupa, odnosno ostvarivanje vrednosti jednakosti, socijalne pravde i solidarnosti.

Treća, savremena faza primene pristupa zasnovanog na ljudskim pravima u oblasti zdravlja, preciznije garantovanja, ostvarivanja i zaštite prava na zdravlje, koju zagovaraju i delimično implementiraju međunarodne organizacije, pre svega Ujedinjene nacije, usmerena je na postizanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja za sve ljude. Ovaj cilj ima univerzalni karakter i odnosi se kako na sve države tako i na sve društvene grupe. U teorijskom i praktičnom smislu kao ključni izazov prethodnih faza identifikovano je značajno produženje očekivanog životnog veka usled unapređenja zdravstvene zaštite na globalnom nivou. Međutim, takav napredak bio je izrazito neravnomerno raspoređen, što je dovelo do produbljivanja globalnih nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti, naročito između država globalnog Zapada i zemalja subsaharske Afrike, stvarajući značajan jaz u ostvarivanju principa jednakosti u zdravlju (London, 2008: 65–66).

Stoga se danas posebno naglašava potreba da se u primeni pristupa zasnovanog na pravima u oblasti zdravlja uspostave jasno definisani mehanizmi koji obezbeđuju uravnoteženu realizaciju građanskih i političkih prava, s jedne strane, i ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava, s druge. U tom kontekstu pravo na zdravlje se afirmiše kao stvarno, a ne deklarativno pravo koje se ostvaruje kroz konkretne državne usluge i institucionalne obaveze. To podrazumeva i precizno normiranje i jačanje mehanizama pravne zaštite u slučaju povrede ovog prava, kako na međunarodnom tako i na nacionalnom i lokalnom nivou, uključujući i efikasne mehanizme naknade štete (London, 2008: 70–74). Na taj način se, između ostalog, obezbeđuje i proceduralna pravda kao nezaobilazan element šire koncepcije socijalne pravde.

Dakle, svrha pristupa zasnovanog na pravima u oblasti zdravlja jeste operacionalizacija, odnosno potpuna implementacija i realizacija prava na zdravlje kao fundamentalnog ljudskog prava iz grupe ekonomsko-socijalnih, pri čemu konceptualizacija pojma zdravlja i prava na zdravlje ima za cilj utvrđivanje značenja na osnovu tumačenja sadržine konkretnog prava kako bi se obezbedila njegova praktična primena. Ovde bi trebalo imati u vidu činjenicu da se mere implementacije prava na zdravlje razlikuju među državama, te zavise od njenih resursa, što predstavlja i najznačajnije ograničenje u realizaciji prava na zdravlje.

Kompleksnost konceptualizacije zdravlja i prava na zdravlje uslovljava i složenost njegove primene, posebno kada se i u međunarodnim dokumentima o ljudskim pravima koja adresiraju pravo na zdravlje i zaštitu zdravlja ono određuje na opšti način, više u obliku univerzalnog, deontološkog principa nego stvarnog prava, dok se primena prepušta nacionalnim državama, što je dalje uslovljeno dostupnošću resursa. Stoga se u pravnoj literaturi kada se adresiraju pitanja ostvarivanja i primene prava na zdravlje često ukazuje na izazov njegove praktične primene i nejednakosti među državama u dostupnosti, zatim na obim i stepen zdravstvene zaštite, kao i na ostvarivanje prava za sve društvene grupe, naročito one ranjive. Navedeno je podstaklo intenzivnu akademsku raspravu o adekvatnosti pojma pristupa zasnovanog na pravima u oblasti zdravlja, kao i o mogućim rizicima koje takav koncept nosi. U tom smislu izražena je zabrinutost da bi šira konceptualizacija ovog pristupa mogla dovesti do svojevrsne „zamene” samog prava na zdravlje, budući da on uključuje i elemente drugih ljudskih prava, poput prava na zabranu diskriminacije i prava na privatnost (Hunt, 2016: 111). Time se otvara pitanje teorijske i normativne preciznosti granica između prava na zdravlje kao samostalnog prava i njegovog ostvarivanja kroz integrisani pristup ljudskim pravima u oblasti zdravstvene zaštite.

Ipak takva bojazan teško može biti realna, posebno kada se ima u vidu da ljudsko pravo na zdravlje, odnosno na zaštitu zdravlja, ima vrednosnu, etičku dimenziju koja je čvrsto vezana za sam koncept osnovnih ljudskih prava, uključujući i prirodan

odnos čoveka prema zdravlju, jer u osnovi zaštite zdravlja jeste zaštita života, što je univerzalna svrha čovekovog bića. Osim toga, zdravlje je indirektno adresirano i u UN Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima (1948) kada se u čl. 25 proklamuje pravo svakoga na standard života neophodan za obezbeđenje njegovog zdravlja i blagostanja, kao i zdravlja i blagostanja članova njegove porodice, sve u vezi sa čl. 3 Univerzalne deklaracije o garantovanju prava na život, slobodu i sigurnost pojedinca (UN, The Universal Declaration of Human Rights [UDHR], 1948, Article 25 and Article 3). Sa druge strane, pravo na zdravlje prvi put kao pravo priznato je u UN Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) u čl. 12, st. 1 kao pravo svakoga na najveći mogući nivo zaštite fizičkog i mentalnog zdravlja (UN, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [ICESRC], 1966, Article 12, Paragraph 1). Argument kojim se u literaturi ukazuje na problem prepoznavanja prava na zdravlje kao ljudskog prava delom leži i u činjenici da pravo na zdravlje, u smislu njegove konceptualizacije i potpune realizacije, nije dugo, počev od svog proklamovanja, bilo predmet akademskih rasprava i debata, što je učinjeno na globalnom nivou tek 1978. godine na trodnevnoj konferenciji organizovanoj od strane Haške akademije međunarodnog prava i UN Univerziteta, pod nazivom *Pravo na zdravlje kao ljudsko pravo* (Hunt, 2016: 112). Osim toga, ističe se, tada kao i sada, svojevrsna podvojenost građanskih i političkih prava, sa jedne, i ekonomskih, socijalnih i kulturnih, sa druge strane, u međunarodnim dokumentima, pre svega u dokumentima UN.

Naime, u samom tekstu Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) kao obaveza za države članice navedeno je da se osiguranje prava utvrđenih konvencijom ostvaruje tako što su države u obavezi da „preduzmu neophodne korake, pojedinačno ili kroz međunarodnu pomoć i saradnju... do maksimalnih dostupnih resursa kako bi, progresivno, ostvarile punu realizaciju prava garantovanih Konvencijom svim sredstvima, uključujući posebno primenu legislativnih mehanizama” (UN, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [ICESRC], 1966, Article 2, Paragraph 1),

dok je u Međunarodnoj konvenciji o građanskim i političkim pravima (1966) terminologija drugačija, te stoji da je obaveza država članica da „poštuju i obezbede svim pojedincima na njihovoj teritoriji ostvarenje prava garantovanih Konvencijom” (UN, The International Covenant on Civil and Political Rights, Article 2, Paragraph 1). Zaključuje se da je obaveza država članica „jača” i neuslovljena kod garantovanja građanskih i političkih prava, dok je obaveza za ostvarivanje ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava uslovljena sredstvima države i na određen način fleksibilno postavljena. Podela na prava tzv. prve generacije, odnosno građanska i politička, sa jedne, i prava tzv. druge generacije, odnosno ekonomska, socijalna i kulturna, sa druge strane, naročito u kontekstu primene, i dalje egzistira, kako u teoriji tako i u zakonodavstvu i sudskoj praksi, iako je Bečkom deklaracijom (1993) naglašena međusobna uslovljenost između građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava (Kinney, 2001: 1462).

Međutim, u pogledu odnosa između prava na zdravlje i pristupa zasnovanog na pravima u oblasti zdravlja, kao i u vezi sa zabrinutošću da bi ovaj pristup mogao „zameniti” normativnu proklamaciju samog prava na zdravlje, takvo stanovište se ne može smatrati opravdanim. Naime, bez obzira na određeno kašnjenje u akademskoj elaboraciji i konceptualizaciji ovog pristupa, njegov nastanak i afirmacija u međunarodnoj teoriji i praksi vezuju se za početak i sredinu 90-ih godina 20. veka, dakle znatno kasnije u odnosu na već uspostavljeno normativno priznanje prava na zdravlje u relevantnim međunarodnim instrumentima.

Kada se uzme u obzir i sama funkcionalna priroda ovog koncepta, jasno je da njegova svrha nije supstitucija osnovnog ljudskog prava na zdravlje, već obezbeđivanje njegovog punog, efektivnog i progresivnog ostvarenja. Ovaj pristup je u skladu sa logikom međunarodnih standarda, uključujući Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima iz 1966. godine, koji predviđa postepenu realizaciju ovih prava kroz adekvatne zakonodavne, administrativne i druge mere države. U tom okviru pristup zasnovan na pravima u oblasti zdravlja funkcioniše kao operativni mehanizam implementacije koji ne samo da afirmiše pravo na zdravlje već ga i povezuje sa drugim relevantnim

pravima, pre svega građanskim i političkim, poput zabrane diskriminacije i prava na privatnost, čime se omogućava njegova sveobuhvatna i stvarna realizacija. Na taj način se obezbeđuje i svojevrsna jednakost građanskih i ekonomsko-socijalnih prava, te jača priroda ekonomsko-socijalnih prava ka stvarnoj implementaciji, tj. realizaciji, što je kao cilj i definisano u UN Konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966).

Međutim, upravo zbog istorijskog razvoja i različite pravničke terminologije u međunarodnim instrumentima o ljudskim pravima koja je neujednačeno oblikovana u pogledu građanskih i političkih prava, s jedne strane, i ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava, s druge, priroda i sadržina prava na zdravlje, odnosno prava na zaštitu zdravlja, ostaju i dalje predmet teorijskih osporavanja i intenzivnih akademskih debata. Ova konceptualna napetost dodatno je uslovljena različitim normativnim pristupima u međunarodnom pravu, što doprinosi tome da se pravo na zdravlje i danas različito interpretira u pogledu njegovog obima, pravne prirode i stepena obaveznosti država.

2.1.1. Pravo na zdravlje versus pravo na zaštitu zdravlja

Izazov sa stanovišta pravne teorije, zakonodavstva i sudske prakse do danas predstavlja pravna priroda i sadržina prava na zdravlje na način kako je ono utvrđeno u okvirima međunarodnog prava, tačnije u dokumentima UN, pre svega u UN Konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966). Glavna pitanja za razmatranje i kritičku analizu jesu: (1) pitanje pravne prirode prava na zdravlje u kontekstu implementacije i primene, što je posledica razlike u terminologiji primenjenoj u UN Međunarodnoj konvenciji o građanskim i političkim pravima u odnosu na Međunarodnu konvenciju o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, o čemu je bilo reči u prethodnom poglavlju i (2) pitanje sadržine prava na zdravlje, pre svega da li pravo na zdravlje uključuje i pravo na zaštitu zdravlja, tj. pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno da li pravo na zaštitu zdravlja predstavlja sastavni element prava na zdravlje u širem smislu, pri čemu bi

pravo na zaštitu zdravlja bilo kvalifikovano kao pravo na zdravlje u užem smislu, ili je reč o posebnom pravu na zaštitu zdravlja ili je pak zaštita zdravlja samo instrument, mehanizam za ostvarivanje, tj. realizaciju prava na zdravlje.

Za normativni okvir prava na zdravlje uzima se Međunarodna konvencija o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima UN (1966), u kojoj se pravo na zdravlje definiše u čl. 12 kao pravo „svakoga na uživanje najvećeg mogućeg nivoa fizičkog i psihičkog zdravlja”, što se ima ostvariti na sledeći način – odredbama kojima se smanjuje smrtnost novorođenčadi i obezbeđuje zdrav razvoj deteta; unapređenjem svih aspekata životne i profesionalne higijene; prevencijom, lečenjem i kontrolom epidemioloških, endemskih, profesionalnih i drugih bolesti i na kraju stvaranjem uslova koji će obezbediti svima medicinske usluge i medicinsku pomoć u slučaju bolesti (UN, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [ICESRC], 1966, Article 12, Paragraph 1 and 2). Budući da se jezičkim tumačenjem relevantne odredbe ne može nedvosmisleno utvrditi da li načini realizacije prava predstavljaju sastavni deo samog prava na zdravlje, tačnije da li su oni zamišljeni isključivo kao instrumenti i mehanizmi njegove primene ili mogu imati karakter samostalnih prava, u pravnoj teoriji ne postoji jedinstveno i univerzalno prihvaćeno stanovište. Time ostaje otvoreno pitanje postojanja prava na zaštitu zdravlja kao posebnog subjektivnog prava, kao i pitanje da li je ono inkorporirano u širi koncept prava na zdravlje ili mu pripada autonomni normativni status.

Većina autora pristupila je analizi sadržine prava na zdravlje pre svega kroz prizmu obezbeđenja jednakosti u zdravlju, jednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti. U tom okviru fokus je dominantno usmeren na praktičnu realizaciju prava na zdravlje, bez dubljeg ulaženja u njegovu konceptualnu i teorijsku strukturu, pri čemu se naglasak stavlja na garantovanje dostupnosti zdravstvenih usluga svim društvenim grupama i postizanje relativne jednakosti u obimu i kvalitetu usluga na međunarodnom nivou (Kinney, 2001; Castleberry, 2015). Nasuprot tome, pojedini autori nastoje da prodru u suštinu normativne prirode ovog prava, argumentujući postojanje posebnog prava na zaštitu zdravlja, bilo kao

integralnog dela šireg prava na zdravlje, bilo kao autonomnog prava koje ima jednak značaj i normativnu težinu kao i pravo na zdravlje (Da Silva, 2018). Time se dodatno produbljuje teorijska debata o obimu, strukturi i unutrašnjoj diferencijaciji prava na zdravlje u savremenom međunarodnom pravu ljudskih prava.

Tako Da Silva (2018) iznosi argument u prilog priznavanju posebnog prava na zaštitu zdravlja, iako istovremeno prihvata da se jezičkim tumačenjem člana 12 Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) ne može zaključiti da je namera Konvencije bila uspostavljanje autonomnog prava na zaštitu zdravlja. Svoje stanovište autor zasniva na principu koherentnosti međunarodnog prava, polazeći od teze da se pravo na zaštitu zdravlja može izvesti iz drugih međunarodno priznatih osnovnih ljudskih prava, pre svega kroz osnivačke principe jednakosti i ljudskog dostojanstva (Da Silva, 2018: 364). Naime, Da Silva tvrdi da zalaganje za osiguranje jednakosti i dostojanstva neizostavno podrazumeva pristup određenim zdravstvenim dobrima (pravo na zaštitu zdravlja), pri čemu je pravo na zaštitu zdravlja adekvatan mehanizam za osiguranje jednakosti i zabrane diskriminacije u procesu distribucije zdravstvenih usluga (Da Silva, 2018: 364). Da Silva takođe ističe da čak i ukoliko ova argumentacija nije dovoljna za priznavanje posebnosti prava na zaštitu zdravlja u odnosu na pravo na zdravlje, neophodno je priznati postojanje prava na funkcionisanje zdravstvenog sistema kao dela prava na zdravlje, gde zagovara sistemski pristup zdravlju, odnosno da pravo na zdravlje utvrđeno Međunarodnom konvencijom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) uključuje više posebnih prava, obuhvatajući i pravo na zaštitu zdravlja koje je direktno utvrđeno u čl. 12, st. 2, tačka 4, preciznije u odredbi kojom se utvrđuje obaveza država koje su ratifikovale Konvenciju da stvore uslove koji će obezbediti svima medicinske usluge i medicinsku pomoć u slučaju bolesti (Da Silva, 2018: 379).

Analizom stanovišta Da Silve (2018) zaključuje se da autor pristupa tumačenju čl. 12 Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) tako da međunarodni normativni koncept prava na zdravlje uključuje više međusobno povezanih i uslovljenih zdravstvenih prava, što implicira

utvrđivanje posebnog prava na zaštitu zdravlja novorođenčadi i dece, prava na zdravu životnu i radnu sredinu, prava na prevenciju bolesti, odnoseći se i na profesionalne bolesti, kao i prava na funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite. Sa druge strane, navedeni st. 2, čl. 12 može da se tumači i na način da se posebna prava smatraju posebnim mehanizmima za ostvarivanje osnovnog prava na zdravlje. Čini se da bi rešenje trebalo tražiti u značaju navedenih pojmova/prava/mehanizama za društveno-ekonomski razvoj u određenom vremenu i na određenom prostoru, odnosno u definisanim javnopolitičkim prioritetima nacionalnih država, što se ima zasnivati na empirijskoj analizi stanja u datom sistemu zdravstvene zaštite, posebno imajući u vidu da instrumenti međunarodnog prava, naročito opšte konvencije, jesu „živi” mehanizmi koji moraju da prate tehnološki, naučni i civilizacijski razvoj i napredak.

Nadalje, ovde je važno ukazati na to da je Komitet UN o međunarodnim ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, kao telo koje je nadležno za implementaciju i nadzor nad primenom Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), objavio 2000. godine Opšti komentar 14 na Međunarodnu konvenciju kojim utvrđuje sadržaj međunarodnog prava na zdravlje (Kinney, 2001: 1467). Tako Komitet jasno utvrđuje da „pravo na zdravlje ne znači pravo da se bude zdrav, i da ono sadrži istovremeno i slobode i prava”, pri čemu slobode uključuju pravo na kontrolu sopstvenog tela i zdravlja, pravo da se bude slobodan od bilo kakvog spoljašnjeg mešanja, kao što je pravo na zaštitu od torture, odnosno medicinskog tretmana bez saglasnosti lica, i eksperimentisanja, dok prava uključuju pravo na sistem zdravstvene zaštite koji obezbeđuje jednakost u šansama za sve da ostvare najveći mogući nivo zdravlja (Kinney, 2001: 1468).

Osim toga, dalje stoji da se pravo na zdravlje širi na način da uključi ne samo blagovremenu i odgovarajuću zdravstvenu zaštitu već i druge determinante zdravlja, kao što su pristup bezbednoj pijaćoj vodi i sanitarnim uslovima, adekvatnim zalihama sigurne hrane i stanovanju, zdravim profesionalnim i životnim uslovima, kao i pristup zdravstvenom obrazovanju i informacijama, uključujući i oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja

(Kinney, 2001: 1468). Ovde bi trebalo imati u vidu da navedena sadržina prava na zdravlje znači obezbeđenje „mimuma osnovnog nivoa zaštite“ u navedenim oblastima (Castleberry, 2015: 195) do najvećeg mogućeg stepena, shodno dostupnim ekonomskim i drugim resursima države.

Na kraju se još u Opštem komentaru ukazuje i na to da pravo na zdravlje znači i obavezu država da obezbede funkcionisanje zdravstvenog sistema koji mora da ima određene institucionalne karakteristike za realizaciju prava na zdravlje, što uključuje dostupnost, pristup, odgovornost i kvalitet neophodnih zdravstvenih usluga i institucija (Kinney, 2001: 1468). U Komentaru se precizno definišu tri nivoa obaveza – *obaveza poštovanja*, odnosno države se obavezuju da se uzdrže od direktnog ili indirektnog mešanja kod ostvarivanja prava na zdravlje, zatim *obaveza zaštite*, gde se od država zahteva da preduzmu mere kako bi se sprečila treća lica u mešanju kod ostvarivanja garancija iz čl. 12 Konvencije, i *obaveza uživanja*, zahteva se od država da usvoje odgovarajuće zakonodavne, administrativne, budžetske, sudske, promotivne i druge mere u cilju realizacije prava na zdravlje (Kinney, 2001: 1469).

U Komentaru je adresirano i pitanje implementacije prava na zdravlje, gde je jasno utvrđeno da implementacija zahteva usvajanje nacionalne strategije kojom se svima obezbeđuje ostvarivanje prava na zdravlje, zasnovano na principima ljudskih prava, a u kojoj se definišu ciljevi strategije, formulišu javne politike i odgovarajući indikatori prava na zdravlje, kao i predviđaju resursi za njegovo ostvarivanje (Kinney, 2001: 1470). Komentar takođe ukazuje da države koje ne obezbede najveći mogući nivo zaštite zdravlja vrše povredu čl. 12 Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), što zahteva odgovarajuće obrazloženje, pa ustanovljava pravo svakog lica na odgovarajuću sudsku zaštitu i druge oblike zaštite prava na zdravlje pred nacionalnim i međunarodnim organima, te pravo na kompenzaciju, restituciju i naknadu, kao i na garancije da neće ponovo doći do povrede prava (Kinney, 2001: 1470).

Na osnovu Opšteg komentara za interpretaciju sadržine međunarodno definisanog prava na zdravlje iz UN Konvencije o

ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) zaključuje se da, za razliku od građanskih i političkih prava za koja u pravnoj teoriji postoji saglasnost da su po svojoj pravnoj prirodi tzv. negativna prava jer važe sama po sebi, pravo na zdravlje, kao ekonomsko-socijalno pravo, spada u grupu tzv. pozitivnih prava, te zahteva određeno angažovanje država koje su ratifikovale Konvenciju, odnosno primenu određenih mera kojima se obezbeđuje realizacija prava (Castleberry, 2015: 194). Međutim, to nužno ne implicira da tzv. pozitivna prava imaju manji pravni značaj ili manju pravnu snagu u odnosu na tzv. negativna prava, već se ta razlika može sagledati sa aspekta načina, tj. modela implementacije i realizacije, a verovatno i složenosti pozitivnih prava u odnosu na negativna, jer zahtevaju određene pretpostavke poput resursa i vremena.

Sa druge strane, ukoliko se analizira Opšti komentar Komiteta vezano za jezičku interpretaciju čl. 12 i sadržinu prava na zdravlje, kao posebno pravo u okviru prava na zdravlje moglo bi se identifikovati jedino pravo na funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite bez diskriminacije koje pak uključuje posebna, specijalizovana prava predstavljena u vidu determinante zdravlja. Pravo na funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite jeste u suštini pravo na zaštitu zdravlja, tačnije pravo na zdravstvenu zaštitu, te stanovište o inkorporaciji prava na zaštitu zdravlja u međunarodni normativni koncept prava na zdravlje ima adekvatni osnov, zbog čega pravo na zaštitu zdravlja u vidu obaveze država da obezbede funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite predstavlja *sedes materiae* koncepta prava na zdravlje i osnovnu pretpostavku za njegovu implementaciju i primenu. Druga „posebna prava” definisana kao determinante zdravlja – pravo na pristup bezbednoj i ispravnoj pijaćoj vodi, na pristup ishrani, na adekvatno stanovanje, na adekvatne uslove radne i životne sredine, kao i pravo na pristup informacijama od zdravstvenog značaja – takođe su, shodno interpretaciji Opšteg komentara, posebna prava u funkciji ostvarivanja prava na zdravlje.

Može se, naime, zaključiti i da međunarodnopravni koncept zdravlja čine više posebnih prava, pa, budući da je preovladavajuće stanovište da opšte konvencije međunarodnih

organizacija, posebno UN, predstavljaju žive mehanizme³ međunarodnog prava ljudskih prava, koncept zdravlja i tzv. zdravstvenih prava nije ovim ograničen, te se može širiti i podleći novim interpretacijama razvojem društva, tehnološkim i civilizacijskim napretkom, kao i usvajanjem novih znanja u oblasti biomedicinskih nauka.

Osim toga, na ovom mestu valja pomenuti savremeno sagledavanje prava na zdravlje kao integrativnog pravnog koncepta izraženog u javnopolitičkom pristupu – zdravlje u svim politikama (*Health in All Policies*) – koji prevazilazi tradicionalne granice medicinskog i javnozdravstvenog prava, polazeći od pretpostavke međuzavisnosti zdravlja ljudi, životinja i životne sredine (Milinković, 2024: 20). Naime, savremeni zdravstveni rizici – posebno pandemije i zoonotske bolesti – pokazuju nedostatke fragmentisanih regulatornih modela i zahtevaju interdisciplinarni normativni okvir zasnovan na saradnji različitih pravnih, naučnih i institucionalnih sistema. Navedeni pristup se tumači kao evolucija prava na zdravlje ka holističkom modelu globalnog zdravstvenog upravljanja u kome prevencija i koordinacija javnih politika i integracija etičkih principa postaju jednako važni kao i klasična zdravstvena zaštita (Milinković, 2024: 21). S tim u vezi, Milinković (2024) posebno naglašava da, iako se koncept često primenjuje iz antropocentrične perspektive (radi zaštite ljudi), on otvara prostor za šire normativno priznanje moralne vrednosti životinja i ekosistema, čime pravo na zdravlje dobija proširenu etičko-pravnu dimenziju usmerenu ka održivosti i dugoročnoj zaštiti života u celini.

³ Doktrina živog mehanizma univerzalnih dokumenata o ljudskim pravima nastala je kao proizvod međunarodne i regionalne sudske prakse kada je Evropski sud za ljudska prava u Strazburu, a povodom tumačenja i primene Konvencije o osnovnim ljudskim pravima Saveta Evrope (1950), koja pak ima za cilj konkretizaciju osnovnih ljudskih prava iz Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima UN (1948), zauzeo stanovište da Konvencija o osnovnim ljudskim pravima jeste tzv. živi mehanizam dinamične prirode, te da se odredbe i prava iz Konvencije tumače na način koji odgovara okolnostima, uslovima i stepenu razvoja društva u trenutku interpretacije (ECHR, The European Convention of Human Rights – Living instrument, 2022).

2.1.2. *Pravo na zdravlje u međunarodnim univerzalnim dokumentima o ljudskim pravima*

Pravo na zdravlje legitimitet izvodi iz opštečovečanskih vrednosti ljudskog dostojanstva i integriteta ljudske ličnosti, kao i iz osnovnog i neprikosnovenog ljudskog prava, prava na život, dok legalitet zasniva prvenstveno na međunarodnim univerzalnim dokumentima o ljudskim prava, pre svega na dokumentima UN i njenih specijalizovanih agencija, odnosno na dokumentima SZO.

Prvi put pravo na zdravlje sadržano je i definisano u Ustavu Svetske zdravstvene organizacije iz 1946. godine, zatim je u Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima UN (1948) zdravlje bilo pomenuto kao deo prava na adekvatan životni standard (čl. 25), da bi kao posebno pravo bilo priznato u Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), o čemu je bilo reči u prethodnim poglavljima (WHO, Right to health, 2008). Osim toga, u UN Međunarodnoj konvenciji o eliminisanju svih oblika rasne diskriminacije (1965) garantuje se pravo na javno zdravlje, medicinsku zaštitu, socijalnu zaštitu i socijalnu sigurnost svima bez razlika na osnovu rase, boje kože, nacionalnosti ili etničkog porekla (A Human Right to Health under International Law, 1990). U UN Međunarodnoj konvenciji o eliminisanju svih formi diskriminacije žena (1979) utvrđuje se obaveza država da eliminišu diskriminaciju žena u oblasti zdravstvene zaštite kako bi se obezbedio jednak pristup muškaraca i žena zdravstvenim uslugama, uključujući i one vezane za planiranje porodice (UN, The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [CEDAW], 1979, Article 12, Paragraph 1). Utvrđuje se i obaveza država da obezbede ženama odgovarajuće usluge vezane za trudnoću, porođaj i postnatalni period (UN, The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [CEDAW], 1979, Article 12, Paragraph 2).

U UN Konvenciji o pravima deteta (1989) u čl. 24 prizna je se pravo deteta na najviši mogući standard zdravlja i pristup uslugama za lečenje bolesti i rehabilitaciju zdravlja (UN, The

Convention on the Rights of the Child, 1989, Article 24, Paragraph 1). Takođe u UN Međunarodnoj konvenciji o zaštiti prava radnika migranata i članova njihovih porodica (1990) garantuje se pravo radnika migranata i članova njihovih porodica na hitnu medicinsku pomoć koja je neophodna radi očuvanja života i sprečavanja nepotrebnog ugrožavanja zdravlja na osnovu principa jednakosti u tretmanu sa državljanima države porekla, pri čemu se medicinska zaštita ne sme odbiti iz razloga neregularnosti radnopravnog statusa, odnosno neregularnosti dozvole za rad ili pak vezano za dozvolu za boravak na teritoriji države prijema (UN, The International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, 1990, Article 28).

Isto se u UN Međunarodnoj konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom (2006) u čl. 25 priznaje pravo na uživanje najvećeg mogućeg nivoa zdravlja bez diskriminacije za osobe sa invaliditetom, a države obavezuju da preduzmu sve neophodne mere kako bi omogućile osobama sa invaliditetom pristup zdravstvenoj zaštiti bez rodne diskriminacije, uključujući i pristup rehabilitaciji (UN, The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, Article 25, Paragraph 1). Osim toga, Konvencija predviđa obavezu preduzimanja mera prevencije od nastanka invaliditeta, obezbeđenje zdravstvenih usluga u zajednici, posebno za one iz ruralnih oblasti, zabranu diskriminacije po osnovu invaliditeta u oblasti zdravstvenog i životnog osiguranja, kao i mere za prevenciju diskriminacije u pristupu zdravstvenoj zaštiti i ishrani za osobe sa invaliditetom (UN, The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, Article 25).

Navedeni međunarodni univerzalni dokumenti primarno *ratione personae* definišu kao posebnost statusa za određene ranjive društvene grupe, istovremeno garantujući pravo na zdravlje, pri čemu većina utvrđuje „pravo na najviši mogući standard zaštite zdravlja” po ugledu na formulaciju iz Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima UN (1966), da bi nakon toga konkretizovali mere zaštite zdravlja posebno za svaku ranjivu grupu, a shodno njihovim prethodno identifikovanim potrebama. Jasno je da osnovni međunarodni

dokumenti o ljudskim pravima ne mogu da regulišu sva moguća pitanja zaštite, posebno da anticipiraju budući razvoj društva, te je stanovište Evropskog suda za ljudska prava kod interpretacije Evropske konvencije o ljudskim pravima i slobodama (1950) o sagledavanju međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima kao „živih instrumenata” najprihvatljivije, što se ima primeniti i na pravo na zdravlje, odnosno na pravo na zaštitu zdravlja.

2.1.3. Pravo na zdravlje u međunarodnim regionalnim dokumentima o ljudskim pravima – evropsko komunitarno i evropsko nekomunitarno pravo

Iako je pravo na zdravlje eksplicitno priznato kao posebno pravo u određenim međunarodnim regionalnim instrumentima o ljudskim pravima, kako u okviru Saveta Evrope (evropsko nekomunitarno pravo) tako i u pravnom poretku Evropske unije (evropsko komunitarno pravo), njegovo normativno uobličavanje i konkretizacija u velikoj meri su rezultat sudske prakse. To se odnosi kako na praksu Evropskog suda pravde tako i na praksu Evropskog suda za ljudska prava koji su kroz tumačenje postojećih normi doprineli razvoju sadržine i obima ovog prava. U tom kontekstu, Evropski sud pravde je već šezdesetih godina 20. veka pravo na zdravlje, odnosno pravo na zaštitu zdravlja, zajedno sa drugim fundamentalnim ljudskim pravima, priznao kao opšte principe prava Evropske unije (Harvey & McHale, 2015: 160), čime je otvoren prostor za njegovo dalje normativno i jurisprudencijsko razvijanje u okviru evropskog pravnog poretka.

Sa druge strane, kao izvor opštih principa prava EU devedesetih godina 20. veka, Ugovorima o osnivanju EU priznata je i Konvencija o osnovnim pravima i slobodama Saveta Evrope (1950), (Harvey & McHale, 2015: 160), tako da se danas osnovna prava garantovana ovom Konvencijom smatraju opštim principima prava Evropske unije. Sve države članice EU ratifikovale su Konvenciju o osnovnim pravima i slobodama Saveta Evrope, te je Evropski sud za ljudska prava u Strazburu nadležan u slučaju pojedinačnih povreda prava garantovanih Konvencijom.

Iako Konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda Saveća Evrope (1950) ne sadrži eksplicitno pravo na zdravlje, značajan broj predmeta pred Evropskim sudom za ljudska prava odnosio se upravo na pitanja vezana za zdravlje, pri čemu je Sud kroz tumačenje postojećih odredbi razvijao relevantne standarde zaštite. Tako su zdravstvena pitanja razmatrana u okviru člana 2 (pravo na život), naročito u kontekstu abortusa, statusa fetusa, raspodele zdravstvenih resursa i pitanja asistiranog umiranja, zatim člana 5 (pravo na slobodu i sigurnost), koji je u određenim slučajevima proširen i na oblast mentalnog zdravlja, kao i člana 8 (pravo na privatni i porodični život), koji je posebno značajan u pogledu zaštite medicinske privatnosti, poverljivosti zdravstvenih podataka, prava na ličnu autonomiju i reproduktivnih prava (Harvey & McHale, 2015: 160). Na taj način Sud je kroz evolutivno tumačenje Konvencije postupno oblikovao sadržinske elemente koji su bliski konceptu prava na zdravlje, iako ono nije normativno eksplicitno priznato u samom tekstu Konvencije.

Vezano za praksu Evropskog suda pravde relevantnu za oblast zdravlja, ovaj sud nije razmatrao povrede prava iz Konvencije o ljudskim pravima Saveta Evrope (1950) u kontekstu osnovnih principa prava EU, već je npr. pitanje prava na abortus u predmetu Društvo za zaštitu nerođene dece protiv Grogana (*SPUC v. Grogan case*) analizirao sa stanovišta slobodnog protoka usluga u okviru Unije, ne sagledavajući koncept osnovnih ljudskih prava (Harvey & McHale, 2015: 161). Osim prava na abortus, Evropski sud pravde je u slučaju Kol (*Kohl*), u kom je sud u Luksemburgu odbio zahtev gospodina Kola za naknadu troškova stomatoloških usluga za njegovu ćerku van Luksemburga koje su pružene u obližnjem gradu u Nemačkoj, a na predlog stomatologa sa ciljem obezbeđenja pružanja brže zdravstvene usluge, uz obrazloženje da zdravstvena usluga nije bila hitna utvrdio povredu principa slobode pružanja usluga u okviru EU i povredu čl. 49 Ugovora o funkcionisanju EU (de Ruijter, 2019: 4).

Sa druge strane, u okvirima Saveta Evrope, odnosno evropskog nekomunitarnog prava, pravo na zdravlje izričito je proklamovano u Evropskoj socijalnoj povelji (1961), koja se smatra svojevrsnim socijalnim ustavom Saveta Evrope, i to u čl. 11

kao pravo na zaštitu zdravlja, gde se države obavezuju da preduzmu odgovarajuće mere kako bi uklonile u najvećoj mogućoj meri uzroke lošeg zdravlja, odnosno bolesti, i obezbedile save-todavne i obrazovne usluge promocije zdravlja i podstakle in-dividualnu odgovornost po pitanjima zdravlja, kao i sprečile u najvećoj mogućoj meri epidemijske, endemske i druge bolesti, ali i nezgode (Harvey & McHale, 2015: 162).

Evropska socijalna povelja odgovara Međunarodnoj kon-venciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima UN, budu-ći da, za razliku od Konvencije o osnovnim pravima i slobodama (1950) koja garantuje građanska i politička prava, pruža zaštitu ekonomsko-socijalnih prava, čime se zaokružuje sistem zaštite osnovnih ljudskih prava na nivou Saveta Evrope. Osim toga, dok je u nadležnosti Evropskog suda za ljudska prava, zaštita pra-va garantovanih Evropskom konvencijom o osnovnim pravima i slobodama (1950), kao mehanizam zaštite prava garantovanih Evropskom socijalnom poveljom (1961) i Revidiranom Evropskom socijalnom poveljom (1996), predvidela je podnošenje kolektiv-nih žalbi od strane socijalnih partnera i država, kao i podnošenje nacionalnih izveštaja od strane država članica Evropskom komi-tetu za socijalna prava, posebnom telu nadležnom za nadzor nad primenom Povelje. Države su u obavezi da sarađuju sa Evropskim komitetom za socijalna prava vezano za odluke povodom kolek-tivnih žalbi, kao i povodom zaključaka po osnovu nacionalnih izve-štaja u njihovom sprovođenju, po principima dobre vere. Evropski komitet za socijalna prava je doneo određene Zaključke – prvi 1969. godine i drugi 2005. godine, a vezano za interpretaciju pra-va na zaštitu zdravlja iz čl. 11 Evropske socijalne povelje (1961).

U Zaključku I iz 1969. godine Evropski komitet socijalnih prava utvrđuje da su države povodom primene čl. 11 Povelje u obavezi da dostave dokaze o uspostavljanju medicinskog i zdrav-stvenog sistema koji se zasniva na javnozdravstvenim aranžmani-ma koji obezbeđuju medicinsko osoblje i medicinsku opremu po-moću kojih se rešavaju glavni zdravstveni problemi, a aranžmani moraju da obezbede odgovarajuću zdravstvenu zaštitu za celu populaciju, prevenciju i dijagnostiku bolesti, posebne mere za-štite zdravlja majki, dece i starije populacije, opšte mere zaštite

i prevencije od zagađenja vode i vazduha, zaštitu od radioaktivnih supstanci, zaštitu od buke, kontrolu hrane, higijenu životne sredine, kontrolu od zloupotrebe alkohola i narkotika, sistem zdravstvenog obrazovanja, posebne mere kao što je vakcinacija, dezinfekcija i kontrola epidemija, obezbeđenje sredstava za kontrolu epidemijskih i endemskih bolesti, kao i uspostavljanje sistema finansiranja zdravstvenih usluga u potpunosti ili barem delimično od strane kolektivnih tela (ECSR, Conclusions 1, Statement of the Interpretation Article 11, 1969). Posebnu pažnju, shodno Zaključku I Komiteta, trebalo bi posvetiti merama prevencije mentalnih bolesti, budući da je utvrđen porast na evropskom nivou (ECSR, Conclusions I, Statement of the Interpretation Article 11, 1969).

U Zaključku II iz 2005. godine, a povodom interpretacije čl. 11 Evropske socijalne povelje (1961), utvrđuje se veza između čl. 11 Evropske socijalne povelje o pravu na zaštitu zdravlja i čl. 2 i 3 Evropske konvencije o osnovnim pravima i slobodama (1950), a shodno tumačenju Evropskog suda za ljudska prava, o preduzimanju niza mera radi osiguranja efikasnosti primene prava na zaštitu zdravlja, sa ciljem zaštite ljudskog dostojanstva (ECSR, Conclusions II, Statement of the Interpretation of Article 11, 2005). Osim toga, Komitet ukazuje da čl. 11 Povelje ne bi trebalo tumačiti na način kojim se uskraćuje pravo na zaštitu zdravlja ranjivim društvenim grupama, dok je posebna pažnja i ovde posvećena merama zaštite mentalnog zdravlja (ECSR, Conclusions II, Statement of the Interpretation of Article 11, 2005). S tim u vezi, ukazuje se na poseban značaj preventivnih mera zaštite mentalnog zdravlja, gde se poziva na SZO Deklaraciju iz Helsinkija (2005), koja se odnosi na psihijatrijske institucije, naročito one za mlade, koje moraju biti u skladu sa čl. 14 i čl. 17 Povelje, kao i njihovo sagledavanje shodno čl. 3 i čl. 5 Evropske konvencije o osnovnim pravima i slobodama (1950), ali i shodno preporukama Komiteta ministara Saveta Evrope (2004) o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva osoba sa mentalnim poremećajima (ECSR, Conclusions II, Statement of the Interpretation of Article 11, 2005). Na kraju, u Zaključku II se ukazuje još i na problem diskriminacije u zdravstvenoj zaštiti, na obezbeđenje efikasnosti

upravljanja listama čekanja i blagovremenosti zdravstvene zaštite, na postupanja u hitnim situacijama, kao i na važnost zdravstvenog obrazovanja u školama (ECSR, Conclusions II, Statement of the Interpretation of Article 11, 2005).

Ljudska prava u oblasti zdravlja zasnovana su na međunarodnom pravnom konceptu zdravlja, odnosno konceptu zdravlja razvijenog u okviru UN i SZO, dok se u teoriji prava pacijenata koja se odnose samo na određenu grupu subjekata, tačnije samo na korisnike zdravstvenih usluga, razmatraju i kodifikuju posebno, obično u okviru specijalizovane pravne discipline zdravstvenog, tj. medicinskog prava, dok je koncept prava na zdravlje u međunarodnim i regionalnim dokumentima o ljudskim pravima širi, te uključuje opšte standarde ljudskih prava koji se primenjuju na sve one koji učestvuju u funkcionisanju zdravstvenog sistema (Kovalchuk et al., 2022: 14).

To je istovremeno i model koji se primenjuje i od strane Saveta Evrope, odnosno Evropskog suda za ljudska prava, tako što se određena zdravstvena pitanja podvode i sagledavaju u okvirima povrede osnovnih ljudskih prava, građanskih i političkih, garantovanih Konvencijom o osnovnim pravima i slobodama Saveta Evrope (1950), ne nužno prava na zdravlje, ni prava na zaštitu zdravlja. Tako je, na primer, značajno postupanje Evropskog suda za ljudska prava u predmetu *Z protiv Finske (Z v. Finland)* povodom povrede čl. 8 Konvencije o pravu na privatnost i poverljivost, a odnosi se na objavljivanje podataka o zdravstvenom statusu pacijenta od strane Apelacionog suda u Finskoj, odnosno tužioca, bez pacijentovog pristanka u krivičnom postupku (Kovalchuk et al., 2022: 18), kao i u predmetu *Drugi protiv Ujedinjenog Kraljevstva (Others v. The United Kingdom)* iz jula 2003. godine, kada je Sud utvrdio da pitanje stanovanja u zagađenoj sredini i efekti iz loše životne sredine utiču na zdravlje tužioca i podvode se pod čl. 8 Konvencije o osnovnim ljudskim pravima i slobodama Saveta Evrope (1950), (Kovalchuk et al., 2022: 19).

Dakle, za razliku od evropskog nekomunitarnog prava koji pitanjima prava na zdravlje pristupa iz perspektive primene prava sadržanih u Konvenciji o osnovnim pravima i slobodama Saveća Evrope kroz praksu Evropskog suda za ljudska prava, evropsko

komunitarno pravo, tj. Evropski sud pravde, iako je Konvenciju o osnovnim pravima i slobodama Saveta Evrope priznao za opšti princip prava EU, pitanjima prava na zdravlje pristupa iz perspektive opštih principa Unije o slobodi kretanja ljudi, roba, usluga i kapitala, tj. uglavnom u kontekstu pravila funkcionisanja i ciljeva ekonomsko-političke zajednice država EU.

Na ovom mestu valja istaći da je pravo na zdravlje već od ranih faza evropske integracije bilo posredno adresirano u osnivačkim ugovorima Evropske unije. Tako je prvi put pomenuto u Ugovoru o osnivanju Evropske zajednice za uglj i čelik (1951), gde je u članu 69 predviđena obaveza država da uklone sva ograničenja u pristupu zdravstvenoj zaštiti za radnike u industrijama uglja i čelika. Na ovaj način zdravstvena zaštita je inicijalno koncipirana kao element socijalne dimenzije rada i slobode kretanja radne snage.

Kasnije u Ugovoru o osnivanju Evropske zajednice za atomsku energiju (1957) dodatno je osnažen aspekt zaštite zdravlja kroz uspostavljanje obaveze država potpisnica da razvijaju uslove za eliminaciju rizika po zdravlje i život stanovništva. U okviru ovog ugovora posebno je izdvojeno poglavlje posvećeno zaštiti zdravlja i bezbednosti na radu, koje je povezano sa širim ciljem zaštite javnog zdravlja (Kovalchuk et al., 2022: 21). Time se postepeno oblikovao normativni okvir koji je zdravlje pozicionirao kao integralni segment evropskog pravnog poretka, iako još uvek bez njegove eksplicitne formulacije kao samostalnog subjektivnog prava. Osim toga, za razliku od Ugovora u Rimu koji nije dao značajan doprinos osnaživanju zdravstvenih prava na nivou Unije, Ugovor iz Mastrihta je utvrdio određene nadležnosti Evropske komisije u oblasti zdravlja, a vezano za prevenciju bolesti, uključujući i prevenciju od upotrebe psihoaktivnih supstanci, kao i one nadležnosti vezane za diseminaciju informacija i obrazovanje, posebno u domenima kancera, zdravog načina života, bolesti zavisnosti, retkih bolesti, monitoringa zdravlja, bolesti od javnozdravstvenog značaja, zagađenja, kao i nesreća i povreda (Kovalchuk et al., 2022: 22).

Međutim, *Povelja o osnovnim pravima u EU* (2012) u čl. 35 reguliše ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu na nivou

Unije, s tim da se zaštita obezbeđuje na nivou država članica i u njihovoj je nadležnosti. Tako u čl. 35 stoji „svako ima pravo na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo na benefite od medicinskih usluga prema uslovima utvrđenim nacionalnim pravom i praksom. Visok nivo zdravstvene zaštite ima se obezbediti shodno definicijama i implementaciji svih politika i aktivnosti Unije” (EU Charter of Fundamental Rights, Article 35). Ovim je EU ograničila garanciju prava na zaštitu zdravlja u odnosu na one priznate u okvirima UN i Saveta Evrope, vezujući je za nacionalna prava i praksu država članica, uz to da je Poveljom u čl. 51 utvrđena primena shodno načelu subsidiarnosti, odnosno države članice su u obavezi da primenjuju standarde iz Povelje o osnovnim pravima u EU samo u slučajevima kada su implementirale pravo Unije, dok je polje primene ograničeno samo na one oblasti zdravstvene zaštite gde Unija ima podeljenu nadležnost – mere sigurnosti vezane za regulativu o ljudskim organima i delovima tela, oblast veterine i zaštite bilja, kao i standardi o upotrebi medicinskih sredstava i opreme u zdravstvene svrhe (EU Charter of Fundamental Rights, Article 51).

Iz navedenih razloga pojedini autori ističu da čl. 35 *Povelje o osnovnim pravima EU* nema direktno pravno dejstvo, te shodno tome predstavlja više princip nego pravo u sistemu postupanja Suda pravde EU, što predstavlja slabost ovog ugovora i ostavlja malo prostora Sudu da osnovna ljudska prava stavi iznad nacionalnih i prava EU (Lougarre, 2023), kao što je to slučaj u okvirima Saveta Evrope. Naime, u evropskom komunitarnom pravu pravo na zdravlje je više sagledano kao „roba” ili „tržišno dobro” nego kao fundamentalno pravo u zdravstvenoj politici Unije, što pokazuje i praksa Suda pravde EU, gde je do sada pravo na zaštitu zdravlja bilo predmet razmatranja u svega 33 slučaja, od čega je samo pet bilo vezano za primenu čl. 35 Povelje o osnovnim pravima u EU, dok se nijedan slučaj nije odnosio na čl. 11 Evropske socijalne povelje (1961) ili pak na čl. 12 Međunarodne konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), zbog čega u literaturi preovladava stanovište da je „pravo na zdravlje izuzeto iz važećeg regulatornog okvira EU” (Lougarre, 2023).

Na ovom mestu valja pomenuti i Evropski stub socijalnih prava iz 2017. godine, koji, iako pravno neobavezujuće prirode, predstavlja važan strateški okvir za definisanje aktivnosti, politika i razvojnih prioriteta Unije do 2030. godine u kontekstu održivosti i otpornosti društvenih sistema na savremene promene. Među njegovim osnovnim principima posebno se izdvaja princip obezbeđenja zdravstvene zaštite za sve koji podrazumeva pravo na blagovremen pristup preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj zaštiti odgovarajućeg kvaliteta. Pored toga, Stub posebno afirmiše princip zdrave, bezbedne i dobro prilagođene radne sredine, kao i zaštite podataka, čime se radnicima garantuje visok nivo zaštite zdravlja i bezbednosti na radu. Na taj način pitanje zdravlja se u okviru evropske socijalne politike posmatra ne samo kao segment sistema zdravstvene zaštite već i kao sastavni deo koncepta dostojanstvenog rada, socijalne sigurnosti i zaštite osnovnih prava zaposlenih (EU, *The European Pillar of Social Rights Action Plan*, 2021).

Iako pravo na zdravlje, odnosno na zaštitu zdravlja, nije u dovoljnoj i potrebnoj meri adresirano u pravno obavezujućim dokumentima EU, kao ni u praksi Suda pravde EU, EU sprovodi niz programa i utvrđuje politiku Unije u oblasti zdravlja, naročito u periodu nakon pandemije virusa korona. Osnov delovanja nije sistem osnovnih ljudskih prava, kao što je to slučaj sa aktivnostima UN i Saveta Evrope, već prvenstveno regulisanje zdravlja kroz javnopolitičke aktivnosti, gde se zdravlje sagledava kao socijalno dobro kojim se pospešuje socijalna pravda kao vrednost, sve u kontekstu osiguranja funkcionisanja Unije na principima osnivanja. Ipak se danas sve više govori o potrebi efikasnijeg delovanja Unije u oblasti socijalne sigurnosti i posledično zaštite zdravlja, gde EU formuliše javnopolitičke ciljeve i primenom načela koordinacije aktivnosti država članica nastoji da definiše osnovne principe javnozdravstvene politike.

Cilj je unapređenje zaštite zdravlja i osiguranje jednakosti u zdravlju za sve društvene grupe, a posebno one ranjive, što često ostvaruje u saradnji sa drugim regionalnim i međunarodnim organizacijama, naročito sa UN i SZO. Tako je 2000. godine EU potpisala memorandum o saradnji sa SZO u oblasti smanjenja

siromaštva i zdravlja deteta, gde značajnu ulogu u promovisanju, prevenciji i zaštiti zdravlja na nivou EU ima Evropska kancelarija SZO, koja sprovodi niz programa od javnozdravstvenog značaja na nivou Unije (Kovalchuk et al., 2022: 23). S tim u vezi, 2012. godine EU je donela javnozdravstvenu strategiju *Zdravlje 2020* u saradnji sa Evropskom kancelarijom SZO koja je imala za cilj „unapređenje zdravlja i blagostanja stanovništva, smanjenje nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti, jačanje javnog zdravlja i obezbeđenje zdravstvenog sistema usmerenog ka pojedincu koje je univerzalno, jednako, održivo i visokog kvaliteta“, dok je sama strategija zasnovana na izveštaju Evropske kancelarije SZO o socijalnim determinantama zdravlja i nejednakosti među državama Evrope (Donkin et al., 2017: 2–3). Evropska komisija u svrhu implementacije strategije zdravlja upravlja posebno osnovanim EU fondom programa zdravlja (Donkin et al., 2017: 3), pa sprovodi niz programa i mera za smanjenje nejednakosti u zdravlju na nivou Unije, sa ciljem adresiranja globalnih i regionalnih izazova u obezbeđenju zaštite zdravlja i prevencije bolesti od javnozdravstvenog i posledično socijalnog značaja.

2.2. PRAVO NA ZDRAVLJE I SOCIJALNE DETERMINANTE ZDRAVLJA – PRISTUP SVETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Svetska zdravstvena organizacija, kao specijalizovana agencija UN, u čijoj su nadležnosti pitanja unapređenja i očuvanja zdravlja na globalnom nivou, ali i osiguranje jednakosti u zdravlju, Ustavom iz 1946. godine utvrđuje osnovnu misiju i ciljeve u oblasti zdravlja i daje definiciju zdravlja koja do danas predstavlja standard u konceptualizaciji pojma i nadalje u normiranju prava na zdravlje, odnosno prava na zaštitu zdravlja na regionalnim i na nacionalnim nivoima.

U Ustavu SZO (1946) stoji „da države članice izjavljuju, u skladu sa Poveljom UN, da su sledeći principi osnov za sreću, harmonične odnose i sigurnost svih ljudi pri čemu zdravlje jeste stanje kompletne fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne

samo odsustvo bolesti ili slabosti. Uživanje najvećeg mogućeg nivoa zdravlja jeste jedno od fundamentalnih prava svakog ljudskog bića bez obzira na rasu, religiju, političko uverenje, ekonomsko ili socijalno stanje” (Hahn & Muntaner, 2020: 249).

Iz navedene definicije proizilazi da se zdravlje smatra osnovnim ljudskim pravom, pri čemu se ono garantuje i ostvaruje nezavisno od ekonomskog i socijalnog stanja pojedinca. Ipak u praksi pravo na zdravlje jeste ograničeno ekonomskim resursima nacionalnih država, a indirektno se troškovi zdravstvene zaštite prebacuju na pojedinca u većini država evropsko-kontinentalnog sistema, te direktno zavise od uplaćenih doprinosa radnika-građanina, odnosno budžetskih prihoda, a u okviru uspostavljenog sistema socijalne sigurnosti Bizmarkovog, tj. Beveridževog modela. Tako pravo na zdravlje u određenoj meri zavisi od ekonomskog i socijalnog stanja država u smislu funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite, kao i pojedinaca u smislu njihovog ekonomskog i socijalnog statusa, zatim mogućnosti finansijskog izdvajanja za (dostupne) zdravstvene usluge u kontekstu ostvarivanja prava na zdravstveno osiguranje.

Stoga pojedini autori, poput Han & Muntaner (Hahn & Muntaner, 2020), ukazuju da ovako definisano pravo na zdravlje ne može biti smatrano *a priori* ljudskim pravom, što zasnivaju na problemima u njegovoj konceptualizaciji koja je nejasna, kao i na nemogućnosti da se ostvari bez odgovarajućih resursa država, dok i tada zavisi od ekonomske snage date države, pa je često uslovljeno i finansijskim mogućnostima pojedinca, što stvara dokazane nejednakosti na globalnom nivou i tako dovodi do nerealnih očekivanja (Hahn & Muntaner, 2020: 249). Iz navedenih razloga autori ukazuju da je, nasuprot ovako definisanom pravu na zdravlje, adekvatnije govoriti o *pravu na jednakost u pristupu dostupnim resursima u oblasti zdravlja*, jer je u pitanju pravo koje je jasnije, „izazovno ali ostvarljivo”, te odgovara konceptu ljudskih prava za razliku od prava na zdravlje koje je više aspiracija, odnosno težnja, nego konkretno pravo koje se može implementirati (Hahn & Muntaner, 2020: 249).

Međutim, bez obzira na različita teorijska stanovišta povodom konceptualizacije i pravne prirode prava na zdravlje, SZO

u rezolucijama jasno definiše „pravo na zdravlje kao fundamentalno ljudsko pravo” i dalje ističe „nadležnost SZO u svim zdravstvenim aspektima ljudskih prava...”, pri čemu je SZO od svog osnivanja donela niz rezolucija kojima afirmiše pravo na zdravlje kao ljudsko pravo, i to posebno u oblasti razvoja zdravlja, zdravlja žena, reproduktivnog zdravlja, zdravlja dece i adolescenata, ishrane, HIV infekcije, cigareta, nasilja, mentalnog zdravlja, osnovnih lekova i medicinskih sredstava, zdravlja lica bez državljanstva i zaštite zdravlja u hitnim situacijama (Mason Meier, 2017: 293). Ostvarivanje prava na zdravlje SZO sprovodi primenom pristupa zasnovanog na ljudskim pravima, odnosno na principu univerzalnosti, povezanosti i nedeljivosti osnovnih ljudskih prava (Mason Meier, 2017: 293).

Osim koncepta povezanosti ljudskih prava i sagledavanja prava na zdravlje kao fundamentalnog ljudskog prava u korpusu ljudskih prava, SZO pristupa pitanjima unapređenja globalnog zdravlja i putem tzv. *socijalnih determinanti zdravlja*, koje imaju za cilj smanjenje nejednakosti i ukazuju na konceptualnu povezanost ljudskih prava i socijalnih determinanti zdravlja, ali i na njihovu važnost za ostvarivanje misije i osnivačkih ciljeva organizacije (Heather Kenyon, Forman & Brolan, 2018: 1).

Koncept socijalnih determinanti zdravlja razvijen je u okviru SZO kao način suzbijanja nejednakosti u zdravlju na globalnom nivou i prema SZO socijalne determinante zdravlja u širem smislu „jesu uslovi u kojima su ljudi rođeni, odrasli, u kojima žive, rade i stare, kao i pristup pojedinaca moći, novcu, resursima, a koji imaju značajan uticaj na zdravstvene nejednakosti” (WHO, Social Determinants of Health, 2025). Dakle, socijalne determinante zdravlja predstavljaju nepravične razlike u zdravstvenom statusu utvrđene na nivou pojedinačne države, kao i na međudržavnom, globalnom nivou (WHO, Social Determinants of Health, 2025). U teoriji socijalne determinante zdravlja definišu se „kao promenljivi socijalni sistemi, njihove komponente, socijalni resursi, te rizici i štete po zdravlje koje socijalni sistemi kontrolišu i distribuiraju, alociraju i povlače, što dovodi do zdravstvenih posledica, uključujući i promene u populaciji, kao i u trendovima zdravlja “ (Hahn, 2021: 1).

SZO je 2005. godine formirala *Komisiju o socijalnim determinantama zdravlja* sa ciljem podrške državama i globalnim zdravstvenim partnerima u adresiranju socijalnih faktora koji uzrokuju loše zdravlje i dovode do nejednakosti u zdravlju. U Izveštaju Komisije o socijalnim determinantama zdravlja iz 2008. godine ukazano je na povezanost ljudskih prava i socijalnih determinanti zdravlja, gde se socijalne determinante zdravlja razmatraju u okvirima ostvarivanja ciljeva socijalne pravde, te je na osnovu ove inicijative 2011. godine doneta *Deklaracija o socijalnim determinantama zdravlja u Rio de Žaneiru* (Deklaracija iz Ria), a potom u okviru UN 2015. godine Agenda o ciljevima održivog razvoja 2030, u kojima je afirmisan koncept povezanosti socijalnih determinanti zdravlja sa pravom na zdravlje (Heather Kenyon, Forman & Brolan, 2018: 1).

Deklaracija iz Ria (2011) poziva sve relevantne aktere, države, međunarodne i regionalne organizacije u oblasti zdravlja na saradnju i podelu odgovornosti po pitanju ostvarenja prava na najveći mogući nivo zaštite zdravlja za sve, na globalnom nivou (WCS DH, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 2011). U Deklaraciji se ističe da dobro zdravlje zahteva univerzalni, sveobuhvatni, jednak, efektivan, odgovoran i kvalitetan zdravstveni sistem, što je uslovljeno socijalnim determinantama zdravlja koje ujedno doprinose ostvarivanju ciljeva održivog razvoja. Poseban fokus je na upravljanju zdravstvenim sistemima koje bi trebalo biti transparentno i inkluzivno, tako da uzme u obzir socijalne determinante zdravlja svih društvenih grupa, da obezbedi participaciju svih zainteresovanih strana uz razvoj efektivnih javnozdravstvenih politika koje adresiraju socijalne, ekonomske, ekološke i bihejvioralne determinante zdravlja na način da se istovremeno jača zdravstveni sistem zasnivajući se na univerzalnom pokriću zdravstvenih usluga (WCS DH, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 2011). Osim toga, Deklaracijom iz Ria (2011) ističe se značaj podrške modelima socijalne zaštite uspostavljenim na nacionalnim nivoima u adresiranju posebnih potreba pojedinih ranjivih grupa u okviru sistema UN, uključujući i saradnju sa Međunarodnom organizacijom rada (MOR) u ovoj oblasti. Deklaraciji iz Ria prethodila je Izjava SZO

o zdravlju u svim politikama iz 2010. godine, u kojoj se podstiče globalno priznanje potrebe za međusektorskim pristupom zdravlju i sagledavanjem zdravlja u svim politikama, odnosno u politici obrazovanja, rada i zapošljavanja, socijalne zaštite, zaštite životne sredine, sve sa ciljem unapređenja zdravstvenih ishoda i obezbeđenja jednakosti u zdravlju (Donkin et al., 2017: 2).

Sa druge strane, u cilju adresiranja socijalnih determinanti zdravlja u kontekstu ostvarivanja prava na zdravlje, kao osnovnog ljudskog prava, i obezbeđenja najvećeg mogućeg nivoa zaštite zdravlja za sve društvene grupe, bez diskriminacije, na globalnom nivou se argumentuje pristup zasnovan na uvođenju koncepta *pravnih determinanti zdravlja*. Naime, ukazuje se na važnost prava i pravnih pravila u strukturiranju, konceptualizaciji i uticaju na socijalne determinante zdravlja u kontekstu unapređenja globalnog zdravlja i ostvarivanja ciljeva održivog razvoja (Gostin et al., 2019: 1857). Polazi se od pretpostavke da pravne determinante zdravlja utiču na globalno zdravlje tako što regulišu socijalne determinante i obezbeđuju približavanje globalnog zdravlja socijalnoj pravdi i ciljevima održivog razvoja (Gostin et al., 2019: 1857).

S tim u vezi, u teoriji su utvrđene četiri pravne determinante zdravlja koje se sagledavaju na sledeći način: (1) pravo omogućava implementaciju vizija (politika) u akcije u kontekstu održivog razvoja, gde na primeru ciljeva održivog razvoja iz Agende UN o održivom razvoju 2030, sama agenda nije pravno obavezujuća i predstavlja težnju za unapređenjem globalnog zdravlja, dok pravo obezbeđuje opšte mehanizme, okvire i posebne mehanizme odgovornosti za ostvarivanje ovih ciljeva, pri čemu pravo može biti osnov za obezbeđenje univerzalnog zdravstvenog osiguranja *pro futuro*; (2) pravo može uticati na jačanje upravljanja na globalnom nivou i na nacionalnim nivoima sa implikacijom na strukturu i klarifikaciju kompleksnih institucija, normi i procesa kojima se upravlja globalnim zdravljem; (3) pravo služi kao mehanizam implementacije pravednih, na dokazima zasnovanim, zdravstvenih intervencija i (4) pravo je preduslov za izgradnju jake zdravstvene infrastrukture i jakih zdravstvenih kapaciteta, pri čemu se naglašavaju tzv. pravni kapaciteti zdravlja,

odnosno unapređenje pravnog okvira, jačanje mehanizama zasnovanih na dokazima, kao i sprovođenje obuka za ključne aktere u zdravstvu sa ciljem unapređenja nomotehničkih veština kod donošenja zakona i kasnije tokom njihove implementacije (Gostin et al., 2019: 1857–1858).

U poslednje dve decenije u okviru UN-a, kao i njenih specijalizovanih organizacija, poput SZO, pitanjima nejednakosti u zdravlju prilazi se donošenjem instrumenata tzv. mekog prava (rezolucije, smernice, kodeksi ponašanja) koji, iako pravno neobavezujuće prirode, imaju praktičan značaj. On je posebno vidljiv u domenima transparentnosti i nadzora gde države lakše pristaju na njihovo zaključivanje i pristupanje iz razloga što utvrđeni ciljevi nisu povezani sa obavezama, već su predstavljeni u vidu javnopolitičkih težnji za unapređenjem u određenoj oblasti, te otvaraju mogućnost donošenja pravno obavezujućih pravila u budućnosti. S tim u vezi, važno je istaći da i instrumenti mekog prava, iako pravno neobavezujući, mogu biti implementirani u nacionalna zakonodavstva putem pravno obavezujućih pravila, odnosno zakona ili sudskih odluka (Gostin et al., 2019: 1862), čime njihov značaj ni u kom slučaju nije zanemarljiv.

Stoga u oblastima od većeg javnopolitičkog značaja, kao i vezano za regulisanje instituta u nastajanju, zatim kod redefinisiranja tradicionalnih instituta ka savremenim u određenim pravnim oblastima, mehanizmi tzv. mekog prava imaju značajnu ulogu u koncipiranju normativnog okvira i definisanju pravnih pravila *de lege ferenda*, što se danas dominantno primenjuje kod regulisanja posledica digitalne tranzicije i uticaja veštačke inteligencije na pravne procese i pravne institute.

2.3. PRAVO NA ZDRAVLJE & DIGITALNA TRANZICIJA – REGULATORNI IZAZOVI

Proces digitalizacije i digitalne tranzicije jeste osnov i podsticaj za širenje (međunarodnog) normativnog koncepta prava na zdravlje, ukoliko se prihvati stanovište društvenog i tehnološkog uticaja na pravna pravila, posebno jer upotreba veštačke

inteligencije u biomedicinskim naukama predstavlja važan društveni izazov, što svakako zahteva i odgovarajući međunarodno-pravni odgovor. Cilj je zaštita osnovnih demokratskih vrednosti, univerzalnih etičkih načela i uspostavljenih pravnih pravila.

S tim u vezi je i akademska rasprava o uvođenju nove kategorije tzv. *digitalnih ljudskih prava*, pri čemu su stanovišta u pravnoj teoriji različita, te se digitalna prava konceptualizuju kao postojeća, osnovna ljudska prava, ali u uslovima upotrebe i razvoja digitalne tehnologije (1), kao okvir za evaluaciju tehnoloških inicijativa i politika (2) ili kao forma kolektivne akcije protiv tehnološke nepravde (3) (Roberts, 2025: 9). U osnovi svih ljudskih prava leži kolektivna akcija (sindikata, različitih građanskih pokreta, i sl.) koja u jednom trenutku može da dovede do utvrđivanja novih prava u zakonodavstvu i praksi (Roberts, 2025: 19).

Sa druge strane, nasuprot konceptu uvođenja novih kategorija ljudskih prava u međunarodno pravo uvek ostaje koncept primene doktrine „živog mehanizma“ postojećih međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima kod tumačenja posebnih prava, tako da se ne priznaju nova prava, već da se postojeća interpretiraju shodno datim okolnostima društvenog, tehnološkog i uopšte civilizacijskog napretka i razvoja.

Na primeru digitalnih prava jasno je da digitalne kolektivne akcije, inicijative i pokreti koji se vezuju za 2000. godinu (Marphy, 2009) još uvek nisu na nivou radničkih organizacija i pokreta ili onih u oblasti zalaganja za ostvarivanje prava osoba sa invaliditetom, ali su na putu da to postanu razvojem digitalnog društva. Među digitalnim organizacijama i pokretima ima značajan broj onih koji svoje ciljeve usaglašavaju sa ciljevima socijalne, rodne i ekološke pravde (Roberts, 2025: 25), što omogućava povezivanje sa osnovnim, već priznatim ljudskim pravima, ali i izdvajanje kao posebne kategorije.

Međutim, čini se da međunarodne organizacije ali i akademska zajednica generalno još uvek digitalna prava ne prihvataju kao posebnu generaciju, tj. kategoriju ljudskih prava, već se sagledavaju postojeća, fundamentalna ljudska prava u uslovima primene digitalnih tehnologija (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], Rights in the Digital

Age – Challenges and Way Forward, 2022), sve sa ciljem definisanja normativnog okvira zaštite osnovnih ljudskih prava u novim okolnostima (po principima primene doktrine živog mehanizma). Ovo potvrđuje i važeći pristup Saveta Evrope, kao regionalne međunarodne organizacije, tako što digitalnim pravima pristupa sa aspekta postojeće perspektive ljudskih prava usvajanjem smernica za ljudska prava za korisnike interneta, tako što prava garantovana Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (1950), odnosno pravo na zabranu diskriminacije, pravo na slobodu izražavanja i okupljanja, pravo na zaštitu dece i pravo na adekvatnu pravnu zaštitu, detaljnije interpretira za korisnike interneta (Car, 2023: 1). Navedeni pristup ne iznenađuje, budući da je i sama doktrina živog mehanizma nastala i razvila se u okvirima Saveta Evrope, odnosno kao deo prakse Evropskog suda za ljudska prava.

Međutim, među pravnim teoretičarima postoje i oni koji predlažu uvođenje nove kategorije, četvrte generacije ljudskih prava u međunarodni korpus osnovnih ljudskih prava. Tako se Razmetajeva i sar. (Razmetaeva et al., 2022) zalažu za kategoriju bioinformacionih prava kao četvrte generacije ljudskih prava i to obrazlažu na način „da je svaka generacija prava nastala u određenoj eri, u određenim ekonomsko-socijalnim prilikama, a da u vremenu nastanka četvrte generacije prava svedočimo dvema naučnim revolucijama – biotehnološkoj i informaciono-tehnološkoj, dok se iz strateške perspektive očekuje da će biotehnologija i informaciona tehnologija odrediti budući razvoj ljudske vrste” (Razmetaeva et al., 2022: 46). Dakle, autori nastanak tzv. četvrte generacije ljudskih prava sagledavaju kroz ekonomsko-socijalne okolnosti i civilizacijski razvoj, pri čemu nove okolnosti i može se reći i savremene industrijske revolucije gledaju kao osnov za definisanje novih kategorija ljudskih prava. U prilog priznavanja novih kategorija u okviru tradicionalnog korpusa ljudskih prava ide i inicijativa Organizacije UN za obrazovanje, nauku i kulturu, a vezano za usvajanje posebnog međunarodnog dokumenta u oblasti zaštite tzv. neuroljudskih prava kao posebne kategorije (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2024). Tako, prateći navedenu tendenciju, u teoriji

postoje i inicijative za konceptualizaciju prava na digitalno zdravlje (*Right to digital health*) u okviru savremenog javnopolitičkog koncepta digitalnog zdravlja (*Digital Health*).

Naime, najnovija stanovišta u pravnoj literaturi zasnivaju se na potrebi svojevrsne adaptacije postojećih prava u oblasti zdravlja novim okolnostima digitalne i tehnološke tranzicije, posebno vezano za upotrebu veštačke inteligencije u sistemu zdravstvene zaštite, uz dodatni predlog uvođenja i novih „digitalnih zdravstvenih prava“, onih koji se odnose na upotrebu veštačke inteligencije u zdravstvu, posebno u domenu ostvarivanja prava pacijenata (Van Kolschooten, 2025).

Veštačka inteligencija u velikoj meri utiče na funkcionisanje zdravstvenog sistema, ali i na prava korisnika zdravstvenih usluga, tj. pacijenata, budući da se koristi kao dijagnostičko sredstvo, terapijsko i sredstvo za prevenciju i promociju zdravlja, s tim da nosi i određene rizike, posebno od diskriminacije i u domenu ostvarivanja i u domenu zaštite prava na privatnost, te stvara mogućnosti za zloupotrebu.

Iz tih razloga u okvirima specijalizovanih međunarodnih organizacija, preciznije u okviru Svetske zdravstvene organizacije pokrenute su inicijative za sagledavanje i regulisanje primene veštačke inteligencije u sektoru zdravlja, pa je u oktobru 2023. godine usvojen Izveštaj SZO o ključnim pitanjima regulisanja veštačke inteligencije u oblasti zdravlja, i to u pogledu osiguranja informisanog pristanka, zaštite ličnih podataka i zabrane diskriminacije (WHO, Regulatory considerations on artificial intelligence for health, 2023). Posebna pažnja je posvećena primeni standarda upravljanja rizicima, transparentnosti procesa kod prikupljanja i obrade zdravstvenih podataka od strane veštačke inteligencije, osiguranju kvaliteta tako prikupljenih podataka, kao i neophodnosti uključivanja i obezbeđenja saradnje između svih relevantnih zainteresovanih strana kod utvrđivanja javnozdravstvenih strategija primene veštačke inteligencije u zdravstvenim sistemima (WHO, Regulatory considerations on artificial intelligence for health, 2023).

Sa druge strane, pojedini autori, poput Van Kolfšotena (Van Kolschooten, 2025), zalažu se za kodifikaciju zdravstvenih

prava pacijenata na nivou EU donošenjem *posebne Evropske povelje o digitalnim pravima pacijenata*. Razlog za to je što je nadležnost država članica u oblasti zaštite zdravlja primarna i dominantna, te dovodi do nejednakosti u zdravlju među državama članicama na nivou Unije. Osim toga, predlog je i priznavanje *novih digitalnih zdravstvenih prava* kao dela koncepta osnovnog prava na zdravlje, što Van Kolfšoten (2025) argumentuje tehnološkom i društvenom transformacijom.

Tako Van Kolfšoten (2025) predlaže priznavanje sledećih digitalnih zdravstvenih prava – (a) prava da se ne bude subjekt automatizovanog procesa donošenja odluka (pravo pacijenta da odbiju odluke o sopstvenom zdravlju koje su posledica delimične ili pune primene veštačke inteligencije uz pravo na pristup drugim, alternativnim oblicima donošenja odluke); (b) prava na ljudski kontakt (ovo pravo je povezano sa poštovanjem ljudskog dostojanstva i sa prevencijom negativnih posledica po emocionalno i mentalno zdravlje, kao i socijalno blagostanje u kontekstu štetnih uticaja socijalne izolacije); (c) prava na mentalnu privatnost (pravo na kontrolu sopstvenih neuroloških i moždanih podataka, budući da se određeni podaci o funkcionisanju mozga koriste u dijagnostici određenih bolesti, dok postojeći razvoj tehnologije omogućava sakupljanje, obradu i upotrebu moždanih podataka, tzv. čitanje misli, kao i direktnu interakciju sa neurološkim procesima, što ima implikacije u sferi privatnosti, posebno ugrožavajući slobodu misli) i (d) prava na digitalne zdravstvene informacije (pravo pojedinaca na pristup znanju i veštinama sa ciljem razumevanja funkcionisanja digitalnih zdravstvenih tehnologija, uključujući i veštačku inteligenciju, što direktno utiče na poverenje, povećava autonomiju pacijenata i poboljšava pristup zdravstvenim uslugama, te sprečava nejednakosti kod korišćenja napredne biomedicinske tehnologije), (Van Kolschooten, 2025: 4–6).

Nasuprot izazovima konceptualizacije prava na zdravlje u digitalnoj eri, bilo u obliku priznavanja novih „digitalnih zdravstvenih prava“ u okvirima tradicionalnog koncepta prava na zdravlje, bilo putem zadržavanja tradicionalnog pristupa konceptu prava na zdravlje uz primenu doktrine živog tumačenja

postojećih osnovnih prava u kontekstu tehnološkog, socijalnog i civilizacijskog napretka, kao problem ostaje izazov osiguranja jednakosti u pristupu sistemima zdravstvene zaštite i obezbeđenju pristojnog nivoa zaštite zdravlja za sve društvene grupe na međunacionalnom nivou.

Naime, problem nejednakosti je sada u uslovima digitalne tranzicije dodatno izražen, pa uključuje i izazov obezbeđenja jednakosti u domenu digitalnog zdravlja. Tako se u literaturi ukazuje na to da slaba, nedovoljna zaštita osnovnih ljudskih prava utiče nadalje na pristup, upotrebu i dizajniranje digitalnih zdravstvenih usluga, naročito u kontekstu rodnih i međugeneracijskih razlika u pristupu tzv. digitalnom zdravlju, zatim na problem zaštite prava na privatnost kod upotrebe veštačke inteligencije, kao i vezano za primenu algoritamskog menadžmenta u zdravstvu, te mogućnost diskriminacije pojedinih društvenih grupa kod pružanja zdravstvenih usluga primenom veštačke inteligencije (Imalingat & Majwana, 2024: 71–72). Kao način za prevazilaženje problema nejednakosti u domenu digitalnog zdravlja predlaže se puna primena pristupa zasnovanog na pravima u oblasti zdravlja (*Human right-based approach*) i prioritizacija pristupa ljudskim pravima, uključujući i onima u oblasti zdravlja koji su okrenuti ka pojedincu i usmereni ka čoveku-građaninu (Imalingat & Majwana, 2024: 84).

Izazovi tumačenja sadržine osnovnih ljudskih prava, uključujući i pravo na zdravlje, u kontekstu njihove primene u međunarodnim dokumentima o ljudskim pravima prisutni su od trenutka njihovog normativnog priznanja pa sve do danas. Međutim, savremeni društveni i tehnološki razvoj, naročito transformacija ekonomsko-socijalnog sistema pod uticajem digitalne tranzicije, dodatno je intenzivirao postojeće teorijske i praktične dileme u vezi sa obimom, sadržinom i načinima ostvarivanja ovih prava. Digitalizacija zdravstvenih sistema, upotreba veštačke inteligencije, obrada zdravstvenih podataka, telemedicina i platformizacija rada otvorili su nova pitanja u vezi sa privatnošću, dostupnošću zdravstvene zaštite, jednakim pristupom zdravstvenim uslugama i zaštitom dostojanstva pojedinca, što zahteva dinamično i tehnološki senzitivno tumačenje prava na zdravlje.

Ukoliko se polazi od sadržine i ciljeva međunarodnih instrumenata o ljudskim pravima, adekvatno tumačenje prava na zdravlje trebalo bi zasnivati na interpretativnim standardima Komiteta Ujedinjenih nacija za ekonomska, socijalna i kulturna prava, posebno sadržanim u Opštem komentaru br. 14 o pravu na zdravlje. Takav metod tumačenja podrazumeva primenu tradicionalnog pristupa zasnovanog na ljudskim pravima, sveobuhvatno, holističko i integrativno sagledavanje ljudskih prava kao međusobno povezanog sistema normi i vrednosti.

Istovremeno u uslovima digitalne tranzicije ovakav pristup zahteva i evolutivno tumačenje međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima, pri čemu se oni ne mogu posmatrati kao statični normativni akti, već kao „živi” pravni instrumenti sposobni da odgovore na promene koje donose digitalne tehnologije i novi oblici društvenih odnosa. Takvo dinamičko tumačenje posebno je afirmisano u praksi Evropskog suda za ljudska prava, koji Konvenciju tumači u skladu sa savremenim društvenim okolnostima i potrebom obezbeđenja efektivne i stvarne zaštite ljudskih prava, uključujući i zaštitu prava u digitalnom okruženju.

3. MENTALNO ZDRAVLJE U KORPUSU LJUDSKIH PRAVA – OD AKTIVIZMA I JAVNOPOLITIČKOG KONSTRUKTA DO LJUDSKOG PRAVA

Nastanak koncepta mentalnog zdravlja i njegova afirmacija na globalnom nivou, hronološki i teorijski, veže se za period konceptualizacije pojma zdravlja i prava na zdravlje u okvirima međunarodnog prava, odnosno za aktivnosti SZO i Organizacije UN koje se tiču obrazovanja, nauke i kulture (UNESCO) u oblasti javnog zdravlja, gde bi razvoj i konačno priznavanje koncepta mentalnog zdravlja trebalo pratiti počev od 40-ih do 60-ih godina 20. veka, kada je u okvirima UN 1960. godine doneta Deklaracija kojom je utvrđena „Godina mentalnog zdravlja” (Doron, 2015: 4).

Pre 1946. godine, kada je na Međunarodnoj zdravstvenoj konferenciji u Njujorku osnovana SZO, kao i Udruženje u oblasti mentalnog zdravlja, termin mentalno zdravlje kao takav nije bio prihvaćen u naučnoj i stručnoj literaturi, već se koristio termin *mentalna higijena* (Bertolote, 2008: 113). S tim u vezi, pojam mentalna higijena pojavio se u engleskoj stručnoj literaturi još 1843. godine sa monografijom pod nazivom „Mentalna higijena ili ispitivanje intelekta i strasti sa ciljem utvrđivanja njihovog uticaja na zdravlje i dužinu životnog veka”, da bi 1849. godine „zdrav mentalni i fizički razvoj građana” bio utvrđen kao prvi cilj u oblasti javnog zdravlja u Nacrtu zakona podnetog od strane Berlinskog udruženja lekara i hirurga (Bertolote, 2008: 113). Ipak, hronološki posmatrano, termin mentalno zdravlje bio je prepoznat kao značajan u oblasti javnog zdravlja mnogo pre njegovog uključivanja u stručnu i naučnu literaturu, te je tako još 1817. godine Donji dom Britanskog parlamenta osnovao poseban Komitet za utvrđivanje teškog položaja mentalno obolelih osoba (Kelly et al., 2020: 6), čime je ukazano na njegovu važnost u domenu očuvanja sveukupnog zdravlja stanovništva.

Tako je termin mentalna higijena pre 1946. godine bio dominantan pre svega u francuskoj literaturi, dok se u engleskoj literaturi mogu naći oba termina, ali bez jasnog definisanja i razgraničenja. Sa druge strane, konceptualizacija pojma mentalne higijene veže se za *pokret* i inicijativu Kliforda Birsu (*Clifford Beers*) u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD), koji se smatra rodonačelnikom koncepta mentalne higijene, kao i za osnivanje Društva za mentalnu higijenu 1908. godine, da bi već sledeće 1909. godine u SAD bila osnovana i Nacionalna komisija za mentalnu higijenu (Bertolote, 2008: 113). Nakon toga mnoge nacionalne države su osnovale posebna udruženja za mentalnu higijenu, poput Francuske i Južne Afrike 1920. godine, te Italije i Mađarske 1924. godine (Bertolote, 2008: 113). U Beogradu 1930. godine osnovano je jugoslovensko Društvo za duševnu higijenu, dok se Grga Bogić (1873–1952) smatra prvim domaćim publicistom koji objavljuje knjigu pod nazivom „Izučavanje zdravlja” 1936. godine u izdanju Srpske kraljevske akademije, a koja je posvećena mentalnoj higijeni (Backović, 2010: 835).

Mentalna higijena se u opštem smislu definiše kao „grana preventivne medicine koja se bavi prevencijom duševnih poremećaja, te očuvanjem i unapređenjem mentalnog zdravlja” (Backović, 2010: 833). Inicijalno je pokret za mentalnu higijenu Kliforda Birsu bio zasnovan na ciljevima unapređenja položaja osoba sa mentalnim poremećajima u smislu humanizacije uslova života (Bertolote, 2008: 113–114). Stoga pojam mentalna higijena nije vezan isključivo za prirodne, odnosno medicinske nauke, već koristi znanja i iskustva društvenih nauka, pre svega antropologije, sociologije, psihologije, kao i zdravstvene ekologije i psihijatrije (Backović, 2010: 833).

Osnivanjem SZO termin mentalno zdravlje postepeno zamenjuje termin mentalna higijena, s tim da jasna i univerzalno prihvaćena definicija mentalnog zdravlja još uvek nije utvrđena, zbog čega u Kempbelovom rečniku psihijatrije (*Campbell's Dictionary of Psychiatry*) mentalno zdravlje ima dva značenja i predstavlja – 1. sinonim za pojam mentalne higijene, 2. stanje psihološke dobrobiti (Bertolote, 2008: 113). Prvi međunarodni Kongres mentalnog zdravlja SZO održan je ubrzo nakon njegovog

osnivanja 1948. godine u Londonu, da bi na drugom zasjedanju Komiteta eksperata SZO u oblasti mentalnog zdravlja 1950. godine bila utvrđena definicija mentalnog zdravlja, ali i definicija mentalne higijene. Tako se pod pojmom mentalna higijena podrazumevaju sve aktivnosti i tehnike za unapređenje i održavanje mentalnog zdravlja, dok je pojam mentalno zdravlje definisan kao stanje individue koje je subjekt promena uslovljenih biološkim i socijalnim faktorima koji pak omogućavaju pojedincu da dostigne zadovoljavajuću sintezu sopstvenih, potencijalno suprotstavljenih instinktivnih podsticaja; zatim da formira i održava harmonične odnose sa drugima; kao i da učestvuje u konstruktivnim promenama u njegovoj društvenoj i životnoj sredini (Bertolote, 2008: 113).

Prvi Kongres mentalnog zdravlja u Londonu (1948) smatra se prekretnicom u prihvatanju termina mentalno zdravlje i njegovoj kasnijoj dominaciji u stručnoj i akademskoj literaturi, u javnopolitičkim dokumentima i sledstveno u zakonodavstvu. Na Kongresu je dat opšti pojam mentalnog zdravlja kao „stanja koje omogućava optimalan razvoj pojedinca, fizički, intelektualni i emocionalni, i koje može biti kompatibilno sa stanjem drugih lica” (Bertolote, 2008: 115). Kongres se smatra naročito značajnim jer, pored konceptualizacije pojma mentalnog zdravlja, ukazuje na zaokret u pristupu mentalnoj higijeni, odnosno mentalnom zdravlju – od prethodno čisto naučnog i pragmatičnog ka javnopolitičkom pristupu, gde je jedan od učesnika Kongresa istakao važnost mentalnog zdravlja za zajednicu i čoveka-građanina, što je u konačnici dovelo do transformacije međunarodnog pokreta mentalne higijene u pokret mentalnog zdravlja (Bertolote, 2008: 115). Na ovim osnovama 1949. godine u SAD osnovan je Nacionalni institut za mentalno zdravlje (Bertolote, 2008: 115), čime se aktivnosti pokreta institucionalizuju i uvode u javnopolitički okvir, u sistem zaštite zdravlja i posledično u zakonodavstvo.

Do danas pojam mentalnog zdravlja nije jasno definisan ni na međunarodnom nivou, ni na nacionalnim nivoima, te se mentalno zdravlje smatra kako „stanjem pojedinca” tako i „dimenzijom zdravlja i sastavnim delom koncepta zdravlja, odnosno prava na zdravlje” koja je pak u bliskoj vezi sa socijalnom, fizičkom i ekonomskom sredinom, odnosno sa determinantama zdravlja,

prvenstveno sa siromaštvom, nasiljem i diskriminacijom (WHO & UN, Mental health, human rights and legislation, 2023: xvii). Međutim, danas je nesporno da se mentalno zdravlje ne može definisati kao odsustvo mentalnog, zdravstvenog, odnosno patogenog stanja, već se isto definiše uzimajući u obzir socijalnu, psihološku, političku, ekonomsku i fizičku sredinu koja omogućava pojedincu i stanovništvu u celini da žive dostojanstven život, uz punu primenu osnovnih ljudskih prava u uslovima jednakosti (Cosgrove & Shaughnessy, 2020: 62). Osim toga, dominantno je stanovište da se mentalno zdravlje ne može smatrati ekvivalentnim sa „normalnim stanjem zdravlja“, niti se može utvrditi „statistička normalnost“ mentalnog zdravlja bez vrednosne procene koja je pak socijalno i kulturno determinisana (Doron, 2015: 6). I konačno pozitivna definicija mentalnog zdravlja, definicija SZO iz 1950. godine, isto se smatra upitnom, budući da se zasniva na čisto subjektivnim kriterijumima formiranja harmoničnih odnosa, gde pojmovi sreće, harmonije, zadovoljstva dodatno otežavaju njegovo definisanje (Doron, 2015: 6).

Najcitiranija definicija mentalnog zdravlja jeste definicija Mari Jahode (Marie Jahoda) iz 1958. godine koja daje šest ključnih elemenata za konceptualizaciju mentalnog zdravlja – odnos pojedinca prema sebi, samoostvarenje, integracija, autonomija, percepcija stvarnosti i sposobnost ovladavanja sopstvenim okruženjem (Huppert & So, 2013: 838). Na ovim osnovama pojedini autori grade savremeni koncept mentalnog zdravlja koji je multidimenzionalan, a cilj je merljivost stanja mentalnog zdravlja pojedinca i opšte populacije, zbog čega se stanje dobrog mentalnog zdravlja obično izjednačava sa pojmom dobrobiti (*Well-being*), (Huppert & So, 2013: 838). Tako Hupert i So (Huppert & So, 2013) pojam pozitivnog mentalnog zdravlja izjednačavaju sa pojmom dobrobiti, pri čemu se dobrobit ne sagledava kao odsustvo mentalnih poremećaja, već kao njegova suprotnost koja je uslovljena i pozitivnim emocijama i pozitivnim funkcionisanjem.

Nasuprot ovom stanovištu čini se da je prihvatljivije sagledati razliku između pojmova mentalnog zdravlja i dobrobiti, pri čemu se dobrobit smatra širim pojmom u odnosu na mentalno zdravlje koje ona sadrži, ali nije ograničeno samo na dobro

mentalno zdravlje, nego uključuje i tzv. subjektivnu dobrobit (životnu satisfakciju i emocionalno stanje), psihološku dobrobit (samoprihvatanje, autonomiju i svrhu), socijalnu dobrobit (društvenu integraciju i angažovanost u zajednici), ekonomsku dobrobit, kao i dobro fizičko zdravlje i zdravu životnu sredinu (Ruff & Keys, 1995; Diener et al., 1999).

Stoga u teoriji preovladava stanovište izrazite relativnosti koncepta mentalnog zdravlja, odnosno njegove socijalne i kulturne uslovljenosti, ali i personalne, lične determinisanosti s tim da, bez obzira na nedostatak saglasnosti vezano za utvrđivanje pojma i definisanje koncepta mentalnog zdravlja, u teoriji koju prati javnopolitička praksa i zakonodavstvo, aktivnosti i mere promovisanja, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja nisu doveđene u pitanje i predstavljaju *sine qua non* javni interes, odnosno interes zaštite i očuvanja javnog zdravlja. Osim toga, holistički i integrativni pristup konceptu zdravlja podržava sagledavanje mentalnog zdravlja sa stanovišta politike obrazovanja, rada i zapošljavanja, socijalne zaštite, kao i zaštite životne sredine, a u kontekstu zaštite javnog zdravlja i danas naročito kao dela globalne agende održivog razvoja.

Tako se pojam mentalnog zdravlja veže inicijalno za stručne inicijative i za pokret mentalne higijene koji je nastao i razvio se u SAD početkom 20. veka, prvenstveno u okvirima psihijatrije, da bi osnivanjem SZO i Prvim međunarodnim kongresom u oblasti mentalnog zdravlja 1948. godine pokret mentalne higijene prerastao u pokret mentalnog zdravlja. Na ovaj način koncept mentalnog zdravlja se postepeno integriše u koncept opšteg zdravlja promovisanog u okvirima UN, odnosno u prvim međunarodnim dokumentima o ljudskim pravima u kontekstu promovisanja, ostvarivanja i zaštite prava na zdravlje. Nadalje, usvajanjem UN Agende održivog razvoja 2030 2015. godine mentalno zdravlje je priznato kao jedan od prioriteta javnih politika i održivog razvoja, gde se mentalno zdravlje smatra preduslovom za dobro fizičko zdravlje, te je utvrđena jaka veza sa drugim faktorima održivog razvoja, sa siromaštvom, ekonomskim razvojem, razvojem tržišta rada, kao i sa vrednostima mira i socijalne pravde (Votruba & Thornicroft, 2016: 2).

Organizacije koje se bave ljudskim pravima i akademska zajednica su ukazale na vezu između socijalnih determinanti zdravlja, od kojih su većina uključene u ciljeve održivog razvoja, i ostvarivanja prava na zdravlje, tj. prava na najveći mogući standard zdravlja. S tim u vezi, 2000. godine Komitet UN o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima utvrdio je da uživanje prava na zdravlje zahteva od nacionalnih država da preduzmu sve mere vezane za adresiranje determinanti zdravlja, što su nadalje pratila i druga tela u okviru UN (Maker & McSherry, 2024: 1016). Usvajanjem UN Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom 2008. godine afirmisan je princip prava na najveći mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja za osobe sa invaliditetom bez diskriminacije, gde je u čl. 1 usvojena šira definicija invaliditeta koja uključuje i „dugotrajna mentalna oštećenja“, čime je ukazano na značaj ljudskih prava u oblasti mentalnog zdravlja (Maker & McSherry, 2024: 1016). Naime, sve donedavno akademske rasprave u oblasti mentalnog zdravlja vodile su se oko „elementa mentalnog zdravlja“ kao dela koncepta prava na zdravlje da bi, naročito u periodu nakon pandemije virusa korona, javnopolitičke i posledično zakonodavne aktivnosti bile usmerene ka konceptualizaciji i promovisanju tzv. zdravstvenih prava u domenu mentalnog zdravlja, i to tako da se ukaže na potrebu širenja zaštite koja bi sada trebalo da uključi i ostvarivanje najvećeg mogućeg standarda mentalnog zdravlja (Maker & McSherry, 2024: 1016).

Pravo na najveći mogući standard mentalnog zdravlja se teorijski argumentuje i javnopolitički zagovara pre svega, na međunarodnom nivou i na regionalnim nivoima, pa tako socijalne determinante mentalnog zdravlja sve više dolaze u fokus organizacije UN. Stoga je u specijalnom Izveštaju o zdravlju UN iz aprila 2019. godine ukazano da javnopolitičke i normativne aktivnosti o strukturalnim, političkim i socijalnim determinantama zdravlja jesu ključne za ostvarivanje prava na mentalno zdravlje. Ukazano je na važnost dovođenja javnopolitičkih ciljeva u kontekst sa ekonomskim i socijalnim pravima, čime se obezbeđuje najveći mogući standard zaštite zdravlja, uključujući i zaštitu mentalnog zdravlja (Maker & McSherry, 2024: 1016).

3.1. NASTANAK I RAZVOJ SAVREMENOG KONCEPTA MENTALNOG ZDRAVLJA – JAVNOPOLITIČKI OKVIR

Koncept mentalnog zdravlja, posebno u periodu njebove afirmacije, što je bilo naročito izraženo nakon usvajanja Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom 2006. godine, prvenstveno je bio analiziran u kontekstu primene principa zasnovanog na ljudskim pravima (*Human right-based approach*), a u okvirima opšteg međunarodnog koncepta prava na zdravlje. Osim toga, postepeno se u međunarodnoj i regionalnoj javnopolitičkoj praksi promovisao i aspekt sagledavanja mentalnog zdravlja, naročito njegovog odnosa sa determinantama zdravlja. Tako je savremeni koncept mentalnog zdravlja zasnovan na: (1) sagledavanju mentalnog zdravlja u okviru korpusa ljudskih prava primenom principa zasnovanog na ljudskim pravima i (2) sagledavanju mentalnog zdravlja u smislu njegovog odnosa i veze sa determinantama zdravlja.

Sagledavanje mentalnog zdravlja u kontekstu ljudskih prava veže se za dokumenta UN o ljudskim pravima, pre svega za Međunarodnu konvenciju o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966) i za pravo na najveći mogući standard zdravlja, kada se izvodi iz opšteg koncepta i prava na zdravlje, odnosno prava na zaštitu zdravlja. S tim u vezi, kako teorijska tako i empirijska istraživanja potvrdila su korelaciju između mentalnog zdravlja i ljudskih prava tako da kršenje osnovnih ljudskih prava utiče negativno na mentalno zdravlje i *vice versa*, a poštovanje ljudskih prava utiče pozitivno na poboljšanje mentalnog zdravlja (Porsdam Mann, Bradley & Sahakian, 2016: 263). Naime, pravni okvir ljudskih prava je, prema preovladavajućem stanovištu, priznat kao važan za oblast zaštite zdravlja, uključujući i za domen zaštite mentalnog zdravlja (Porsdam Mann, Bradley & Sahakian, 2016: 264).

Tako u okviru UN, kako SZO tako i Visoki komesar za ljudska prava UN, ukazuju na važnost primene principa zasnovanog na ljudskim pravima u oblasti mentalnog zdravlja (WHO & UN, *Mental health, human rights and legislation*, 2023: 1). *Sveobuhvatan akcioni plan SZO u oblasti mentalnog zdravlja za period*

2013–2030, koji je revidiran 2021. godine, poziva države članice da usaglase zakonodavstvo u oblasti mentalnog zdravlja sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006), kao i sa drugim međunarodnim i regionalnim dokumentima o ljudskim pravima, te da izmene ili donesu novu regulativu kako bi se sprečila diskriminacija i kršenje drugih, povezanih ljudskih prava (WHO & UN, *Mental health, human rights and legislation*, 2023: 2).

Međutim, savremeni koncept mentalnog zdravlja, pored pristupa zasnovanog na ljudskim pravima, kako u teoriji tako i u međunarodnoj javnopolitičkoj praksi, podrazumeva još i referisanje na determinante zdravlja. S tim u vezi, u martu 2025. godine SZO donela je *Smernice o politici mentalnog zdravlja i strategijskim akcionim planovima*, u kojima se pored aspekta ljudskih prava ukazuje na neophodnost da se u javnim politikama u oblasti mentalnog zdravlja usvoji i pristup koji je usmeren ka pojedincu i orijentisan na oporavak koji bi trebalo da bude u skladu sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006), kao i sa Sveobuhvatnim akcionim planom SZO u oblasti mentalnog zdravlja za period 2013–2030. (WHO, *Guidance on mental health policy and strategic action plans*, 2025: xiv). Navedeni pristup naglašava adresiranje stigme i diskriminatorske prakse merama njihovog sprečavanja, a sve sa ciljem osiguranja autonomije, dostojanstva i poštovanja osnovnih ljudskih prava svih građana (WHO, *Guidance on mental health policy and strategic action plans*, 2025: xiv). Osim toga, ukazuje i na neophodnost integracije mentalnog zdravlja kao ključne komponente univerzalnog zdravstvenog osiguranja, te zadovoljenja univerzalne potrebe za obezbeđenjem jednakosti u pristupu sveobuhvatnim i kvalitetnim uslugama zaštite mentalnog zdravlja, nezavisno od socioekonomskog statusa ili geografske pripadnosti pojedinca (WHO, *Guidance on mental health policy and strategic action plans*, 2025: xiv).

Holističko i integrativno sagledavanje koncepta mentalnog zdravlja, kako njegovog mesta u korpusu ljudskih prava tako i veze sa determinantama zdravlja, sve više se zagovara na međunarodnom nivou, ali i na regionalnim nivoima, posebno od strane kreatora javnih politika, a prvenstveno u okvirima UN i SZO. Specijalni izvestilac UN za oblast zdravlja Dajnjus Puras (Dainius

Puras), koji je vršio ovu funkciju u periodu od 2014. do 2020. godine, ukazao je na značaj determinanti zdravlja za oblast mentalnog zdravlja, naglašavajući da je „utvrđivanje jake veze između ljudskih prava i socijalnih determinanti mentalnog zdravlja ključno za obezbeđenje jednakosti u zaštiti zdravlja, kao i za osiguranje najvećeg mogućeg standarda mentalnog zdravlja” (Maker & McSherry, 2024: 1018). Osim toga, Puras smatra da isključiva primena pristupa zasnovanog na ljudskim pravima u oblasti mentalnog zdravlja nije dovoljna za obezbeđenje ciljeva zaštite zdravlja po principu jednakosti, već je neophodno da se u javno-političkoj praksi i u zakonodavstvu usvoji širi pristup mentalnom zdravlju. Naime, primena pristupa zasnovanog na ljudskim pravima, prema Purasovom mišljenju, znači sagledavanje mentalnog zdravlja isključivo iz perspektive pojedinca u smislu fokusa na mentalno stanje uticajem na ponašanje, dok širi pristup podrazumeva i analizu uticaja socijalnih, ekonomskih, pravnih, političkih i drugih strukturalnih faktora koji utiču na mentalno zdravlje i dobrobit pojedinca (Maker & McSherry, 2024: 1018). Tako Puras zagovara širi pristup kod definisanja savremenog koncepta mentalnog zdravlja uključivanjem socijalnih determinanti zdravlja u adresiranje problema, pa sugerise interpretaciju prava na mentalno zdravlje koja bi trebalo da bude šira, na taj način da uključi i „zabranu da se bilo kome odbije pristup zdravoj psihosocijalnoj sredini, što ima za cilj održanje dobrobiti i blagostanja pojedinca i zajednice u celini, te odgovara ostvarivanju prava svakog lica na život sa poštovanjem, dobrim socijalnim odnosima, jednakim prilikama i dostojanstvom” (Maker & McSherry, 2024: 1018).

Navedeni pristup mentalnom zdravlju znači da nacionalne države u okviru svog zakonodavstva imaju obavezu šireg utvrđivanja prava na mentalno zdravlje, tj. šireg tumačenja, tako da, pored unošenja odredbi o uslugama u oblasti mentalnog zdravlja koje imaju za cilj prevenciju poremećaja mentalnog zdravlja i lečenje mentalnih stanja i bolesti, uključe i odredbe koje imaju za cilj sprečavanje diskriminacije i nasilja, kao i da utvrde mehanizme, usluge i sredstva za prevenciju, podršku i zaštitu mentalnog zdravlja, posebno u oblasti socijalne sigurnosti, usluge stanovanja i ishrane, kao i da omoguće socijalnu i profesionalnu integraciju.

Shodno navedenom, SZO definiše *mentalno zdravlje savremenog doba* kao „stanje fizičke, mentalne, emocionalne i socijalne dobrobiti koje se utvrđuje u interakciji pojedinca sa društvom” (WHO & UN, Mental health, human rights and legislation, 2023: 9). Mentalno zdravlje zavisi od uslova u kojima su ljudi rođeni, u kojima su odrasli i u kojima žive, rade i stare, te ne može biti sagledano van konteksta osnovnih ljudskih prava i sloboda (WHO & UN, Mental health, human rights and legislation, 2023: 9). Stoga SZO ističe da se konceptu mentalnog zdravlja i dobrobiti mora pristupati holistički, uz primenu multisektorskog pristupa koji uključuje ne samo sagledavanje u okviru sektora zdravstvene zaštite već i u okviru sektora obrazovanja, rada i zapošljavanja, sektora pravosuđa, ali i u kontekstu migracija, zaštite dece, primene zakona, te javnog odgovora na prirodne katastrofe i nesreće (WHO & UN, Mental health, human rights and legislation, 2023: 9). Osim toga, SZO naglašava i važnost antidiskriminatorskog i inkluzivnog pristupa mentalnom zdravlju, pri čemu bi javne politike, usluge i programi promovisanja, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja trebalo da budu koncipirani odgovorno u smislu sagledavanja diverziteta potreba različitih društvenih grupa, a posebno onih ranjivih (WHO & UN, Mental health, human rights and legislation, 2023: 9). Definicija mentalnog zdravlja SZO koja se najčešće navodi u literaturi i u javnopolitičkim dokumentima jeste ona u kojoj se mentalno zdravlje smatra „stanjem dobrobiti gde pojedinac ostvaruje sopstvene sposobnosti, zatim može da se nosi sa normalnim stresom, može da obavlja radne aktivnosti produktivno i sposoban je da doprinese široj zajednici” (WHO, Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice, 2004).

Iz definicije mentalnog zdravlja može se zaključiti da SZO pojmove mentalno zdravlje i mentalna dobrobit smatra sinonimima, što je uslovalo da se i u literaturi često ne pravi jasna distinkcija između ova dva pojma, pa ne postoji saglasnost među autorima, a to stvara dodatne teškoće u definisanju koncepta mentalnog zdravlja i posledično prava na mentalno zdravlje, tj. prava na zaštitu mentalnog zdravlja. Ovo nadalje dovodi do problema u ostvarivanju prava, a posebno jer se pojam dobrobiti ili

blagostanja smatra prilično apstraktnim i subjektivnim za interpretaciju, zbog čega dolazi do problema u tumačenju obično nepotpunih pravnih pravila u oblasti mentalnog zdravlja što u konačnosti otežava ostvarivanje prava.

Koncept i definicija mentalnog zdravlja SZO još implicira i da pojam mentalnog zdravlja uključuje kako pozitivne emocije tako i pozitivno funkcionisanje, pri čemu se pozitivno funkcionisanje između ostalog vezuje i za produktivnost na radu. Međutim, u teoriji se ističu kritike ovog pristupa, budući da bi to značilo da osobe koje zbog godina ili fizičkog stanja nisu u mogućnosti da rade ili pak usled migrantskog statusa ili izloženosti diskriminaciji ne mogu da doprinesu zajednici po pravilu imaju loše mentalno zdravlje, što ne mora da bude slučaj (Galderisi et al., 2015: 231).

Naime, savremeni koncept mentalnog zdravlja promovisan od strane SZO uključuje kako pristup koji se zasniva na osnovnim ljudskim pravima tako i odnos sa determinantama zdravlja, gde se još naglašava i važnost definisanja „univerzalnih elemenata od značaja za mentalno zdravlje” kako bi se osigurao neophodan otklon od kulturnih obrazaca i obezbedila neophodna objektivnost (Galderisi et al., 2015: 231). Mentalno zdravlje razmatra se u okviru šireg koncepta zdravlja, a shodno dokumentima o ljudskim pravima UN, i jasno se utvrđuje da mentalno zdravlje jeste stanje zdravlja „a ne samo odsustvo mentalnog poremećaja”, pa SZO naglašava da mentalno zdravlje uključuje sagledavanje kako mentalnih poremećaja tako i psihosocijalnih oštećenja (Malla & Gold, 2024: E127).

Budući da univerzalna saglasnost oko konceptualizacije opšteg pojma zdravlja još uvek nije postignuta na međunarodnom nivou, te da je u pitanju koncept dinamične i fleksibilne prirode, u kojoj razvoj i napredak u biomedicinskim naukama utiču na često blago ali nesporno redefinisane koncepta zdravlja, iste dileme vezuju se i za koncept mentalnog zdravlja. Ovo naročito vredi za koncept mentalnog zdravlja zbog njegove suštinske kompleksnosti i subjektivnosti prirode, te uticaja društvenih vrednosti i kulturnih obrazaca, ali i problema u distinkciji mentalnog zdravlja i povezanih pojmova – dobrobiti i blagostanja – i podeljenosti teorijskih stanovišta o njegovoj izjednačenosti sa pojmom

mentalnog zdravlja, odnosno njihovoj različitosti. Danas se pod uticajem razvoja društveno-humanističkih nauka, tj. pozitivne psihologije i povezanih socioloških nauka, pojmovi mentalnog zdravlja i dobrobiti smatraju povezanim, ali pojmovima koji nisu sinonimi, uz to da se oba pojma vezuju za opšti koncept zdravlja.

Naime, koncept mentalnog zdravlja, prema SZO, uključuje dva elementa: pozitivno psihološko stanje i funkcionalnu sposobnost pojedinca (WHO, *Mental health: Strengthening our response*, 2014), dok se koncept dobrobiti smatra širim i više holističkim konstruktom koji uključuje emocionalne, psihološke, fizičke i socijalne dimenzije životne satisfakcije i funkcionisanja. U teoriji postoje tradicionalno dva dominantna pristupa u definisanju pojma dobrobiti: (1) subjektivna dobrobit, sa fokusom na subjektivnu satisfakciju i pozitivne i negativne afekte (Diener et al., 1984) i (2) psihološka dobrobit sa fokusom na autonomiju, lični rast, životnu svrhu, ovladavanje sredinom, pozitivne lične odnose i samoprihvatanje (Ryff, 1989).

Savremeni pristup pojmu mentalnog zdravlja vs. pojmu dobrobiti naglašava multidimenzionalni i integrativni pogled na ljudsko funkcionisanje u ovim domenima. Mentalno zdravlje i dobrobit smatraju se povezanim, ali konceptualno različitim pojmovima. Tako mentalno zdravlje jeste „integralni deo zdravlja i dobrobiti“ (WHO, *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*, 2022), te predstavlja pozitivno stanje funkcionisanja i uključuje emocionalnu dobrobit, kognitivne kapacitete, socijalno funkcionisanje, svrhu i samoefikasnost individue, uz ukazivanje da pojedinac može živeti sa nekim mentalnim poremećajem, a opet imati pozitivno stanje mentalnog zdravlja (Keyes, 2002). Osim toga, savremeni pristup mentalnom zdravlju naglašava i važnost socioekonomskog statusa, kvaliteta posla i uslova rada, kao i značaj sagledavanja diskriminacije i nejednakosti kod konceptualizacije pojma (Keyes, 2002). Sa druge strane, dobrobit kao širi, holistički konstrukt odnosi se na celokupan kvalitet života pojedinca i uključuje fizičku, mentalnu, emocionalnu i socijalnu dimenziju, dok se razlikuju dve komponente dobrobiti – subjektivna dobrobit koja se procenjuje shodno odnosu pojedinca prema životu, tj. procenom sreće, životne satisfakcije

i sl. i objektivna koja uključuje procenu životnih i radnih uslova, tj. prihoda, zdravlja, obrazovanja, stanovanja (Seligman, 2011).

Sa druge strane, važno je naglasiti da se na osnovama opšteg koncepta zdravlja i prava na zdravlje, odnosno zaštitu zdravlja, pravo na mentalno zdravlje izdvojilo kao posebna komponenta međunarodno priznatog prava na zdravlje primenom principa zasnovanog na ljudskim pravima u okviru UN i SZO. Okvir prava na mentalno zdravlje je, prateći konceptualizaciju pojma mentalnog zdravlja, isto multidimenzionalan, pa pravo na mentalno zdravlje generalno uključuje sledeće aspekte: pristup kvalitetnim uslugama zaštite mentalnog zdravlja, zaštitu od nehumanog ili prisilnog tretmana, učešće u kreiranju politika mentalnog zdravlja i učešće u odlučivanju, socijalne determinante poput stanovanja, zapošljavanja i rada, obrazovanja, kao i priznanje mentalnog zdravlja kao ljudske sposobnosti a ne samo kao medicinskog pitanja (Pūras, 2017).

3.2. MENTALNO ZDRAVLJE KAO PRAVNI KONSTRUKT – EVOLUCIJA OD KLINIČKOG MODELA KA NORMATIVNOM OKVIRU I PRAVU NA MENTALNO ZDRAVLJE

Poslednje dve decenije 21. veka obeležila je promena teorijskog i posledično javnopolitičkog i normativnog pristupa konceptu mentalnog zdravlja, i to od uske, biomedicinske paradigme zdravlja i sledstveno mentalnog zdravlja do savremenog multidimenzionalnog, pravnog konstrukta mentalnog zdravlja primenom principa zasnovanog na ljudskih pravima. Tradicionalno je mentalno zdravlje sagledavano u okviru kliničkog, biomedicinskog modela, gde su psihijatrijski pristup i institucionalne usluge dominirale, što je često bilo praćeno paternalističkim odnosom između lekara i pacijenta vezano za postupak donošenja odluka, zatim prisilnim tretmanom i ograničenom individualnom autonomijom.

Klinički model pristupa mentalnom zdravlju kao stanju pojedinca sa aspekta mentalne bolesti koja se pak sagledava kao

neurobiološka, genetička ili psihološka disfunkcija, pri čemu je tretman pacijenta zasnovan na prioritizaciji dijagnostičkih, terapijskih i psihijatrijskih intervencija, naglašavajući kliničke efikasnosti, upravljanja rizicima i uklanjanja simptoma (Pilgrim, 2015). Međutim, ovaj model smatra se neadekvatnim i danas prevaziđenim, budući da ne uzima u obzir socijalni, ekonomski i pravni kontekst mentalnog zdravlja i dobrobiti uopšte.

Sa stanovišta prava klinički pristup mentalnom zdravlju doveo je do usvajanja javnopolitičkih dokumenata i regulative koji su pospešili prisilnu hospitalizaciju i psihijatrijsko lečenje. Naime, regulativa u oblasti mentalnog zdravlja, sa jedne strane, bila je opravdana kao mehanizam za obezbeđenje nege i zaštite zdravstveno ranjivih pojedinaca u oblasti mentalnog zdravlja, s tim da je, sa druge strane, uslovila pojavu neadekvatnog tretmana, odnosno prisilne terapije, institucionalizacije i oduzimanja poslovne sposobnosti. Tako je, pod uticajem dominacije kliničkog modela, ova praksa bila opravdavana „dužnošću brige” za ranjive članove zajednice dok je, u stvari, često dolazilo do povrede autonomije i dostojanstva ličnosti (Szmukler, Daw & Callard, 2014: 249). Klinički pristup mentalnom zdravlju kritikovan je, budući da predstavlja „medikalizaciju društvene patnje” tako što zanemaruje determinante zdravlja, siromaštvo, diskriminaciju, nasilje i socijalnu isključenost (Bracken et al., 2012: 431). U okviru SZO, a naročito istupanjem specijalnog izvestioca za zdravlje UN Dajnjusa Purasa i Izveštajem o pravu na zdravlje iz 2017. godine, poslednjih godina naglašava se neophodnost napuštanja kliničkog pristupa pravu na mentalno zdravlje, uz isticanje da ovaj model podstiče stigmatizaciju i vodi ka kršenju osnovnih ljudskih prava kada nije u ravnoteži sa poštovanjem autonomije i prava pojedinca na participaciju u odlučivanju.

Usvajanje Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006) bila je prekretnica u otklonu od kliničkog modela mentalnog zdravlja i adresiranju *prava na mentalno zdravlje* kao *pravnog konstrukta*, te njegovom sagledavanju kroz međunarodne dokumente o ljudskim pravima. Čl. 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom (2006) osporava praksu prinude zasnovanu na oštećenju mentalnog zdravlja i afirmiše pristup zasnovan na

pravu na jednakost i autonomiju u svim aspektima života osoba sa mentalnim smetnjama (Gooding, 2015).

Zaokret ka sagledavanju mentalnog zdravlja u kontekstu ljudskih prava dodatno je podržan od strane specijalnog izvestioca UN u oblasti prava na zdravlje Dajnjusa Purasa, koji je istakao važnost napuštanja prinudnih i institucionalnih psihijatrijskih tretmana i njihovu zamenu participativnim, inkluzivnim i na pravnoj odgovornosti zasnovanom sistemu zaštite mentalnog zdravlja (Pūras, 2017). Na ovim osnovama mentalno zdravlje je postepeno sagledavano kao svojevrsni društveni i pravni konstrukt, čvrsto povezan sa pravom na dostojanstvo, zaštitu od diskriminacije, kao i sa pravom na participaciju u odlučivanju (Szmukler, Daw & Callard, 2014: 252). Nadalje, SZO je pozvala na promenu paradigme mentalnog zdravlja i prava na mentalno zdravlje, pa ukazala na prioritet razvoja usluga u zajednici koje su okrenute ka pojedincu, zasnovane na poštovanju ljudskih prava i uzimanju u obzir kulturni kontekst društva (WHO, Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, 2021). Naime, SZO naglašava važnost dostojanstva, inkluzije i socijalnih determinanti u pristupu mentalnom zdravlju što je, kako u teoriji tako i u javnopolitičkoj praksi, dominantno prihvaćeno, te se mentalno zdravlje ne smatra više čisto medicinskim pitanjem, već i pravnim, etičkim i socijalnim, a sve u kontekstu ostvarivanja i zaštite osnovnih ljudskih prava.

Sa druge strane, u pravnoj teoriji Gostin (Gostin, 2001) argumentuje pravo na najviši mogući standard mentalnog zdravlja kao legitimnog ljudskog prava. Gostin naglašava da mentalno zdravlje nije samo javnopolitičko pitanje ili pitanje zdravstvene strategije već je i pitanje od pravnog značaja u kome postoji odgovornost država za njegovo ostvarivanje. Osnov pronalazi u Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), u čl. 12 kojim se garantuje „pravo svakoga na uživanje najvećeg mogućeg standarda fizičkog i mentalnog zdravlja“, kao i u Opštem komentaru br. 14 Komiteta UN o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, gde se utvrđuju osnovne obaveze država: obezbeđenje nediskriminatorskog pristupa uslugama mentalnog zdravlja i determinantama zdravlja,

obezbeđenje osnovnih lekova, zaštita individualne autonomije i zaštita od prinudnih tretmana, kao i obezbeđenje participacije pacijenta kod donošenja zdravstveno relevantnih odluka (UN, General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, 2001). Ovde se mentalno zdravlje sagledava jednako kao i fizičko, te se ukazuje na istorijsku marginalizaciju mentalnog zdravlja u zakonodavstvu i javnozdravstvenim politikama. Stanovište se zasniva na javnozdravstvenoj etici i balansiraju između ličnih prava i zdravlja stanovništva, pri čemu se ukazuje na značaj pravnih mehanizama, institucionalnog okvira i javnopolitičkih intervencija u zaštiti mentalnog zdravlja u svim sferama života pojedinca.

Osim toga, priznanje socijalnih determinanti zdravlja, tj. uticaja siromaštva, obrazovanja, stanovanja, kao i zapošljavanja i rada u domenu mentalnog zdravlja je takođe pospešilo sagledavanje mentalnog zdravlja kao pitanja strukturalne pravde pre nego pitanja pojedinačnog patogena, odnosno bolesti u medicinskom kontekstu. U okviru ovakve rekonceptualizacije mentalnog zdravlja mentalno zdravlje se više ne sagledava sa aspekta lečenja bolesti već obezbeđenja sredine koja omogućava pojedincu da napreduje i razvija se (*Flourish*). Nadalje, teorija poznaje još i pristup mentalnom zdravlju kao sposobnosti (*Capacity approach to mental health*), u kome se mentalno zdravlje sagledava kao jedna od osnovnih ljudskih sposobnosti neophodna za osiguranje autonomije pojedinca i participacije u zajednici, a u kontekstu ostvarenja pravde, dostojanstva i dobrobiti (Venkatapuram, 2011).

Tranzicija od kliničkog modela pristupa mentalnom zdravlju i pravu na mentalno zdravlje ka tzv. pravnom legalizmu nalazi osnov u epistemološkim i etičkim promenama, razvijenim kako u teoriji tako i u međunarodnopravnoj praksi. Mentalno zdravlje se danas ne razmatra isključivo kao pitanje medicinskog tretmana već i kao pravno pitanje, osnaživanje pojedinca i zajednice u celini, ali i pitanje inkluzije ranjivih društvenih grupa. Takva promena ima značajne implikacije na javnopolitičku praksu, zakonodavna rešenja i na institucije kod definisanja usluga u domenu mentalnog zdravlja, zatim na alokaciju resursa, kao i

na odnos prema korisnicima ovih usluga. S tim u vezi, prilikom utvrđivanja normativnog okvira fokus više nije ograničen samo na kliničku efikasnost već i na etičku opravdanost, kao i na pravnu dopuštenost mera u domenu mentalnog zdravlja.

3.3. MENTALNO ZDRAVLJE U MEĐUNARODNOM UNIVERZALNOM PRAVU

Promene u konceptualizaciji mentalnog zdravlja – od kliničkog modela do pravnog legalizma i holističkog odnosno integrativnog razumevanja mentalnog zdravlja u okviru korpusa ljudskih prava – mogu se pratiti i kroz međunarodne univerzalne dokumente o ljudskim pravima, prvenstveno kroz dokumente UN i SZO kojima se direktno ili indirektno adresiraju pitanja ostvarivanja prava na mentalno zdravlje.

Pravo na mentalno zdravlje garantovano je u *Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima UN* (1966), u čl. 12 kao „pravo svakog lica na najveći mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja”, koje je kasnije konkretizovano u *Opštem komentaru br. 14 Komiteta UN o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima* (2000), gde se naglašava obaveza država za ostvarenje prava na najveći mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja na osnovu primene sledećih kriterijuma: dostupnosti, pristupačnosti, prihvatljivosti i kvaliteta usluga u oblasti zdravlja (UN, General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12), 2000). Definicija sadržana u Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima UN (1966) jasno ukazuje na neophodnost zaštite oba domena zdravlja, kako fizičkog tako i mentalnog, pri čemu se mentalno zdravlje prepoznaje kao jednako važno. Nadalje, pristup UN iz Opšteg komentara br. 14 o pravu na zdravlje normativno pozicionira mentalno zdravlje kao ljudsko pravo, obavezujući države ne samo da obezbede adekvatne usluge u oblasti mentalnog zdravlja već i da adresiraju pitanja socijalnih i strukturnih determinanti mentalnog zdravlja i dobrobiti uopšte (Gostin & Gable, 2004).

Međutim, zaokret ka savremenom sagledavanju prava na mentalno zdravlje u korpusu međunarodnog prava ljudskih prava nastaje usvajanjem *Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom 2006. godine* (UN, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2006). Konvencija dovodi do promene tradicionalne paradigme u konceptualizaciji mentalnog zdravlja i prava na mentalno zdravlje tako što preispituje legitimitet prinudne psihijatrijske prakse i prinudnih psihijatrijskih mera, ustanovljavajući pravo lica sa psihosocijalnim oštećenjima, tj. sa mentalnim invaliditetom, na jednakost kod utvrđivanja poslovne sposobnosti, uz garantovanje prava na autonomiju.

Na osnovama Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom (2006) Komitet UN o pravima osoba sa invaliditetom je 2014. godine u *Opštem komentaru br. 1* precizirao prirodu prava na mentalno zdravlje u smislu njegove interpretacije, tako da se ovaj dokument smatra ključnim za rekonceptualizaciju tradicionalnog pristupa mentalnom zdravlju na čijim je osnovama postavljen savremeni etički i pravni koncept prava na mentalno zdravlje. Naime, Opšti komentar br. 1 odbacuje dotadašnju praksu procene mentalne sposobnosti i uskraćivanje poslovne sposobnosti, pa utvrđuje da svim licima, bez obzira na kognitivna ili psihosocijalna stanja ili oštećenja, mora biti priznata puna poslovna sposobnost, sa pravom da samostalno donose odluke o sopstvenom životu, uključujući i odluke o podvrgavanju zdravstvenom tretmanu ili tretmanu u oblasti mentalnog zdravlja (UN [CRPD Committee], *General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law*, 2014). Odredbe su imale značajne globalne implikacije na sisteme mentalnog zdravlja, kao i na regulativu, budući da su ukazivale na neophodnost ukidanja supstitutivnog donošenja odluka u kontekstu instituta starateljstva prema osobama sa mentalnim poteškoćama, ali i utvrđivanja prava na autonomiju i informisani pristanak, te zabranu prinudnih tretmana, poput nevoljne hospitalizacije, prinudnog davanja medikamena-ta, tj. medikalizacije zasnovane na dijagnozi mentalnog poremećaja ili mentalne bolesti.

U kontekstu prava na mentalno zdravlje, Opšti komentar br. 1 na međunarodnopravnom nivou predstavlja zaokret i

promenu paradigme – od paternalističkog biomedicinskog modela prava na mentalno zdravlje (odluke su donošene u ime lica i za račun lica sa mentalnim poremećajem) ka modelu usmrenom ka pojedincu i zasnovanom na ljudskim pravima koji priorizuje autonomiju, informisani pristanak i dostojanstvo ličnosti. Osim toga, promoviše se još i model podrške u odlučivanju kao alternativni tako što bi se pružala pomoć pojedincima sa mentalnim poteškoćama da samostalno donose odluke bez ukidanja poslovne sposobnosti.

Naime, Opšti komentar br. 1 o interpretaciji prava na mentalno zdravlje pozicionira mentalno zdravlje u kontekst osnovnih ljudskih prava i usklađuje sa principima zabrane diskriminacije, promovisanja autonomije i socijalne inkluzije. Osim toga, podstiče države da izvrše reformu zakonodavstva u oblasti mentalnog zdravlja, i to na način koji podrazumeva eliminisanje prinudnih tretmana u pravcu izgradnje inkluzivnih, u zajednici osnovanih usluga mentalne zaštite uz poštovanje ličnog izbora. Iako većinski podržan u akademskoj i stručnoj zajednici, kritike redefinisnog pristupa mentalnom zdravlju i pravu na mentalno zdravlje ogledaju se u argumentaciji koja ističe da ukidanje supstitutivnog donošenja odluka može biti izazovno u slučaju lica koja su u akutnim stanjima poremećaja i bolesti mentalnog zdravlja, te mogu predstavljati ozbiljnu pretnju po sopstveni ali i život trećih lica (Dawson & Szmukler, 2006). Ipak ovaj dokument ostaje ključan za unapređenje pravnog konstrukta prava na mentalno zdravlje, zamenjujući prinudne mere merama osnaživanja i samoodređenja.

Istovremeno sa aktivnostima UN u oblasti mentalnog zdravlja SZO je, prateći tendenciju definicije zdravlja iz Ustava SZO, unapredila pristup mentalnom zdravlju zagovarajući sistemski zasnovanu i integrativnu viziju mentalnog zdravlja, gde je od značaja referisanje na *Akcioni plan SZO u oblasti mentalnog zdravlja za period 2013–2030*,⁴ koji, iako pravno neobavezujuće prirode, ima značajan moralno-politički uticaj na države članice.

⁴ Inicijalno, Akcioni plan u oblasti mentalnog zdravlja usvojen je za period 2013–2020, da bi u maju 2019. godine bio produžen do 2030. godine na Skupštini SZO kako bi se osiguralo njegovo usklađivanje sa Agendom UN o održivom razvoju 2030 (Prakash Singh, 2021).

U Akcionom planu se naglašava potreba uspostavljanja sveobuhvatnih, u zajednici zasnovanih i kulturno prihvatljivih usluga mentalnog zdravlja koje bi trebalo da budu u saglasnosti sa principom ljudskih prava, kao i sa socijalnim determinantama mentalnog zdravlja (WHO, Mental health action plan 2013–2020, 2013). Shodno Akcionom planu, pravo na mentalno zdravlje smatra se *univerzalnim ljudskim pravom* koje bi trebalo da bude integrisano u okviru koncepta dobrobiti, socijalne kohezije i ekonomskog razvoja, a sam Akcioni plan je usklađen sa Agendom UN o održivom razvoju 2030. Nadalje, reflektuje progresivnu i na ljudskim pravima zasnovanu viziju globalnog mentalnog zdravlja, pri čemu ukazuje na važnost socijalnih determinanti mentalnog zdravlja i obezbeđenja jednakosti u zdravlju uopšte. Tako se u Akcionom planu referiše na siromaštvo, nezaposlenost, obrazovanje i stanovanje u kontekstu očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja, gde se podstiče donošenje međusektorskih strategija i regulative koji adresiraju strukturne nejednakosti, a shodno pristupu zdravlju i razvoju koji se zasniva na modelu ličnih sposobnosti (Venkatapuram, 2011).

Teorijske osnove *modela ličnih sposobnosti u domenu mentalnog zdravlja* postavio je Sen (Sen, 1999), koji sagledava slobodu pojedinca kao osnov razvoja koja pak zavisi od drugih determinanti, kako od ekonomskih i socijalnih uslova tako i od građanskih i političkih prava, a dalje je razvio Venkatapuram (Venkatapuram, 2011), pristupajući mentalnom zdravlju ne samo kao odsustvu bolesti već kao osnovnoj sposobnosti pojedinca da se razvija (*to flourish*). Ovaj model u saglasnosti je sa savremenim pristupom mentalnom zdravlju koji je razvijen u okvirima UN i SZO i koji uzima u obzir uticajnost socijalno-ekonomskog statusa, rodni uloga, rase i starosnog kriterijuma na mentalno zdravlje. Tako se u literaturi naglašava da mentalno zdravlje ne sme biti sagledavano isključivo kao medicinsko ili pravno pitanje već i kao političko i etičko, te da zahteva sistemski pristup u okvirima sistema obrazovanja, rada i zapošljavanja, stanovanja i socijalne inkluzije (Patel et al., 2018).

Konačno Akcioni plan 2013–2030. podstiče reformu zakonodavstva u oblasti mentalnog zdravlja u kontekstu tranzicije

od modela starateljstva ka modelu ljudskih prava zasnovanog na uslugama zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, a shodno principima iz Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006), reafirmišući koncept neprihvatljivosti prinudnih tretmana.

S tim u vezi, SZO je 2021. godine, a na osnovu Akcionog plana u oblasti mentalnog zdravlja 2013–2030. i Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom UN (2006), donela *Smernice o uslugama zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* (WHO, Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches, 2021) kojima se operacionalizuje pravo na mentalno zdravlje u okvirima sistema zdravstvene zaštite u kontekstu predloženih reformi. Smernice daju praktične savete i modele dobre prakse za uspostavljanje nege koja je usmerena ka pojedincu, zasnovana na ljudskim pravima i orijentisana na oporavak. Smernice, prateći savremene tendencije, priznaju pravo na mentalno zdravlje kao posebno ljudsko pravo i daju osnovne principe ostvarivanja prava na mentalno zdravlje – poštovanje autonomije i pravne, poslovne sposobnosti, participacija i osnaživanje, zabrana diskriminacije i uspostavljanje načela jednakosti šansi i postupanja, odgovornost i transparentnost, kao i obezbeđenje inkluzije i integracije u zajednicu. Na ovim osnovama promoviše se holistički model, ali i model zasnovan na ljudskim pravima u domenu mentalnog zdravlja, te uspostavlja model zasnovan na ličnim sposobnostima, pa afirmiše psihosocijalni pristup funkcionalnog karaktera. Tako se, u krajnjem, unapređuje ostvarivanje prava na najveći mogući standard mentalnog zdravlja, redefinišući tradicionalni, biomedicinski, klinički koncept mentalnog zdravlja, i uvodi koncept zasnovan na dostojanstvu, ličnom izboru i inkluziji.

SZO nastavila je aktivnosti u smeru jačanja jednakosti u globalnom mentalnom zdravlju i promovisanju prava na najveći mogući standard mentalnog zdravlja, te je 2023. godine u saradnji sa Kancelarijom visokog komesara UN u oblasti ljudskih prava donela i zajednički dokument pod nazivom „Mentalno zdravlje, ljudska prava i legislativa: Smernice i praksa“ (WHO & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], Mental health, human rights and legislation:

Guidance and practice, 2023). Smernice iz 2023. godine imaju za cilj usaglašavanje savremenog koncepta prava na mentalno zdravlje sa standardima međunarodnog univerzalnog prava, posebno sa Konvencijom UN o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), kao i sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006). Osim toga što afirmišu, a prateći tendenciju ranijih aktivnosti SZO – poštovanje ljudskih prava i model sposobnosti u domenu mentalnog zdravlja – Smernicama se pravni okvir prava na mentalno zdravlje stavlja u kontekst opšteg prava na zdravlje. Ovo je naročito vezano za Opšti komentar br. 14 o pravu na zdravlje, kao i za Opšti komentar br. 1 o interpretaciji prava na mentalno zdravlje. Za razliku od ranijih instrumenata SZO, u Smernicama se jasno naglašava da tradicionalni pristupi poput nevoljnog tretmana, supstitutivnog donošenja odluka i institucionalizacije moraju biti potpuno napušteni u korist modela pomoći i podrške osobama sa mentalnim poteškoćama, dok isto važi i za napuštanje sistema starateljstva, budući da se na ovaj način vrši povreda načela autonomije. U dokumentu je, naime, fokus na poštovanju prava osoba sa mentalnim poteškoćama u smislu zabrane arbitrarne ili prinudne prakse, izolacije i ograničenja kretanja, zatim na utvrđivanju adekvatnih mehanizama zaštite prava u smislu obezbeđenja pravne sigurnosti i zaštite osnovnih prava, kao i na osiguranju potpunog ostvarivanja prava tako što bi se izgradio aktivni sistem koji priznaje mentalno zdravlje kao ljudsko pravo, što dalje uključuje kako regulativu tako i opredeljenost sredstava, definisanost usluga i edukaciju javnosti.

Nedavne aktivnosti u konceptualizaciji mentalnog zdravlja kao posebnog ljudskog prava, prava na najveći mogući standard zaštite mentalnog zdravlja i izjednačavanja njegovog značaja u teoriji, javnopolitičkoj praksi i zakonodavstvu sa značajem koji se tradicionalno priznaje fizičkom zdravlju, usko su povezane sa delovanjem Purasa i njegovih aktivnosti kao specijalnog izvestioca UN u oblasti prava na zdravlje. Stoga se Dajnjus Puras (1958), litvanski dečki i adolescentni psihijatar, profesor na Univerzitetu u Vilnjusu, smatra rodonačelnikom modernog prava na mentalno zdravlje, naročito zbog njegovih tvrdnji o neophodnosti napuštanja kliničke, biomedicinske paradigme mentalnog zdravlja

u korist holističkog, psihosocijalnog i participativnog pristupa zasnovanog na ljudskim pravima.

3.4. MENTALNO ZDRAVLJE U EVROPSKOM NEKOMUNITARNOM I EVROPSKOM KOMUNITARNOM PRAVU

Pravo na mentalno zdravlje, tj. pravo na najveći mogući standard mentalnog zdravlja shodno međunarodnom univerzalnom pravu ljudskih prava, u pravu Saveta Evrope, odnosno evropskom nekomunitarnom pravu, i pravu EU, evropskom komunitarnom pravu, nije izričito adresirano, već je direktno ili indirektno inkorporirano u širi regulatorni okvir garantovanja osnovnih ljudskih prava, kao i u okviru antidiskriminatorske regulative.

3.4.1. *Evropsko nekomunitarno pravo – instrumenti Saveta Evrope*

U okviru Saveta Evrope, iako ne postoji poseban pravno obavezujući dokument koji garantuje pravo na mentalno zdravlje, obrisi prava sadržani su u osnovnim dokumentima o ljudskim pravima donetim u okviru ove regionalne međunarodne organizacije. Najznačajniji dokument je svakako *Evropska konvencija o osnovnim pravima i slobodama* (1950) gde su neki članovi – čl. 3 o zabrani torture, nehumanog ili degradirajućeg postupanja, odnosno kazne, čl. 5 o pravu svakoga na slobodu i sigurnost i čl. 8 o pravu na poštovanje privatnog i porodičnog života) – bili interpretirani tako da se sačuva pravo i sloboda pojedinca od primene prinudnih sredstava, nezakonitog zadržavanja, kao i povreda autonomije i fizičkog integriteta u uslovima psihijatrijskog lečenja, što je potvrđeno i u praksi Evropskog suda za ljudska prava.

Važniji predmeti Evropskog suda za ljudska prava u domenu mentalnog zdravlja jesu slučajevi *Vinterwerp protiv Holandije* (*Winterwerp v. the Netherlands*) i *Stanev protiv Bugarske* (*Stanev v. Bulgaria*), koji se smatraju naročito značajnim kod

implementacije prava na mentalno zdravlje na evropskom nivou. Tako u predmetu *Vinterwerp protiv Holandije* Vinterverpu, holandskom državljaninu, dijagnostikovana je mentalna bolest na osnovu koje je on bez svoje saglasnosti hospitalizovan i smešten u psihijatrijsku ustanovu, pri čemu mu nije omogućeno pravo na adekvatnu sudsku zaštitu prava, kao ni pristup nezavisnom telu za preispitivanje odluke. Na ovim osnovama on podnosi tužbu Evropskom sudu za ljudska prava zbog povrede čl. 5 Konvencije o osnovnim pravima i slobodama u vezi sa pravom svakoga na slobodu i sigurnost. Postupajući u ovom predmetu, Sud je utvrdio povredu čl. 5 Konvencije u kontekstu nezakonitog zadržavanja osoba sa mentalnim poremećajima i to obrazložio nedostatkom jasnih medicinskih dokaza o opravdanosti trajne institucionalizacije, kao i nedostatkom zakonskih mehanizama za blagovremeno, nezavisno i pravedno preispitivanje hospitalizacije i zadržavanja (European Court of Human Rights [EctHR], *Winterwerp v. the Netherlands*, 1979).

Sa druge strane, u predmetu *Stanev protiv Bugarske* Stanev, bugarski državljanin, kome je dijagnostikovao mentalni poremećaj stavljen je pod delimično starateljstvo državnog organa, te je bez svog pristanka smešten u udaljenu ustanovu socijalne zaštite. Suprotno njegovoj volji i zahtevima da bude otpušten iz psihijatrijske ustanove i da živi samostalno, njemu je država uskratila mogućnost ulaganja pravnih sredstava za osporavanje delimičnog starateljstva i hospitalizacije. Osim toga, uslovi u ustanovi u kojoj je Stanev smešten bili su nehumani i degradirajući sa lošom sanitarijom, nedostatkom sistema za hlađenje, neadekvatnom medicinskom negom, uz ograničenja slobode kretanja, dok je hospitalizacija trajala više od sedam godina. Slučaj je razmatran od strane Evropskog suda za ljudska prava vezano za čl. 5 Konvencije, odnosno za pravo na slobodu i sigurnost, gde je Sud utvrdio da hospitalizacija Staneva predstavlja povredu prava na slobodu i sigurnost, iako nije u pitanju tradicionalna bolnica ili ustanova za izvršenje krivičnih sankcija, budući da on nije imao slobodu kretanja i napuštanja ustanove, a da je odluka doneta bez njegovog pristanka ili odgovarajuće sudske odluke; zatim vezano za čl. 3 Konvencije o zabrani nehumanog ili degradirajućeg

tretmana, pri čemu je Sud utvrdio da uslovi u ustanovi u kojoj je Stanev bio smešten predstavljaju povredu dostojanstva i mogu se kvalifikovati kao degradirajući; te vezano za čl. 6 Konvencije i pravo na pravično suđenje, gde je Sud utvrdio da Stanev nije imao pravo na pravno sredstvo, niti pristup pravnim procedurama za osporavanje starateljstva ili uslova života, čime je učinjena povreda prava na pravično suđenje i konačno vezano za čl. 13 Konvencije i pravo na efektivno pravno sredstvo utvrđeno je da Stanev nije imao pravo na pravno sredstvo, odnosno žalbu u okviru domaćeg pravnog sistema (EctHR, Stanev v. Bugaria, 2012).

Značaj presude u slučaju Stanev protiv Bugarske pred Evropskim sudom za ljudska prava jeste u uspostavljanju posebnih prava po osnovu mentalnog invaliditeta (*Disability Rights*) i razvoju modela pravne sposobnosti nasuprot tradicionalnom biomedicinskom, tj. kliničkom i paternalističkom modelu u pristupu mentalnom zdravlju na evropskom nivou. Osim toga, značaj je i u priznavanju da i smeštaj u ustanove socijalne zaštite, pod određenim uslovima, može predstavljati oblik nezakonitog zadržavanja, kao i jačanje čl. 3 Konvencije i širenje interpretacije tako da uključuje zanemarivanje i sistemsku zloupotrebu u ustanovama socijalne i zdravstvene zaštite. I konačno važnost sudske odluke u predmetu Stanev protiv Bugarske jeste i u naglašavanju važnosti proceduralne pravde i mera zaštite u kontekstu pristupa pravdi za osobe pod starateljstvom.

Drugi važan dokument u oblasti ljudskih prava Saveta Evrope, odnosno *Revidirana Evropska socijalna povelja* (1996), takođe eksplicitno ne garantuje pravo na mentalno zdravlje, ali ima veliki značaj u usaglašavanju građanskih i političkih prava sa ekonomskim i socijalnim, uključujući i one u oblasti mentalnog zdravlja. Tako, vezano za čl. 11 Revidirane Evropske socijalne povelje o pravu na zaštitu zdravlja, Evropski komitet socijalnih prava kod interpretacije čl. 11 ukazuje na neophodnost uključivanja mentalnog zdravlja kao integralnog dela javnog zdravlja.

Evropski komitet socijalnih prava nadalje naglašava važnost ne samo pristupa uslugama zaštite mentalnog zdravlja već i neophodnost utvrđivanja promotivnih, preventivnih i u zajednici razvijenih mera zaštite mentalnog zdravlja koje podržavaju

psihosocijalnu dobrobit. Shodno Zaključcima Komiteta iz 2016. godine, a vezano za pregled dostupnih usluga mentalne zaštite u državama članicama, Komitet je izričito utvrdio neophodnost obezbeđenja pristupačnih, u zajednici razvijenih i nediskriminatorskih usluga zaštite mentalnog zdravlja, uz naznaku da „mentalno zdravlje predstavlja fundamentalni aspekt prava na zdravlje na osnovu čl. 11 Povelje (...) te da države moraju usvojiti javno zdravstvene strategije koje uključuju i promotivne i preventivne mere zaštite mentalnog zdravlja“ (European Committee of Social Rights [ECSR], Conclusions XXI–1, 2016). Prethodno Evropski komitet socijalnih prava u Zaključku vezanom za interpretaciju čl. 11 Revidirane Evropske socijalne povelje iz 2005. godine naglašava značaj preventivnih mehanizama u oblasti mentalnog zdravlja i upućuje na Deklaraciju SZO iz Helsinkija (2005), (ECSR, Conclusions 2005 – Statement of interpretation – Article 11). S tim u vezi, Komitet dalje utvrđuje da pravo na zdravlje ne uključuje samo terapijske, tj. kurativne, mere već i mere promocije i prevencije zdravlja, kao i politike zaštite mentalnog zdravlja i sa tim povezane aktivnosti na mestima rada (ECSR, Statement of Interpretation on Article 11, 2009).

Sa druge strane, odluka Evropskog komiteta socijalnih prava doneta oktobra 2023. godine, a objavljena februara 2024. godine po kolektivnoj žalbi, u predmetu Centar za zastupanje osoba sa mentalnim invaliditetom protiv Češke (*Mental Disability Advocacy Centre v. Czechia*), (ECSR, Application No. 188/2019, 2023), dodatno afirmiše pristup jednakosti u zaštiti kako fizičkog tako i mentalnog, psihosocijalnog zdravlja sa ciljem očuvanja ljudskog dostojanstva, a u kontekstu primene čl. 11 Revidirane Evropske socijalne povelje. Naime, ova odluka Komiteta značajna je zbog toga što se jasno naglašava da je „zdravstvena zaštita preduslov za osiguranje ljudskog dostojanstva, kao i da poštovanje fizičkog i psihološkog, odnosno mentalnog integriteta predstavlja sastavni deo prava na zaštitu zdravlja garantovanog u čl. 11 Revidirane Evropske socijalne povelje“ (Council of Europe [CE], [CDBIO], 2014: 7).

U ovom predmetu podnosilac žalbe Centar za zastupanje osoba sa mentalnim invaliditetom osporava upotrebu kreveta

sa žičanim kavezom u ustanovama zdravstvene zaštite, pa navodi da njihova upotreba predstavlja povredu čl. 11 Revidirane Evropske socijalne povelje. Naime, upotreba ovakvih kreveta izaziva izolaciju i uzrokuje neizbežnu fizičku i mentalnu patnju, posebno izraženu kod starijih osoba. Šteta se ogleda u teškom ograničenju lične slobode, izloženosti osobe velikom psihološkom pritisku, uz značajna ograničenja kretanja koja pogoršavaju individualno mentalno zdravlje, izazivaju poniženje, a često i uskraćivanje hrane i vode i/ili upotrebu kupatila (CE [CDBIO], 2014: 6). Nadalje, podnosilac žalbe ističe da upotreba kreveta sa žičanim kavezima nema terapijsku svrhu dok njihov cilj koristi za osoblje, uključujući kažnjavanje osoba ili izolaciju od drugih lica, nema razumno opravdanje.

Komitet je u ovom slučaju utvrdio da upotreba kreveta sa žičanom ogradom ograničava i predstavlja pretnju po ostvarivanje prava na zdravlje iz čl. 11 Povelje, te da države imaju niz pozitivnih i negativnih obaveza u kontekstu ostvarivanja prava na zdravlje, a da u ovom slučaju upotreba kreveta sa žičanom ogradom predstavlja ograničenje prava na zdravlje, utvrđujući obavezno države da ih izbací iz upotrebe. Komitet je u odluci posebno naglasio da pristup zasnovan na ljudskim pravima u oblasti mentalnog zdravlja zahteva ostvarivanje minimum sledećih elemenata u domenu mentalnog zdravlja: razvoj upravljanja mentalnim zdravljem po principu ljudskih prava, gde bi zakonodavstvo i strategije u oblasti zaštite zdravlja trebalo da budu u skladu sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006), kao i sa drugim relevantnim međunarodnim instrumentima i modelima dobre prakse; obezbeđenje zaštite mentalnog zdravlja na primarnom nivou zdravstvene zaštite, što podrazumeva i uklanjanje dugotrajnog smeštaja u psihijatrijskim ustanovama i njihovu zamenu uslugama van institucija u okviru zajednice i implementaciju strategija promocije i prevencije mentalnog zdravlja, uključujući i kampanje za smanjenje stigmatizacije, diskriminacije i povrede ljudskih prava (CE [CDBIO], 2014: 7).

Za oblast zdravlja uopšte i posledično mentalnog zdravlja od posebne važnosti jeste i *Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini Saveta Evrope*, odnosno *Konvencija iz Ovieda*

(CE, Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, 1997), doneta 1997. godine. Konvencija iz Ovijeda (Oviedo) jeste prvi pravno obavezujući međunarodni dokument u oblasti bioetike. Cilj je zaštita ljudskih prava, posebno u oblasti zdravlja, a u kontekstu biomedicinskih intervencija, što svakako uključuje i domen mentalnog zdravlja. Konvencija iz Ovijeda uspostavlja dominaciju ljudskog dostojanstva i lične dobrobiti (čl. 2), utvrđujući da medicinske intervencije, uključujući i psihijatrijske, odnosno one u domenu mentalnog zdravlja, moraju biti zasnovane na slobodnom i informisanom pristanku (čl. 5), te na ovaj način uspostavlja primat principa autonomije u pristupu zdravlju, uključujući i pristup mentalnom zdravlju. Od posebnog značaja za zaštitu prava na mentalno zdravlje jeste čl. 7 Konvencije u kome se dozvoljava medicinska, psihijatrijska intervencija bez saglasnosti lica samo pod uslovom kada osoba pati od teškog poremećaja, bolesti mentalnog zdravlja, zbog čega bi odsustvo intervencije dovelo do ozbiljnog ugrožavanja njegovog zdravlja.

Konvencija iz Ovijeda, iako je u saglasnosti sa Konvencijom o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (1950), odnosno sa čl. 5 o pravu na slobodu i sigurnost, kritikovana je u kontekstu Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006). Razlog je taj što Konvencija iz Ovijeda dopušta prinudne medicinske, psihijatrijske intervencije uz određena ograničenja, dok Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006) afirmiše potpuno uklanjanje medicinskih intervencija u slučajevima kada ne postoji saglasnost, odnosno informisani pristanak subjekta, pa naglašava primenu modela podrške u donošenju odluka u oblasti zdravlja za lica koja imaju ograničenu sposobnost odlučivanja.

Ipak Konvencija iz Ovijeda ostaje prvi pravno obavezujući instrument na evropskom nivou kojim se garantuje pravo na informisani pristanak na medicinsku intervenciju koji mora biti dobrovoljan, uz to da se može povući. Iako, za razliku od Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom UN (2006), Konvencija iz Ovijeda dopušta pod određenim uslovima nevoljne intervencije, tretmane, zahteva se da oni budu strogo kontrolisani, te se

utvrđuje sudska, odnosno upravna zaštita prava u slučajevima nevoljne hospitalizacije, prinudnog tretmana ili povrede dostojanstva, tj. telesnog integriteta lica (CE, Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, 1997).

U domenu mentalnog zdravlja odredbe Konvencije iz Ovi-jeda od značaja su, budući da podstiču u zajednici osnovane, dobrovoljne i participativne modele zaštite mentalnog zdravlja, pa podržavaju deinstitucionalizaciju, intervencije bez prinude, programe protiv stigmatizacije i diskriminacije, kao i priznanje prava korisnika usluga u domenu mentalnog zdravlja. Naime, Konvencija ima ključnu ulogu u oblikovanju pristupa zasnovanog na ljudskim pravima u oblasti mentalnog zdravlja na evropskom nivou tako što uspostavlja informisani pristanak, autonomiju i dostojanstvo kao osnovne principe u oblasti biomedicine, zatim reguliše prinudne intervencije i tretmane pod striktno ograničenim uslovima, podržava sudsku zaštitu prava i odgovornost, pri čemu utiče kako na reformu nacionalnih zakonodavstva i politika u ovoj oblasti tako i na praksu Evropskog suda za ljudska prava. Vezano za mentalno zdravlje, Konvencija iz Ovi-jeda, iako doneta još 1997. godine, nastavlja da podstiče reforme nacionalnih zakonodavstva u domenu mentalnog zdravlja, promovišući sistemski, na ljudskim pravima definisan pristup mentalnom zdravlju, zasnovan na ravnoteži terapijskih potreba i zaštite građanskih prava.

Princip nedobrovoljnih medicinskih intervencija pod utvrđenim uslovima shodno čl. 7 Konvencije iz Ovi-jeda u smislu terapijske opravdanosti i sprečavanja štete po zdravlje pacijenta ima svojevrstu posrednu konkretizaciju u slučaju iz 2019. godine – Roman protiv Belgije (Rooman v. Belgium) – pred Evropskim sudom za ljudska prava. Iako je Evropski sud za ljudska prava razmatrao ovaj predmet vezano za povredu čl. 5 Konvencije o osnovnim pravima i slobodama (1950), ovde se istovremeno afirmiše i pristup da psihijatrijska intervencija ne bi trebalo da bude samo dostupna već i opravdana, efikasna i svrsishodna, što odgovara principima sadržanim u Konvenciji iz Ovi-jeda. S tim u vezi, podržava se pristup mentalnom zdravlju sa stanovišta ljudskih

prava, pri čemu se naglašava još i važnost terapijske neophodnosti, pravne procene i poštovanja ljudskog dostojanstva kod primene medicinskih intervencija, uključujući i psihijatrijskih.

Naime, u slučaju Roman protiv Belgije (EcHR [Grand Chamber], 2019) podnosilac predstavke Roman ukazao je na povredu čl. 3 i čl. 5 Konvencije o ljudskim pravima i osnovnim slobodama usled smeštaja u psihijatrijsku ustanovu za izdržavanje kazne zatvora zbog seksualnog delikta u kome je proveo više od deset godina. U predstavi je naveo da mu u psihijatrijskoj ustanovi nije pružena adekvatna usluga, a posebno vezano za komunikaciju, budući da je primao terapiju na francuskom jeziku jer je bio smešten u instituciju francuskog govornog područja, dok on sam govori i razume nemački jezik. U medicinskom izveštaju o stanju njegovog mentalnog zdravlja, u kome mu je dijagnostikovao mentalni poremećaj, jasno stoji da se terapija mora obezbediti na nemačkom jeziku koji pacijent razume, ali je zbog limitiranosti smeštajnih kapaciteta u nemačkom govornom području Belgije podnosilac bio smešten u instituciju francuskog govornog područja.

U ovom predmetu Evropski sud za ljudska prava nije utvrdio povredu čl. 3 Konvencije vezano za nehumano i degradirajuće postupanje, iako podnosilac u periodu od 2004. do 2017. (doneta odluka u korist podnosioca pred belgijskim sudom i utvrđeno pravo na naknadu štete za period od 2004. do 2017. kada oštećeni nije primao terapiju na jeziku koji razume, uz obavezu obezbeđenja psihološke podrške na nemačkom jeziku nadalje) nije primao terapiju na nemačkom jeziku koji razume, uz obrazloženje da kratak period nakon donošenja odluke u korist podnosioca od strane belgijskog pravosuđa nije dovoljan za ocenu „neefikasnosti“ tretmana, dodajući uz to da zahtevana „teža povreda“ u vezi sa čl. 3 Konvencije nije utvrđena za ovaj period (Strasbourg Observers, 2019). Sud je u proceni koristio princip neophodnih i objektivnih koraka koji bi trebalo da budu preduzeti u upravljanju terapijskim merama prilikom pružanja medicinskog tretmana, uz konstataciju da ni čl. 3 Konvencije niti neki drugi član ne garantuju pravo na medicinski tretman na maternjem jeziku, čak i u slučaju kada je to službeni jezik date države

(Strasbourg Observers, 2019). Ipak je Sud istakao da kod pružanja psihijatrijskih usluga lingvistički momenat može biti značajan za upravljanje tretmanom kada na drugi način ne može da se nadomesti nedostatak komunikacije između lekara i pacijenta (Strasbourg Observers, 2019).

Sa druge strane, vezano za navode podnosioca o povredi čl. 5 Konvencije o pravu na slobodu i sigurnost, Sud je utvrdio povredu ovog prava za period 2004–2017, ali ne i za period nakon toga. Naime, u predstavci povodom povrede čl. 5 Konvencije podnosilac je naveo da za vreme boravka u psihijatrijskoj ustanovi za izdržavanje kazne zatvora nije primio adekvatnu psihološku i psihijatrijsku uslugu i negu, pa usled toga nije došlo do poboljšanja njegovog mentalnog zdravlja u svrhu reintegracije u društvenu zajednicu, uz tvrdnju da pod ovim uslovima zadržavanje nije bilo zakonito (Strasbourg Observers, 2019). Sud je ovde cenio vezu između cilja lišenja slobode i uslova u kojima se odvijalo zadržavanje tokom celog perioda smeštaja, uz analizu adekvatnosti institucije u kojoj je podnosilac smešten. Vezano za adekvatnost institucije, Sud je utvrdio da institucija jeste bila pogodna za smeštaj i zadržavanje, uzimajući u obzir stanje mentalnog zdravlja i težinu prirode bolesti podnosioca, s tim da je dalje cenio i adekvatnost individualnog medicinskog tretmana. S tim u vezi, utvrdio je da, iako jezik na kome se odvija komunikacija između lekara i pacijenta nije direktno adresiran u čl. 5 Konvencije, jezik jeste u ovom slučaju od značaja za ostvarivanje ciljeva individualnog tretmana i posledično reintegracije u društvenu zajednicu, budući da podnosilac 13 godina, osim u periodu 2014–2015, nije imao komunikaciju sa lekarom na jeziku koji razume (Strasbourg Observers, 2019). Navedeno je Sud ocenio kao propust belgijskih vlasti u pružanju terapijskog tretmana zbog čega nije ostvarena svrha kažnjavanja, odnosno lišenja slobode, budući da nije punih 13 godina došlo do poboljšanja mentalnog zdravlja podnosioca predstavke, pri čemu postoji veza između cilja lišenja slobode i uslova u kojima se to lišenje odvijalo za period od 2004. do kraja 2017. godine, te utvrdio za taj period povredu čl. 5 Konvencije o osnovnim pravima i slobodama (1950), (Strasbourg Observers, 2019). Sa druge strane,

vezano za period nakon 2017. godine, Sud je utvrdio da ne postoji dovoljno dokaza koji potvrđuju povredu čl. 5 Konvencije jer su belgijske vlasti pokazale volju da promene situaciju podnosioca tako što su definisale psihijatrijski, psihološki i socijalni okvir nadzora, a vezano za lingvistički aspekt i osiguranje komunikacije između lekara i pacijenta, tj. podnosioca, zbog čega ne postoji povreda čl. 5 Konvencije za period nakon 2017. godine (Strasbourg Observers, 2019).

3.4.2. *Evropsko komunitarno pravo – instrumenti Evropske unije*

U evropskom komunitarnom pravu, odnosno u pravu EU, pravo na mentalno zdravlje, tj. pravo na zaštitu mentalnog zdravlja, osnov nalazi u multidimenzionalnom sagledavanju okvira pravno obavezujućih i pravno neobavezujućih instrumenata, budući da nije eksplicitno ustanovljeno kao posebno pravo u korpusu ekonomsko-socijalnih prava. Prateći tendencije međunarodnog univerzalnog prava i prava Saveta Evrope, kao svojevrstne preteče EU sa aspekta regionalne međunarodne organizacije, Evropska unija pravu na mentalno zdravlje prvenstveno pristupa sagledavajući implikacije u domenu javnog zdravlja EU.

Tako ključan dokument kojim se utvrđuje obaveza država članica na obezbeđenje visokog nivoa zaštite ljudskog zdravlja u okvirima svih aktivnosti i politika Unije jeste *Ugovor o funkcionisanju EU* i čl. 168 ovog Ugovora (EU, Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2012). U čl. 168 Ugovora o funkcionisanju EU utvrđuje se obaveza Unije da sve aktivnosti koje bi trebalo da prate nacionalne politike država članica moraju biti usmerene na unapređenje javnog zdravlja, sprečavanje fizičkih i mentalnih bolesti i uklanjanje uzroka opasnosti od povreda fizičkog i mentalnog zdravlja (EU, Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2012). S tim u vezi, dalje stoji da takve aktivnosti moraju uključiti suzbijanje svih značajnih zdravstvenih pretnji, i to promovisanjem istraživanja uzroka, prenosivosti i prevencije bolesti,

uz osiguranje informacija i obezbeđenje obuka, zatim nadzora, razvijanje sistema ranog upozorenja, kao i mehanizama sprečavanja ozbiljnih pretnji po javno zdravlje na nivou Unije (EU, Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2012).

Odredbe Ugovora o osnivanju EU koje se odnose na oblast zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje, sagledavaju pravo na zdravlje sa aspekta osiguranja zaštite i bezbednosti građana EU u domenu javnog zdravlja, tako da imaju više kolektivnu nego individualnu dimenziju u smislu garantovanja prava pojedinca na zaštitu mentalnog zdravlja. Naime, u čl. 168 Ugovora o funkcionisanju EU predviđa se da aktivnosti Unije moraju da budu u saglasnosti i da poštuju definicije i regulatorni okvir država članica u oblasti zdravlja, kao i u delu koji se odnosi na organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga na nacionalnim nivoima. Odgovornost za upravljanje zdravstvenim uslugama i medicinskom negom, kao i za alokaciju resursa, jeste na državama članicama (EU, Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2012, Article 168), budući da se u oblasti zdravlja primenjuje princip koordinacije aktivnosti Unije, ne i princip harmonizacije.

Drugi važan dokument u oblasti zdravlja na EU nivou jeste *Povelja o osnovnim pravima u EU* (2000), koja iako ne garantuje pravo na mentalno zdravlje kao posebno ljudsko pravo, sadrži niz odredbi po osnovu kojih se posredno obezbeđuje zaštita mentalnog zdravlja. Povelja o osnovnim pravima u EU usvojena je 2000. godine, ali je donošenjem Lisabonskog ugovora 2009. godine postala pravno obavezujuća, te danas predstavlja katalog fundamentalnih ljudskih prava EU i ima konstitutivnu prirodu svojevrsnog Ustava EU (Silveira et al., 2024: 10).

Najznačajnije odredbe Povelje o osnovnim pravima u EU (EU, Charter of Fundamental Rights of the European Union, 2012) koje se indirektno odnose na zaštitu mentalnog zdravlja jesu: čl. 1 koji garantuje pravo na ljudsko dostojanstvo i s tim u vezi danas je preovladavajuće stanovište u pravnoj teoriji da mentalno zdravlje jeste sastavni deo ljudskog dostojanstva, a posebno vezano za ranjive društvene grupe kao što su osobe sa

psihosocijalnim, odnosno mentalnim invaliditetom; čl. 3 o pravu na integritet pojedinca koji izričito utvrđuje pravo svakog lica na poštovanje fizičkog i mentalnog integriteta, gde se, između ostalog, garantuje i pravo na informisani pristanak, što je od značaja za ostvarivanje prava osoba sa mentalnim poremećajima, a u kontekstu prava na autonomiju i zaštitu od nehumanog i degradirajućeg postupanja, te prinudnog i neadekvatnog tretmana kod pružanja psihijatrijskih usluga i čl. 21 o zabrani diskriminacije po više različitih osnova, uključujući i po osnovu invaliditeta.

Na ovom mestu valja ukazati na odluku Suda pravde Evropske unije u slučajevima HK Danska (*HK Danmark*) i Ring i Werge (*Ring and Werge*), (Court of Justice of the European Union [CJEU], 2013), kada je Sud pravde Evropske unije koncept invaliditeta, uključujući i mentalni invaliditet, razmatrao u kontekstu primene antidiskriminatorskog zakonodavstva, odnosno Direktive 2000/78/EC o jednakom tretmanu u oblasti zapošljavanja. Predmet spora vezan je za dva danska radnika kojima je otkazan ugovor o radu zbog čestog odsustva sa rada usled hroničnog zdravstvenog stanja, tj. bolesti. Ovde je Sud utvrdio da koncept invaliditeta uključuje i „dugotrajna fizička, mentalna ili psihološka oštećenja zdravlja” sa uticajem na efektivnu participaciju u profesionalnom životu pojedinca a na jednakim osnovama sa drugim zaposlenima, što je u skladu i sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006), koja je postala deo evropskog komunitarnog prava 2010. godine ratifikacijom od strane EU. Nadalje, Sud je utvrdio obavezu poslodavaca da obezbede razumno prilagođavanje uslova i mesta rada potrebama zaposlenih sa invaliditetom, uključujući i onima koji boluju od hroničnih bolesti, ukoliko takvo postupanje ne predstavlja preveliko opterećenje za poslodavca. Odluka Suda pravde Evropske unije u predmetu HK Danska i Ring i Werge važna je jer ustanovljava da i hronično zdravstveno stanje, uključujući i hronično mentalno stanje, potpada pod definiciju i koncept invaliditeta, pri čemu se neopravdano neprilagođavanje uslova i mesta rada potrebama takvih zaposlenih od strane poslodavca smatra diskriminatorskim postupanjem. Na ovaj način se i antidiskriminatorске odredbe prava EU mogu koristiti kao osnov za

dalje normativno prepoznavanje i priznavanje prava na zaštitu mentalnog zdravlja u okviru Unije.

Osim toga, od značaja za ostvarivanje prava na mentalno zdravlje je i čl. 35 o pravu na zdravstvenu zaštitu, u kome Povelja garantuje svakome pravo na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i pravo na korist od medicinskih usluga a shodno uslovima ustanovljenim nacionalnim pravom i praksom, dok bi visok nivo zaštite zdravlja trebalo obezbediti i u definicijama, kao i prilikom implementacije aktivnosti i politika Unije. Iako se u čl. 35 eksplicitno ne pominje pravo na zaštitu mentalnog zdravlja, odredbe se tumače tako da pojam zdravlja ima širi smisao, tj. shodno definiciji i konceptu zdravlja SZO gde zdravlje uključuje fizičku, mentalnu i socijalnu dobrobit a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti i konačno čl. 26 o ustanovljavanju prava na integraciju za osobe sa invaliditetom u kome se utvrđuje pravo osoba sa invaliditetom na korist od mera predviđenih za osiguranje samostalnosti, socijalne i profesionalne integracije i participacije u zajednici. Član 26 Povelje o osnovnim pravima u EU važan je za osobe sa mentalnim invaliditetom jer afirmiše tzv. mentalna zdravstvena prava, promovišući princip inkluzije za osobe sa invaliditetom.

Povelja o osnovnim pravima u EU (2000), iako na posredan način adresira pravo na mentalno zdravlje, uglavnom kroz primenu EU antidiskriminacionog prava i kroz politike i aktivnosti u domenu javnog zdravlja, garantujući spektar ekonomsko-socijalnih prava, imala je značajan uticaj na usvajanje pravno neobavezujućih dokumenata EU u domenu mentalnog zdravlja. Od pravno neobavezujućih, odnosno javnopolitičkih, dokumenata valja pomenuti Evropski stub socijalnih prava (2017), kao i dokument pod nazivom Komunikacija Komisije o sveobuhvatnom pristupu mentalnom zdravlju (2023) koji se pak smatra prvim i najznačajnijim stratejskim dokumentom EU u oblasti mentalnog zdravlja. Potonji dokument afirmiše preventivni i inkluzivni pristup mentalnom zdravlju u svim aspektima života pojedinca, pa naglašava zalaganje EU kod integracije mentalnog zdravlja u širi okvir ljudskih prava, javnog zdravlja i javnopolitičkih agendi koje EU donosi, uključujući i u oblasti rada i zapošljavanja.

Evropski stub socijalnih prava (2017) jeste pravno neobavezujući dokument EU kojim se definiše 20 ključnih principa koji imaju za cilj povećanje efikasnosti u oblasti zapošljavanja i obezbeđenja većeg nivoa socijalne sigurnosti, a sve u kontekstu odgovora na savremene društvene izazove vezane za primenu osnovnih socijalnih prava (EU, European Pillar of Social Rights, 2017: 7). Ni ovaj dokument eksplicitno ne adresira pravo na mentalno zdravlje, ali se ono sagledava u okviru šireg spektra socijalnih prava, i to posebno prava na zdravstvenu zaštitu (princip 16), u kome stoji da svako ima pravo na blagovremeni pristup pristupačnoj, preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj zaštiti dobrog kvaliteta (EU, European Pillar of Social Rights, 2017: 22).

Zdravstvena zaštita se, prateći tendencije u pravu EU, interpretira tako da odgovara konceptu zdravstvene zaštite utvrđenom u okvirima SZO i tzv. holističkog pristupa zdravlju, na način da uključi kako fizičko tako i mentalno i socijalno zdravlje, tj. blagostanje. Osim toga, od značaja za oblast mentalnog zdravlja jeste i pravo na zdravu, bezbednu i dobro prilagođenu radnu sredinu, kao i pravo na zaštitu podataka (princip 10). Ovde se utvrđuje pravo radnika na visok nivo zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, kao i pravo na radnu sredinu prilagođenu njihovim potrebama, što im omogućava participaciju na tržište rada (EU, European Pillar of Social Rights, 2017: 17). Naime, bezbedna i zdrava radna sredina deo je šireg koncepta javnog zdravlja, te formulacija prilagođena radna sredina podrazumeva, a shodno savremenoj interpretaciji koncepta zdravlja na radu, i prilagođavanje radne sredine tako da uzima u obzir profesionalne rizike, uključujući i tzv. psihosocijalne rizike koji se smatraju primarnim za oblast mentalnog zdravlja na radu. I konačno od posrednog značaja za oblast zaštite mentalnog zdravlja jeste i utvrđivanje prava roditelja i negovatelja na odgovarajuća odsustva sa rada, zatim prava na fleksibilne forme rada, kao i na pristup uslugama socijalne zaštite koja se na jednakim osnovama garantuju muškarcima i ženama u smislu obezbeđenja ravnoteže profesionalnog i privatnog života (princip 9), (EU, European Pillar of Social Rights, 2017: 16).

S tim u vezi, nedavno sprovedena empirijska istraživanja potvrđuju pozitivnu korelaciju između obezbeđenja ravnoteže profesionalnog i privatnog života i stanja fizičkog i mentalnog zdravlja, i to naročito vezano za mentalno zdravlje, odnosno psihosocijalnu dobrobit, pri čemu se ukazuje da su stanja depresije i stresa uobičajene posledice slabe ravnoteže profesionalnog i privatnog života, što dalje dovodi do smanjene produktivnosti na radu, umanjenja kvaliteta rada, a to rezultira čestim odsustvovanjem sa rada i zamenama radne snage (Liswandi & Muhammad, 2023: 2). Sam značaj Evropskog stuba socijalnih prava (2017) za pravo EU jeste u obezbeđenju legitimnosti razvoja javnopolitičkih dokumenata Unije u oblasti socijalnih prava, a u pravcu donošenja pravno obavezujućih akata *pro futuro*.

Sa druge strane, EU je 2023. godine donela i dokument pod nazivom *Komunikacija Komisije o sveobuhvatnom pristupu mentalnom zdravlju* (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023), koji ima transformativnu ulogu u shvatanju koncepta zdravlja na nivou Unije, uz snažno afirmisanje pristupa zdravlju SZO kao integrativnom konceptu fizičkog i mentalnog zdravlja i socijalne dobrobiti koji se smatraju jednako važnim elementima koncepta zdravlja, međusobno povezanim i zavisnim. Dokument Sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju (2023) predstavlja svejevrnsnu strategiju mentalnog zdravlja EU koja se poziva na pravno obavezujuću Povelju o osnovnim pravima u EU (2000) i na pravo svakoga na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti, te na pravo na korist od medicinskog tretmana, ali i na pravno neobavezujući dokument Evropski stub socijalnih prava (2017) u kome se garantuje pravo svakog lica na pristup prihvatljivoj, preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj zaštiti dobrog kvaliteta, naglašavajući da mentalno zdravlje jeste integralni deo opšteg koncepta zdravlja.

U dokumentu se mentalno zdravlje sagledava holistički, u interakciji sa ličnim i eksternim faktorima sredine, gde unapređenje mentalnog zdravlja na nivou EU jeste kako ekonomski tako i socijalni imperativ kreiranja i vođenja aktivnosti i politike Unije (EU [European Commission], Communication from the

Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 1). S tim u vezi, ukazuje se na problem lošeg mentalnog zdravlja u periodu pre pandemije virusa korona sa 84 miliona ljudi u EU slabog mentalnog zdravlja i negativnim finansijskim efektom od 600 biliona evra, odnosno 4% BDP-a, te na izražene regionalne, socijalne, rodne i starosne nejednakosti (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 1). U kontekstu rada, 27% radnika Unije prijavilo je stres na radu i onaj povezan sa radom, depresiju ili anksioznost, što je uticalo na povećanje odsustva sa rada i imalo značajan uticaj na živote radnika, ali i na organizaciju rada, odnosno na poslodavce (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 1).

U periodu nakon pandemije stanje mentalnog zdravlja je dodatno ugroženo, posebno kod mladih osoba i osoba koje su već imale neki poremećaj mentalnog zdravlja, što je bila posledica usamljenosti i socijalne izolacije za vreme pandemije. Sada problem usamljenosti koji često dovodi do ozbiljnih mentalnih poremećaja poput anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja dostiže 26% u pojedinim regionima EU (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 1). Osim toga, samoubistvo postaje drugi uzročnik smrti mladih osoba, starosti između 15 i 19 godina, posle saobraćajnih nesreća, dok se problemi mentalnog zdravlja mladih vezuju još i za digitalnu transformaciju i neograničenu dostupnost na internetu. A kada je u pitanju starija populacija, izraženi su problemi usamljenosti i diskriminacije, uz povećan procenat prijava sindroma sagorevanja na radu za radno aktivna lica (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 1–2).

Na osnovu navedenog stanja mentalnog zdravlja u EU i identifikovanih izazova strategijski dokument Sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju (2023) izričito afirmiše *novi strategijski pristup zdravlju u EU*, koji *prioritizuje mentalno zdravlje*, sa fokusom na njegovu međusektorsku prirodu koja je šira od sistema

zaštite zdravlja, te uključuje i povezane sisteme obrazovanja, rada i zapošljavanja, odnosno socijalne sigurnosti. Dokument se zasniva na tri osnovna principa u oblasti mentalnog zdravlja koja se moraju primeniti na svakog građanina EU – (1) pristup efektivnim i odgovarajućim merama prevencije; (2) pristup visoko kvalitetnoj i prihvatljivoj zdravstvenoj zaštiti i medicinskim uslugama i (3) sposobnost reintegracije u društvo nakon oporavka (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 2). Naime, cilj Sveobuhvatnog pristupa mentalnom zdravlju (2023) jeste usmerenost kako na osobe sa slabim stanjem mentalnog zdravlja tako i na one sa ozbiljnim poremećajima mentalnog zdravlja u kontekstu njihove reintegracije u društvenu i radnu sredinu, odnosno kako na identifikaciju i definisanje aktivnosti i mera usmerenih ka prevenciji oštećenja mentalnog zdravlja tako i onih koje imaju za cilj olakšanje kod ozbiljno narušenog mentalnog zdravlja u pravcu reintegracije u društvenu i radnu sredinu bez diskriminacije.

Sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju podrazumeva uključivanje predstavnika zdravstvenog sektora i onih iz drugih, povezanih sektora i relevantnih donosioca odluka, ali i civilnih organizacija koje se bave pravima pacijenata i drugim ljudskim pravima, naučnoistraživačkih institucija, kao i predstavnika iz privrede, a sve u skladu sa ciljem SZO iz 2025. godine o smanjenju prevremene smrtnosti usled nezaraznih bolesti putem prevencije i lečenja, te promovisanja mentalnog zdravlja i dobrobiti do 2030. godine, kao i u skladu sa Agendom UN o održivom razvoju 2030 koja uključuje i domen mentalnog zdravlja (EU [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 3).

Značaj ovog dokumenta je višestruk. Naime, mentalno zdravlje se sagledava integralno i holistički, odnosno u kontekstu socijalnih determinanti zdravlja promovisanih u okvirima SZO, gde *sveobuhvatnost pristupa* znači sagledavanje uticaja svih faktora, kako bioloških tako i psiholoških, ali i faktora sredine, porodice, zajednice, ekonomije, ekologije, kao i obrazovanja, te radne sredine i konačno uticaja digitalne tranzicije na mentalno zdravlje (EU [European Commission], Communication from

the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 3). Nadalje, mentalno zdravlje se sagledava i u kulturološkom smislu, vezano za javne politike usmerene na jačanje omladine, kao i u okvirima antidiskriminatorских politika i regulative. Konkretizacija strategijske politike izražava se u stavu promocije i pristupa mentalnom zdravlju u svim politikama – sa fokusom na promociju, prevenciju, ranu intervenciju, adresiranje stigmatizacije i osiguranja socijalne inkluzije za osobe sa mentalnim poteškoćama. S tim u vezi, države članice se pozivaju da utvrde politike, programe i aktivnosti za ostvarivanje ovih ciljeva primenom sveobuhvatnog pristupa mentalnom zdravlju.

Posebno se adresira i oblast rada i zapošljavanja, odnosno značaj i važnost očuvanja mentalnog zdravlja na radu, pa se pozivaju države članice da utvrde programe podrške zapošljavanju za ovu kategoriju lica, kao i programe povratka na rad (EU, [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 5). Ovo naročito vredi u kontekstu digitalne tranzicije na mestima rada, što ukazuje na izazov i neophodnost adresiranja psihosocijalnih rizika u oblasti rada koji značajno pogađaju pojedince ali i poslodavce, odnosno kompanije i ekonomije država članica u celini. Zato bi posebnu pažnju trebalo posvetiti osiguranju ravnoteže profesionalnog i privatnog života (EU, [European Commission], Communication from the Commission – A Comprehensive Approach to Mental Health, 2023: 5).

Psihosocijalni rizici na radu i oni vezani za rad posebno su sagledani u dokumentu Sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju (2023), a sa aspekta primene Okvirne direktive EU o bezbednosti i zdravlju na radu (EU, OSH Framework Directive 89/391/EEC, 1989), Direktive EU o opremi za rad na ekranu (EU, Directive 90/270/EEC on Display Screen Equipment, 1990), Direktive EU o radnom vremenu (EU, Directive 2003/88/EC on Working Time, 2003), zatim Direktive EU o ravnoteži profesionalnog i privatnog života za roditelje i negovatelje (EU, Directive [EU] 2019/1158 on Work-Life Balance for Parents and Carers, 2019), kao i nedavno usvojene Direktive EU o platformskom radu (EU, Platform Work Directive [EU] 2024/2831).

Navedene direktive predstavljaju okvir zakonodavstva EU u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, ali su i posredno važne za domen zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje na radu i povezane psihosocijalne rizike. Tako Okvirna direktiva EU o bezbednosti i zdravlju na radu utvrđuje obavezu za poslodavce da izvrše procenu i upravljaju svim rizicima na mestima rada, te implicitno referiše i na psihosocijalne rizike. Zatim Direktiva EU o opremi za rad na ekranu adresira ergonomske rizike i mentalno opterećenje vezano za rad na ekranu u kontekstu digitalne radne sredine, dok Direktiva EU o radnom vremenu, regulišući maksimalno radno vreme, odmora, odsustva, kao i rad noću, utiče preventivno na psihosocijalne rizike i nastanak psihosocijalne štete u domenu mentalnog zdravlja. Nadalje, Direktiva EU o ravnoteži profesionalnog i privatnog života za roditelje i negovatelje doprinosi poboljšanju mentalnog zdravlja tako što utvrđuje mogućnost fleksibilnih formi rada za roditelje i negovatelje, što ima dokazan uticaj na mentalnu dobrobit i blagostanje. I konačno Direktiva EU o platformskom radu identifikuje i prepoznaje ergonomske i psihosocijalne rizike kod algoritamskog upravljanja na mestima rada, tj. rada preko digitalnih radnih platformi i uz pomoć njih.

Platformski rad, kao fleksibilni model radnog angažovanja, savremenog digitalnog rada, podrazumeva tri subjekta – digitalnu platformu, klijenta, tj. korisnika usluge, i digitalnog radnika, odnosno pružaoca usluge, gde platforma deluje kao posrednik, tačnije kao virtuelna aplikacija ili servis koji ima i svojevrstu funkciju tzv. digitalnog tržišta rada (Urdarević, 2024: 154). U kontekstu neregulisanih oblika rada i nejasno definisanih radnih uslova, platformski radnici se često svrstavaju izvan tradicionalnog radnopravnog okvira, gde ih zakonodavni sistem sagledava kao samostalne, nezavisne pružaoce usluga, a ne kao zaposlene (Urdarević, 2024: 154). Ova klasifikacija, u kombinaciji sa neredovnim i fleksibilnim radnim vremenom koje zavisi od tržišne potražnje, stvara specifične pravne i psihosocijalne izazove. Tradicionalni faktori rizika po mentalno zdravlje na radu u ovom kontekstu dobijaju novu dimenziju i zahtevaju prilagođene strategije pravne zaštite, procene rizika i upravljanja u okviru tradicionalnih sistema bezbednosti i zdravlja na radu.

Posebno je naglašena potreba za razvojem regulatornog okvira koji prepoznaje hibridni status platformске radne snage i garantuje odgovarajuću zaštitu od psihosocijalnih rizika. Tako se u pravnoj teoriji dominantno zastupa stanovište da radnici angažovani preko digitalnih radnih platformi zasluđu priznavanje tzv. „treće kategorije“ radnika. Ovo se može ostvariti na dva načina: ili proširenjem domena zaštite koja se garantuje licima u radnom odnosu ili izdvajanjem nove kategorije koja uživa specifičnu radnopravnu zaštitu u odnosu na klasična zaposlena lica (Urdarević, 2024: 159). Treća kategorija radnika, u stvari, jesu ekonomski zavisna samozaposlena lica, tj. oni koji ostvaruju značajna sredstva tako što su radno angažovani pretežno za jednog poslodavca, te se na taj način i *de facto* približavaju zaposlenim licima (Urdarević, 2022: 159). Pravni status radnika na digitalnim platformama ostaje nejasan jer se njihova pozicija nalazi između autonomije i subordinacije, što nameće potrebu za prilagođavanjem radnopravnih normi kako bi se obezbedila odgovarajuća zaštita osnovnih radno-socijalnih prava (Zlatanović & Ostojić, 2021: 270). S tim u vezi, nezavisno od izabranog pravnog režima zaštite, posebno je važno da holističko i sveobuhvatno regulisanje zaštite od psihosocijalnih faktora rizika u okviru bezbednosti i zdravlja na radu platformskih radnika postane sastavni deo pravnog okvira koji uređuje platformski rad. Takav pristup omogućio bi usklađivanje zaštite mentalnog zdravlja i radnopravnih standarda sa specifičnostima digitalnog rada.

Konačno javnopolitički, pravno neobavezujući dokument EU – Komunikacija Komisije o sveobuhvatnom pristupu mentalnom zdravlju (2023) – predstavlja strategijsko-regulatorni iskorak u oblasti mentalnog zdravlja, usvojen nakon dugogodišnjih zahteva naučne i stručne zajednice za evaluacijom stanja mentalnog zdravlja na nivou Unije, kao i za identifikacijom izazova i definisanjem mehanizama zaštite, posebno u postpandemijskom periodu i u okolnostima digitalne tranzicije (Mitchell et al., 2023). Ovaj dokument dolazi kao prvi strategijski dokument na nivou EU kojim se prioritizuje mentalno zdravlje, uključujući i mentalno zdravlje na radu, te izjednačava po važnosti sa tradicionalno adresiranim pitanjima promocije, prevencije i zaštite fizičkog zdravlja.

Ukazivanjem na nepotpunost regulisanja oblasti mentalnog zdravlja uopšte, kao i mentalnog zdravlja na radu, pa evidentnih pravnih praznina u javnopolitičkim i normativnim okvirima država članica, dalja očekivanja u pogledu razvoja prava EU idu u pravcu evolucije pristupu mentalnog zdravlja, odnosno usvajanja pravno obavezujućeg dokumenta na nivou EU koji bi imao za cilj obezbeđenje integrativne i holističke zaštite prava na mentalno zdravlje sa fokusom na ranjive kategorije stanovništva, što uključuje i pristup *ratione materiae*, tj. zaštitu mentalnog zdravlja u oblasti rada i zapošljavanja. Na ovaj način se afirmiše strategijska promena, i posledično ide u pravcu normativne promene paradigme mentalnog zdravlja – od čisto biomedicinskog, kliničkog ka psihosocijalnom, funkcionalnom modelu i modelu zasnovanom na ljudskim pravima u oblasti mentalnog zdravlja – što je u saglasnosti sa međunarodnim univerzalnim pravom ljudskih prava, odnosno sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006) koja je inače deo evropskog komunitarnog prava.

3.5. MENTALNO ZDRAVLJE U DIGITALNO DOBA I U DOBA RAZVOJA VEŠTAČKE INTELIGENCIJE – IZAZOVI I MOGUĆNOSTI

U postpandemijskom periodu koji se odvija istovremeno sa digitalnom tranzicijom, koja pak povlači primenu veštačke inteligencije u svim sektorima, uključujući i u sektoru zdravstvene zaštite, postavljaju se pitanja prednosti i izazova integracije digitalne tehnologije i veštačke inteligencije u tradicionalne sisteme. Posebno osetljiva oblast u okviru sistema zdravstvene zaštite, odnosno zaštite zdravlja, jeste domen mentalnog zdravlja.

Poslednjih godina, a naročito nakon pandemije virusa korona, socijalna izolacija, ali i česta upotreba digitalnih uređaja, imala je uticaj na zdravlje, i to posebno na mentalno zdravlje u kontekstu pojave simptoma depresije i anksioznosti. Brojne studije sprovedene u periodu nakon pandemije ukazale su na problem pogoršanja opšteg stanja mentalnog zdravlja stanovništva,

što je posebno bilo izraženo kod osetljivih društvenih grupa, te se s tim u vezi izdvojila i kategorija mladih osoba (Lee & Zarnic, 2024: 14–15). Naime, empirijske studije potvrdile su uticaj digitalnih uređaja na mentalno zdravlje i na promene u ponašanju adolescenata i dece, gde je vreme provedeno za ekranom uticalo negativno na mentalno zdravlje i dovelo do promena u ponašanju, ali i promena vezanih za ishranu, pa uticalo na percepciju sopstvenog bića u smislu izgradnje niskog nivoa samopouzdanja (Lee & Zarnic, 2024: 14).

Tako je studija stanja mentalnog zdravlja sprovedena od strane regionalne kancelarije SZO na nivou EU pokazala da jedno od sedmero dece starosti 0–19 godina i jedno od petoro adolescenata starosti 15–19 godina živi sa nekim mentalnim poremećajem, dok je zadovoljstvo životnim uslovima značajno smanjeno među adolescentima, sa samoubistvom kao vodećim uzročnikom smrti kod osoba starosti između 15 i 25 godina (WHO – European Region, Ministry of Health, Republic of Poland & Digital Transformation of Health Lab, 2025: 1). Studija je dalje ukazala na neophodnost razvoja efektivnih usluga u oblasti mentalnog zdravlja posebno prilagođenih potrebama mladih osoba, kao i na razvoj sredine koja će podsticati poboljšanje i očuvanje mentalnog zdravlja, uz poseban fokus na uzroke koji su povezani sa povećanom upotrebom digitalnih uređaja, uključujući i socijalne medije, što se smatra vodećim uzročnikom pogoršanja mentalnog zdravlja i blagostanja ove kategorije stanovništva (WHO – European Region, Ministry of Health, Republic of Poland & Digital Transformation of Health Lab, 2025: 1). Preporuke idu u pravcu definisanja modela procene rizika povreda mentalnog zdravlja mladih i sprečavanja nastanka potencijalne štete, zatim obezbeđenja sigurne digitalne sredine i konačno promene paradigme sa dosadašnjeg fokusa na dokazivanju štetnosti digitalnih uređaja po mentalno zdravlje ka dokazivanju bezbednosti digitalnih uređaja za korisnike i prevenciji rizika (WHO – European Region, Ministry of Health, Republic of Poland & Digital Transformation of Health Lab, 2025: v).

Nasuprot приметnim negativnim implikacijama primene digitalne tehnologije u svakodnevnom životu, tehnološki napredak

je posebno u oblasti zdravlja, uključujući i domen mentalnog zdravlja, ponudio veliki potencijal za unapređenje pristupa zdravstvenim uslugama, kao i poboljšanje kvaliteta tih usluga u smislu efektivnosti i ekonomske isplativosti, te mogućnosti pružanja zdravstvenih usluga na daljinu različitim kategorijama stanovništva, čime se povećava obuhvat korisnika i olakšava dostupnost zdravstvene zaštite u geografski udaljenim područjima. Naglašava se važnost rane intervencije u domenu mentalnog zdravlja za mladu populaciju, odnosno značaj prevencije, kao i potreba definisanja konceptualnog, javnopolitičkog i posledično normativnog okvira primene digitalnih uređaja u oblasti mentalnog zdravlja za sve kategorije lica, uz specijalizaciju usluga za ranjive kategorije, gde se posebno izdvajaju mladi.

3.5.1. Koncept digitalnog mentalnog zdravlja

Naročita pažnja se u literaturi posvećuje adresiranju izazova tzv. *digitalnog mentalnog zdravlja*, digitalnih intervencija u domenu mentalnog zdravlja, pri čemu se ističe njihova nesporna prednost ekonomske isplativosti i pristupačnosti u smislu obezbeđenja usluga zaštite mentalnog zdravlja na daljinu, zatim mogućnost rane intervencije i generalno prednost unapređenja usluga zdravstvene zaštite u domenu mentalnog zdravlja, što se obezbeđuje saradnjom čoveka, tj. zdravstvenih radnika, i mašina, digitalnih uređaja i softvera, digitalnih aplikacija koje se koriste u prevenciji, dijagnostici i terapiji mentalnih poremećaja i na kraju bolesti (Bond, Mulvenna, Potts, O'Neill, Ennis & Torous, 2023; Lochner, Carlbring, Schuller, Torous & Bosse Sander, 2025; Smith, Blease, Faurholt-Jepsen et al., 2023). Osim toga, ukazuje se i na prednosti pružanja usluga u oblasti mentalnog zdravlja primenom digitalne tehnologije jer se na taj način obezbeđuje da te usluge budu kulturološki i jezički prilagođenije različitim korisnicima, pacijentima, da budu orijentisane na posebne potrebe različitih kategorija korisnika, čime se obezbeđuje individualni pristup lečenju koji uključuje i aspekt roda i starosti lica, ali i pristupačnost nezavisno od lokacije pružaoca i primaoca

zdravstvenih usluga (Lochner et al., 2025: 2). Naime, 2022. godine istraživanja su pokazala dostupnost preko 50.000 aplikacija za praćenje stanja mentalnog zdravlja, a većina je povezana sa praćenjem indikatora dobrobiti i blagostanja mentalnog zdravlja pojedinca. To je zapravo aplikacija za samostalno upravljanje stresom i aplikacija za samopomoć (Lochner et al., 2025: 2).

S tim u vezi, Nemačka je bila među prvim državama koje su integrisale digitalne zdravstvene aplikacije u tradicionalni sistem zdravstvene zaštite. Počevši od septembra 2020. godine, uključeno je 64 niskorizičnih digitalnih uređaja koji su dostupni korisnicima u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja (Lochner et al., 2025: 2). Prethodno je 2019. godine usvojen u Nemačkoj i poseban Zakon o digitalnim zdravstvenim uređajima i opremi, kojim se obezbeđuje naknada troškova za korišćenje digitalnih zdravstvenih aplikacija korisnicima obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući i digitalne terapijske uređaje, a na osnovu evaluacije brzog praćenja primene ovog zakona koju sprovodi Federalni institut za lekove i medicinsku opremu (Schramm & Carbon, 2024). Digitalni zdravstveni uređaji integrisani u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja Nemačke po osnovu Zakona iz 2019. godine uključili su i digitalne uređaje za intervencije u oblasti mentalnog zdravlja, posebno kognitivno-bihevioralne terapije za stanja anksioznosti i depresije koje su i dominirale u pogledu zahteva osiguranika u procentu od 22,42% ukupnih zahteva, a koji se izdaju na recept i pokrivaju kao i druge, standardne usluge u oblasti zdravstvene zaštite (Chalmers & Rai, 2023).

Pored aplikacija na digitalnim uređajima koje služe za praćenje stanja mentalnog zdravlja, odnosno koriste se u svrhu prevencije, zatim kod dijagnostike pojedinih mentalnih stanja, digitalizacija u ovoj oblasti uključuje i korišćenje digitalnih uređaja posebne namene – za simuliranje sredine koja poboljšava mentalno zdravlje pojedinca, a koristi se za lečenje određenih mentalnih bolesti u smislu izmene realnosti kao podrška u psihoterapiji (Lochner et al., 2025: 2).

I konačno u upotrebi su i tzv. *Chat botovi*, tj. digitalni asistenti, s tim da njihovo korišćenje u oblasti zdravstvene zaštite uključuje i domen mentalnog zdravlja još uvek na niskom nivou,

dok su digitalni glasovni asistenti najviše u upotrebi vezano za terapiju i pristup spektru autističnih poremećaja i kod lečenja depresivnih stanja (Lochner et al., 2025: 2).

3.5.2. Digitalno mentalno zdravlje – tehnički, etički i pravni izazovi

Napredak u razvoju digitalnih zdravstvenih uređaja, tj. integracija koncepta tzv. digitalnog mentalnog zdravlja u tradicionalne sisteme zdravstvene zaštite, pored gore navedenih prednosti ekonomske isplativosti, pristupačnosti i svojevrsnog komfora za korisnike u smislu nelagode kod otkrivanja stanja sopstvenog mentalnog zdravlja, a vezano za bojazan od društvene stigmatizacije i diskriminacije, nosi sa sobom i određene izazove.

Izazovi su posebno vidljivi u oblasti etike i prava. Upotreba digitalne zdravstvene tehnologije otvara pitanja njihove etičke opravdanosti i pravne dopuštenosti. Budući da je proces digitalizacije i primene veštačke inteligencije u toku, te da pravo uvek zaostaje za tehnološkim razvojem, javnopolitički i normativni okvir primene digitalnih zdravstvenih uređaja još uvek je na nivou koncepta, uz generalno regulisanje opštim odredbama zaštite tradicionalnih ljudskih prava i sloboda. Ovo naročito vredi za oblast zaštite mentalnog zdravlja od mogućih zloupotreba kod primene digitalnih uređaja i veštačke inteligencije, a uzimajući u obzir naročitu osetljivost mentalne sfere ljudskog zdravlja i njegovih društvenih implikacija vezanih za integraciju pojedinca u društvenu zajednicu, po principu inkluzije različitih kategorija stanovništva.

Na ovom mestu valja pomenuti da uvođenje novih tehnologija u biomedicinske nauke i u zdravstveni sistem nosi sa sobom i određene *tehničke izazove*, s tim da tehnički izazovi neizostavno utiču i na etičke i na pravne, pa su oni međusobno povezani i zavisni zbog čega se ne mogu sagledavati odvojeno jedni od drugih. U literaturi tehnički izazovi primene digitalne tehnologije u zdravstvu vezani su za probleme u identifikaciji

adekvatnih tehnika za sakupljanje i analizu zdravstvenih podataka koji se smatraju naročito osetljivom kategorijom podataka o ličnosti, za probleme u kreiranju zdravstvenih intervencija primenom digitalne tehnologije, posebno preventivnih medicinskih intervencija u domenu mentalnog zdravlja, zatim za probleme u implementaciji digitalnih zdravstvenih intervencija u kliničkoj praksi, tj. prilikom donošenja medicinskih odluka (Smith, Blease, Faurholt-Jepsen et al., 2023: 2).

Ključni *etički izazovi* primene koncepta tzv. digitalnog mentalnog zdravlja vezani su za dilemu da li upotreba veštačke inteligencije i digitalnih uređaja u terapijske svrhe dovodi do narušavanja kontakata među ljudima, odnosno do dehumanizacije odnosa lekara i pacijenta, što dalje može uticati na smanjenje poverenja u tako automatizovan sistem zdravstvene zaštite, kao i na sam proces lečenja, budući da zanemaruje lični kontekst (Babu & Joseph, 2024). Sa druge strane, iste studije potvrdile su generalno pozitivan uticaj primene veštačke inteligencije kod dijagnostike određenih mentalnih stanja, budući da se na taj način obezbeđuje individualan pristup pacijentu i njegovim potrebama, jer veštačka inteligencija omogućava lako i brzo prikupljanje i analizu zdravstvenih podataka iz različitih izvora, bihejvioralnu analizu, psihološki odgovor pojedinca, kao i prikupljanje genetičkih informacija, čime se obezbeđuje sveobuhvatno razumevanje stanja mentalnog zdravlja pojedinca u realnom vremenu (Babu & Joseph, 2024). Osim toga, etički izazov jeste i taj što su studije pokazale da veštačkoj inteligenciji često nedostaje stvarna, kulturološka i psihološka osetljivost, empatija za emocionalni odgovor korisnika, tj. pacijenta, npr. prilikom upotrebe digitalnih asistenata, što ima određene implikacije po lečenje, tj. omogućava holistički pristup u domenu mentalnog zdravlja (Salil, Jose, Cherian, Sheeja & Vikraman, 2025).

Na ovom mestu valja napomenuti još jedan problem. Pošto je domaća literatura u ovoj oblasti primetno oskudna, u inostranoj literaturi obično se etički aspekti primene veštačke inteligencije u zdravstvenoj zaštiti, što je trend takođe i vezano za njenu primenu u drugim oblastima, neopravdano izjednačavaju sa *pravnim izazovima*, *pravnim aspektima*, te se često adresiraju

samo etički aspekti primene (Lochner et al., 2025; Smith, Blease, Faurholt-Jepsen et al., 2023). S tim u vezi, loša praksa je i to što se, čak i kada se pominju pravni aspekti uz etičke, često u literaturi (Yadav, Pandey, Gupta et al., 2023) ne pravi jasna razlika između etičkih i pravnih aspekata primene veštačke inteligencije u zdravstvu. Navedeno se može pod određenim uslovima opravdati značajem medicinske deontologije, odnosno etike kod pružanja zdravstvenih usluga kada se etički i pravni aspekti prožimaju i sagledavaju bez razlike, što ipak ne bi valjalo da bude praksa. Holistički pristup je svakako poželjan, ali uz jasno razgraničenje etičkog od pravnog domena.

Naime, pravna pitanja povlače pravnu odgovornost i mogućnost sankcija, dok etička pitanja tradicionalno stvaraju moralnu odgovornost na strani pojedinca za koju nisu predviđene sankcije u smislu prinude i represije državnog organa, s tim da bi ovde trebalo imati u vidu to da, kada je u pitanju oblast zdravlja, pitanja medicinske deontologije često ulaze u regulatorni okvir zaštite zdravlja, pa na taj način dobijaju na pravnoj obaveznosti i na značaju, ali opet kao deo pravnih standarda i normativa. Stoga razlike između etičkih i pravnih pitanja jesu prvenstveno suštinske i zadiru u pitanja prirode odgovornosti, što je od uticaja na njihovo (ne)obavezujuće dejstvo po pojedinca, zbog čega je neophodno izvršiti jasnu konceptualnu, pojmovnu i strukturalnu distinkciju između etičkih i pravnih aspekata primene veštačke inteligencije u svim oblastima, uključujući i oblasti zaštite zdravlja.

Tako pitanja garantovanja i ostvarivanja prava na privatnost i zaštitu podataka o ličnosti, zatim osiguranja pravnovanpravnog informisanog pristanka u kontekstu prava pacijenata na autonomiju u slučajevima primene veštačke inteligencije u oblasti zdravlja, sa jedne, te slučajevi kada na osnovu podataka prikupljenih od strane veštačke inteligencije dođe do grešaka u dijagnostici i/ili nejednakog, diskriminatornog postupanja, sa druge strane, jesu nedvosmisleno pravna pitanja. Osim toga, tu su i situacije kada bi pravo trebalo da pruži odgovarajuće odgovore na izuzetno kompleksno pitanje odgovornosti. To pitanje bi moglo glasiti: ko je odgovoran za greške u primeni veštačke inteligencije u oblasti zdravlja – lice koje je razvilo određeni

softver, prodavac takvog softvera ukoliko nije u pitanju isti subjekt ili postupajući zdravstveni radnik. U oblasti mentalnog zdravlja taj radnik može biti kako lekar specijalista psihijatrije tako i stručni saradnik u sistemu zdravstvene zaštite, odnosno psiholog, tj. psihoterapeut ili pak zdravstvena ustanova koja ulazi u domen pravnih aspekata primene veštačke inteligencije u oblasti zdravlja.

Od navedenih pravnih izazova pravila medicinske deontologije, odnosno lekarske etike se mogu sagledati jedino u kontekstu pravne analize ostvarivanja prava na informisani pristanak i autonomiju pacijenta, i to kao pomoćni alat, a nikako kao jedini instrument utvrđivanja prava. Zbog toga bi trebalo izbegavati upotrebu termina *etički aspekti* ili *etički izazovi* za ono što se tradicionalno smatra pravnim aspektima u kontekstu primene osnovnih građanskih prava kakvo je zasigurno pravo na privatnost i zaštitu podataka o ličnosti.

3.5.3. Mentalno zdravlje & sistem veštačke inteligencije – ka definisanju normativnog okvira

Sagledavanjem i analizom savremenog pristupa primene veštačke inteligencije u oblasti mentalnog zdravlja, uz konstataciju da je proces integracije veštačke inteligencije u tradicionalne sisteme zdravstvene zaštite još uvek na početku, te da nedostaje univerzalno definisan konceptualni, javnopolitički i normativni okvir, u teoriji posebne preporuke su sledeće: (a) nastavak aktivnosti na daljem razvoju digitalnog pristupa u oblasti mentalnog zdravlja podrazumeva razvoj koncepta digitalnog (mentalnog) zdravlja koji bi trebalo da bude zasnovan na empirijskim dokazima efikasnosti primene u kontekstu bezbednosti i zaštite pacijenata, kao i neophodnost komparacije digitalnog pristupa mentalnom zdravlju i tzv. digitalnog placebo efekta, tj. pretpostavljene terapijske koristi na strani korisnika digitalnih zdravstvenih uređaja bez objektivne medicinske koristi u lečenju njegovog mentalnog stanja, ali i komparacije digitalnih intervencija u domenu mentalnog zdravlja sa tradicionalnim uslugama

zaštite mentalnog zdravlja u smislu utvrđivanja prednosti i nedostataka; (b) utvrđivanje dodatnih mehanizama za osiguranje transparentnosti, sigurnosti, poverljivosti i zaštite podataka, i to pojedinačno za sve grupe korisnika digitalnih uređaja u domenu mentalnog zdravlja, što uključuje decu i mlade, stariju populaciju i druge ranjive društvene grupe i (c) definisanje posebnih smernica za upotrebu digitalnih uređaja i veštačke inteligencije u oblasti zaštite mentalnog zdravlja usmerenih kako ka pacijentima tako i ka pružaocima usluga zaštite mentalnog zdravlja, odnosno zdravstvenim radnicima i saradnicima ukoliko su u pitanju usluge psihologa, tj. psihoterapeuta (Lochner et al., 2025: 4).

U pogledu prve (teorijske) preporuke (a), koja se odnosi na razvoj, validaciju i testiranje digitalnih intervencija u oblasti mentalnog zdravlja zasnovanih na empirijskim dokazima, potrebno je istaći da se predmetna pitanja prevashodno nalaze u sferi javnopolitičkog delovanja. U tom smislu, standardi, kriterijumi i indikatori za procenu bezbednosti, efikasnosti i efektivnosti primene digitalnih rešenja u oblasti mentalnog zdravlja, kao i njihove integracije u zdravstveni sistem, najčešće se uspostavljaju kroz strateške dokumente zdravstvene politike, uključujući opšte strategije razvoja zdravstvene zaštite, posebne strategije u oblasti mentalnog zdravlja i odgovarajuće akcione planove za njihovu implementaciju. Time se obezbeđuje potrebno praćenje primene, a u pravcu donošenja pravno obavezujućih dokumenata *de lege ferenda*. Druga (teorijska) preporuka (b) zahteva čisto pravnu intervenciju, izmenu i dopunu tradicionalne legislative u oblasti zaštite podataka o ličnosti tako što se reguliše prikupljanje, obrada i čuvanje zdravstvenih podataka koji se prikupljaju i obrađuju korišćenjem digitalnih uređaja i veštačke inteligencije, a koji se smatraju naročito osetljivim podacima o ličnosti sa ciljem sprečavanja diskriminacije od primene veštačke inteligencije, kao i zaštita podataka od mogućih zloupotreba na internetu, pri čemu bi trebalo sagledati rizike za različite ranjive kategorije stanovništva posebno. I konačno treća (teorijska) preporuka (c) jeste hibridne prirode i spada u domen javnopolitičkih ali i pravnih intervencija u smislu uvođenja mandatornih obuka i edukacija za zdravstvene radnike i saradnike, pružaoce

digitalnih usluga u domenu mentalnog zdravlja ali i za korisnike usluga, tj. za pacijente u cilju obezbeđenja transparentnosti, sigurnosti i efikasnosti integracije koncepta digitalnog mentalnog zdravlja u tradicionalne sisteme zdravstvene zaštite. Obuke bi trebalo da budu usmerene i ka licima ovlašćenim za razvijanje, testiranje i održavanje platforme za pružanje digitalnih usluga u domenu mentalnog zdravlja.

Opšta preporuka je da prikupljanje zdravstvenih podataka, kao posebno osetljivih podataka o ličnosti, putem digitalnih uređaja i njihova analiza primenom veštačke inteligencije mora da se odvija tako što kontrolu vrši čovek, kvalifikovani i obučeni zdravstveni radnik, dok se uvođenje digitalne biotehnologije u zdravstvene sisteme mora vršiti primenom proverenih naučnih i stručnih tehnika i uz institucionalno utvrđene mehanizme kontrole. Osim toga, budući da tako prikupljeni zdravstveni podaci često dolaze u posed privatnih kompanija koje razvijaju i održavaju softvere i digitalne uređaje, definisanje regulatornog i institucionalnog okvira za primenu koncepta digitalnog mentalnog zdravlja jeste od suštinske važnosti.

Naime, privatne biotehnološke kompanije, pošto imaju pristup osetljivim zdravstvenim podacima čak i ukoliko su oni anonimni, imaju mogućnost da iste kontrolišu zbog čega su pitanja odgovornosti kompanija u ovom pogledu ključne (Murdoch, 2021). Saradnja zdravstvenih institucija koje su korisnici digitalne tehnologije i istovremeno odgovorne za pružanje zdravstvenih usluga primenom biotehnologije, sa jedne, i privatnih biotehnoloških kompanija koje razvijaju tehnologiju i odgovorne su za održavanje i funkcionisanje digitalnog sistema, sa druge strane, jeste poseban oblik javnoprivatnog partnerstva koji zahteva *sui generis* pristup u normiranju sa ciljem zaštite krajnjih korisnika, odnosno pacijenata, što je nadalje i imperativ države u smislu obezbeđenja zaštite javnog zdravlja.

Nasuprot navedenom, posebnu pažnju bi trebalo posvetiti definisanju regulatornog okvira primene tzv. *Chat* botova, tj. opštih digitalnih asistenata u pružanju usluga u domenu mentalnog zdravlja kao mehanizama za samopomoć, budući da ovde kontrola od strane kvalifikovanog zdravstvenog radnika izostaje.

Naime, bihejvioralna istraživanja o uticaju digitalnih asistenata na mentalno zdravlje korisnika primetno nedostaju, dok nedavno sprovedena studija uticaja ukazuje da digitalni asistenti, odnosno generativna veštačka inteligencija nije u mogućnosti da prepozna i odgovori adekvatno na znakove psihološkog i emotivnog uznemirenja kod korisnika, zbog čega korisnici prijavljuju negativne psihološke reakcije vezano za korišćenje digitalnih asistenata kao instrumenta za samopomoć kod određenih mentalnih stanja (De Freitas, Uguralp, Oguz-Uguralp & Puntoni, 2024: 481). Osim toga, istraživanja su pokazala i neujednačenost pristupa digitalnih asistenata korisnicima u različitim geografskim područjima vezano za kulturološke različitosti, gde su korisnici digitalnih asistenata u istočnim državama prijavili jači emocionalni odgovor na stanje depresije u odnosu na korisnike u zapadnim državama (Chin, Song, Baek et al., 2023).

Naime, opšti digitalni asistenti i generativna veštačka inteligencija predstavljaju značajan rizik po mentalno zdravlje korisnika, budući da nemaju posebnu namenu za pružanje usluga zdravstvene zaštite, uključujući i domen mentalnog zdravlja, što zahteva njihov razvoj u tom pravcu da prilikom kreiranja od strane inženjera bude unet i *proaktivni sistem procene i upravljanja rizicima po zdravlje korisnika*, npr. vezano za utvrđivanje eventualnih samoubilačkih namera korisnika, kao i *razvoj etičkih smernica* neophodnih za rad sa ranjivim kategorijama korisnika kakva je zasigurno kategorija osoba sa mentalnim problemima.

Nadležnost za kontrolu rada privatnih subjekata, u ovom slučaju tehnoloških kompanija koje razvijaju opšte digitalne asistente u smislu obezbeđenja sigurnosti i bezbednosti po korisnike, trebalo bi utvrditi na strani posebno osnovanih regulatornih javnih agencija koje će kontrolisati rad tehnoloških i biotehnoloških kompanija koje posluju u oblasti razvoja generativne veštačke inteligencije, uz zakonsko utvrđivanje opšte građanske odgovornosti za štetu na strani kompanija za povrede prava korisnika, a vezano za korišćenje veštačke inteligencije u svrhu zaštite mentalnog zdravlja i zdravlja uopšte (De Freitas & Glenn Cohen, 2024). Odgovornost za štetu na strani kompanija zasnivala bi se na opštoj dužnosti brige (*duty to care*), na obavezi ranog

utvrđivanja momenta kada razgovor između digitalnog asistenta i korisnika pređe u polje zdravstvene zaštite i pružanja usluga u oblasti mentalnog zdravlja (De Freitas & Glenn Cohen, 2024). Osim toga, kompanije bi imale obavezu razvoja instrumenata koji bi zaustavljali interakciju između korisnika i digitalnog asistenta u tom slučaju, te upućivanja na odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, budući da generativna veštačka inteligencija, odnosno kompanija koja stoji iza nje, nije akreditovana za pružanje zdravstvenih usluga (De Freitas & Glenn Cohen, 2024).

Pored regulisanja pravne odgovornosti tehnoloških i biotehnoloških kompanija kod razvoja generativne veštačke inteligencije u oblasti mentalnog i zdravlja uopšte i uvođenja dužnosti brige (*duty to care*), u teoriji se naglašava i neophodnost paralelnog uspostavljanja pristupa zasnovanog na tzv. etici brige (*ethics of care*) kod primene veštačke inteligencije kao vida samopomoći u slučajevima mentalnih smetnji, odnosno kao terapijskog sredstva kod određenih mentalnih stanja (Tavory, 2024). Pod pojmom *etike brige* podrazumeva se pristup zasnovan na isticanju značaja ljudskih odnosa, važnosti identifikovanja ranjivosti, uspostavljanja odnosa brige prema ranjivim članovima društva, vrednovanju emocija, kao i fokusu na različitosti reakcija i iskustava u odnosu na generalizovan pristup, što uzima u obzir i faktor kulturoloških različitosti i drugih povezanih razlika u društvenoj zajednici po osnovu ličnih svojstava (Tavory, 2024). Naime, potrebno je uspostaviti *sui generis pravno-etički pristup* primene veštačke inteligencije u oblasti zdravstvene zaštite koji uključuje i domen mentalnog zdravlja, uzimajući u obzir kompleksnost i svojevrsnu „ranjivost” oba sistema – tehnološkog sistema veštačke inteligencije i javnopolitičkog i normativnog sistema zaštite zdravlja.

Saradnja prava i etike kod uspostavljanja odgovornog sistema veštačke inteligencije u ovoj fazi, kada je razvoj regulative u oblasti primene veštačke inteligencije tek na svom početku u svim oblastima, podrazumeva definisanje javnopolitičkog i normativnog okvira na sledećim principima – neophodnost utvrđivanja ljudskog nadzora nad radom veštačke inteligencije; princip pravičnosti i zabrane diskriminacije koji znači osiguranje

transparentnosti procesa, što podrazumeva nadzor od strane nezavisnog regulatornog tela i monitoring nad bazom podataka i algoritamskog instrumenta od strane tako uspostavljenog ekspertskog regulatornog tela, uz jasno isticanje i obaveštenje korisnika da ima interakciju sa mašinom, te da nije uspostavljen ljudski kontakt; princip poštovanja prava na privatnost korisnika sa striktno uspostavljenim mehanizmima kontrole i zaštite podataka; princip osiguranja bezbednosti i sigurnosti korisnika sa definisanim mehanizmima za smanjenje potencijalne štete i sprečavanja zloupotrebe podataka; princip profesionalne odgovornosti koji znači razvoj sistema veštačke inteligencije na osnovu profesionalnih standarda kako iz oblasti biomedicine tako i iz tehnoloških nauka; princip uključivanja svih zainteresovanih lica, posebno kreatora javnih politika, u proces razvoja i implementacije veštačke inteligencije u oblasti zdravlja i konačno princip promovisanja ljudskih prava i vrednosti kod primene veštačke inteligencije (Tavory, 2024).

3.5.4. Regulisanje primene veštačke inteligenciju u oblasti zdravlja – primeri zakonodavne prakse

U pravcu regulisanja odgovorne primene veštačke inteligencije na nivou EU u junu 2024. godine doneta je *EU Regulativa o veštačkoj inteligenciji* (EU, Regulation [EU] 2024/1689 [Artificial Intelligence Act]), koja se smatra prvim pravno obavezujućim dokumentom kojim se reguliše razvoj, plasman i korišćenje sistema veštačke inteligencije na nivou EU. Cilj je obezbeđenje sigurne, etičke i transparentne upotrebe veštačke inteligencije u širem kontekstu osiguranja visokog nivoa zaštite zdravlja, bezbednosti i ljudskih prava garantovanih u Povelji o osnovnim pravima u EU, čime se sprečava zloupotreba veštačke inteligencije na nivou Unije dok se istovremeno podstiču inovacije.

EU Regulativa o veštačkoj inteligenciji, odnosno EU Zakon o veštačkoj inteligenciji, (2024) zasniva se na pristupu koji podržava *koncept procene rizika* u kontekstu ostvarivanja osnovnih ljudskih prava, zaštite bezbednosti i zdravlja korisnika, uz

naglašavanje značaja utvrđivanja demokratskih mehanizama kontrole primene kako bi se omogućilo korisnicima da donesu informisane odluke vezane za primenu veštačke inteligencije. Ovde se pod korisnicima podrazumeva svako fizičko ili pravno lice, uključujući i predstavnike javne vlasti, agencije ili druga tela koja koriste sistem veštačke inteligencije u okviru svoje nadležnosti, osim onih lica koja koriste veštačku inteligenciju u lične, neprofesionalne svrhe.

Korišćenje sistema veštačke inteligencije klasifikuje se prema stepenu rizika po korisnike, i to na: one sisteme veštačke inteligencije koji su neprihvatljivi, pa se stoga smatraju za zabranjenim (kognitivno-bihevioralna manipulacija ljudima ili ranjivim društvenim grupama, klasifikacija ljudi prema ponašanju, socioekonomskom statusu ili ličnim karakteristikama primenom veštačke inteligencije), zatim na one visoko rizične (sistemi veštačke inteligencije koji se koriste kao proizvodi prema EU regulativi o sigurnosti proizvoda i sistemi koji se koriste u oblastima infrastrukture, obrazovanja i profesionalne obuke, zapošljavanja, upravljanja radom i u oblasti samozapošljavanja, onim vezanim za pristup javnim i privatnim uslugama, sistemi u oblasti primene zakona, kontrole migranata, lica bez državljanstva i tražioca azila, kao i u oblasti tumačenja zakona), na sisteme sa ograničenim rizikom (klasifikuju se sistemi koji zahtevaju transparentnost i informisanje korisnika, poput tzv. *Chat* botova, tj. digitalnih asistenata), kao i na one sa minimalnim rizikom za korisnike (npr. *spam* filteri za koje nisu predviđeni posebni uslovi primene).

Oblast zdravlja i zaštite zdravlja spada u deo koji se odnosi na pristup javnim i privatnim uslugama od javnog interesa, pa se, shodno EU Regulativi o veštačkoj inteligenciji, smatra za oblast od visokog rizika. EU Regulativom o veštačkoj inteligenciji (2024) utvrđuje se zaštita javnog interesa kod primene veštačke inteligencije u oblasti javne bezbednosti i javnog zdravlja, uključujući i prevenciju bolesti, dijagnostiku, kontrolu, lečenje i unapređenje sistema zdravstvene zaštite (EU, Artificial Intelligence Act, Article 59). S tim u vezi, predviđaju se posebne mere zaštite od (visokog) rizika. Prilikom sakupljanja i obrade podataka neophodno je obezbediti njihovu anonimnost; definisati mehanizme nadzora

koji služe za identifikaciju rizika po ostvarivanje prava i sloboda lica čiji se podaci prikupljaju, kao i mehanizme umanjenja rizika, na način koji znači prestanak prikupljanja podataka u slučajevima nastanka rizika; obezbediti adekvatno čuvanje, skladištenje i zaštitu od nedozvoljenog pristupa i upotrebe ličnih podataka u nedozvoljene svrhe, dok se deljenje ovako prikupljenih podataka može vršiti jedino u skladu sa regulativom Unije o zaštiti podataka o ličnosti; osigurati detaljan opis procesa i svrhe kreiranja, testiranja i validacije sistema veštačke inteligencije koji se čuvaju kao deo tehničke dokumentacije i utvrditi obavezu kratkog rezimea razvijenog pojedinačnog sistema veštačke inteligencije koji uključuje ciljeve i očekivane rezultate, a koji se moraju objaviti na veb-sajtu nadležnog regulatornog tela (EU, Artificial Intelligence Act, Article 59).

Osim toga, utvrđuje se neophodnost usaglašavanja sistema veštačke inteligencije koji se koriste u oblasti zdravlja sa Regulativom EU o medicinskim uređajima (EU, Regulation [EU] 2017/745 on Medical Devices), kao i sa Regulativom o *in vitro* dijagnostičkim medicinskim uređajima (EU, Regulation [EU] 2017/746 on in vitro diagnostic medical devices). EU Regulativom o veštačkoj inteligenciji (2024) predviđa se i osnivanje Kancelarije EU za veštačku inteligenciju (*The European AI Office*) koja je i osnovana odlukom Komisije od 24. januara 2024. godine i ima nadležnost za implementaciju i primenu EU Regulative o veštačkoj inteligenciji, što sprovodi u saradnji sa nacionalnim regulatornim telima država članica za oblast veštačke inteligencije, kao i sa relevantnim ekspertima iz oblasti nauke i informatičkog sektora (EU [European Commission], Commission Decision establishing the European Artificial Intelligence Office, 2024).

Nacionalna regulativa o primeni digitalnih uređaja i sistema veštačke inteligencije generalno, a i posebno u određenim oblastima, uključujući i sektor zdravstvene zaštite, još uvek primetno nedostaje, a i države koje imaju normativni okvir primene veštačke inteligencije isti regulišu fragmentarno, pa je zaštita nedovoljna uz značajne nepoznanice koje prati i sam proces primene veštačke inteligencije sa aspekta njegovih mogućnosti, što dodatno otežava pravno regulisanje.

Primer dobre zakonodavne prakse u pravcu prepoznavanja važnosti normiranja i zaštite prava na mentalno zdravlje u kontekstu primene sistema veštačke inteligencije jesu nedavne novele Zakona o politici veštačke inteligencije iz marta 2024. godine (*Utah's Artificial Intelligence Policy Act (AIPA)*) američke savezne države Jute. Naime, 7. maja 2025. godine stupile su na snagu dopune Zakona o politici veštačke inteligencije (2024), u kojima se uvodi posebno poglavlje (Poglavljje 425) o primeni veštačke inteligencije, odnosno generativne veštačke inteligencije, tj. digitalnih asistenata u oblasti mentalnog zdravlja (Gupta, Shillcutt & Pelkey, 2025). Tako poglavljje 452 Zakona o politici veštačke inteligencije (2024) sadrži posebne odredbe o zaštiti korisnika digitalnog asistenta za oblast mentalnog zdravlja na način koji odgovara zaštiti poverljive komunikacije između pacijenta i licenciranog psihoterapeuta (Oratz, Chowdhry & Hoogenstyn, 2025). Dodatni mehanizmi zaštite korisnika uključuju: obavezu obaveštenja, odnosno pružaoci usluge digitalnog asistenta u oblasti mentalnog zdravlja moraju jasno informisati korisnika da komunicira sa veštačkom inteligencijom, te da nije uspostavljen ljudski kontakt, i to pre pristupa platformi ukoliko je prošlo više od sedam dana od poslednjeg pristupa, kao i uvek kada je upitan od strane korisnika; ograničenja oglašavanja, odnosno reklamiranja, pri čemu digitalni asistenti moraju jasno istaći svaku reklamu ili sponzorstvo ili slične odnose sa proizvodima ili uslugama koje reklamiraju, dok podaci dobijeni od korisnika ne smeju biti korišćeni za ciljano, prilagođeno reklamiranje; ograničenja prodaje ličnih zdravstvenih podataka, pružalac usluge digitalnog asistenta ne sme prodavati ili deliti lične podatke, koji mogu dovesti do identifikacije korisnika, ili druge podatke dobijene od korisnika osim na osnovu njegovog informisanog pristanka (Oratz, Chowdhry & Hoogenstyn, 2025). Pored toga, utvrđuju se precizno uslovi oslobađanja od odgovornosti za pružaoce usluga digitalnog asistenta u oblasti mentalnog zdravlja ukoliko se (1) izradi, primeni i poštuje pisana politika koja ispunjava određene detaljne zahteve propisane zakonom i koja mora biti podneta Odeljenju za zaštitu potrošača države Jute i (2) vodi odgovarajuća dokumentacija o razvoju i primeni digitalnog asistenta koja sadrži informacije

o podacima korišćenim za treniranje i informacije o osnovnim modelima, praksi prikupljanja i deljenja podataka o korisnicima, kao i o kontinuiranim naporima da se obezbedi tačnost, pouzdanost, pravičnost i bezbednost korisnika (Oratz, Chowdhry & Hoogenstyn, 2025).

Amandmani na Zakon o politici veštačke inteligencije (2024) američke savezne države Jute u delu koji se odnosi na primenu veštačke inteligencije u oblasti mentalnog zdravlja dalje utvrđuju nadležnost Odeljenja za zaštitu potrošača u slučaju kršenja odredbi zakona, što ukazuje na to da se digitalni asistenti smatraju proizvodima ili uslugama plasiranim na tržište i kvalifikuju se kao pitanje privatnog, ugovornog, potrošačkog prava, ne i kao deo javnog prava u kontekstu zaštite zdravlja stanovništva. S tim u vezi, digitalni asistenti, tj. generativna veštačka inteligencija smatra se proizvodom ili uslugom za koju važe opšta pravila ugovornog prava o odgovornosti za štetu u slučaju nedostataka.

U oblasti usluga u domenu psihološke podrške savetodavnog karaktera usmerene ka korisnicima generativne veštačke inteligencije odgovornost za eventualnu štetu prebacuje se na samog korisnika ukoliko su od strane pružaoca usluge ispunjeni uslovi tehničke prirode, tj. shodno amandmanima iz maja 2025. godine utvrđeni uslovi korišćenja prilikom pristupa platformi, odnosno pre korišćenja usluga digitalnog asistenta od strane pružaoca usluge i vođenje odgovarajuće tehničke dokumentacije vezane za razvoj i održavanje platforme. Na ovaj način se usluge u oblasti mentalnog zdravlja izjednačavaju sa bilo kojom drugom komercijalnom uslugom i proizvodom dostupnim na tržištu. Uslovi korišćenja digitalnog asistenta koje korisnik prihvata prilikom instaliranja, odnosno prilikom pristupa aplikaciji smatraju se svojevrsnom ponudom za zaključenje klasičnog obligaciono-pravnog ugovora, dok saglasnost od strane korisnika prihvatanjem istog jeste trenutak kada ugovor počinje da proizvodi pravno dejstvo.

Osim toga, zakon ne pravi distinkciju između subjekta koji je razvio platformu, odnosno proizvođača, sa jedne, i subjekta vlasnika platforme koji platformu stavlja u promet, odnosno pružaoca usluge, sa druge strane, ukoliko nije u pitanju isti subjekt koji je platformu i razvio, odnosno proizveo, što dodatno

komplikuje pitanja odgovornosti za eventualnu štetu u pogledu isticanja tužbenog zahteva u slučajevima sudske zaštite prava. Isto važi i za podnošenje žalbi posebno osnovanom nacionalnom telu za zaštitu potrošača.

Stoga se, iako regulisanje primene veštačke inteligencije u oblasti pružanja usluga u domenu mentalnog zdravlja Zakonom o politici veštačke inteligencije (2024) američke savezne države Jute nedavno usvojenim amandmanima predstavlja pionirski zakonodavni poduhvat, postavlja pitanje opravdanosti kvalifikacije usluga u domenu mentalnog zdravlja kao pitanja ugovornog, potrošačkog prava, a uzimajući u obzir izražen i nesporan javni interes zaštite i očuvanja (mentalnog) zdravlja stanovništva. Naime, u klasičnom obligacionom pravu sloboda ugovaranja jeste opšti princip ugovornog prava, s tim da je u pravnoj teoriji, zakonodavstvu i praksi ta sloboda apstraktne prirode i znači mogućnost izbora ugovaranja ili neugovaranja, dok se ograničenja na strani sadržine obligacije obično utvrđuju, što je slučaj i u pravu Srbije, razlozima definisanim prinudnim propisima, zaštitom javnog poretka, ali i nepisanim pravilima ponašanja, dobrim (poslovnim) običajima (Antić, 2007: 192). Iako postoje različita teorijska stanovišta šta se smatra javnim poretkom, većinsko je stanovište u pravnoj teoriji da se isto utvrđuje od strane sudova u svakom pojedinačnom slučaju, dok je opšte mišljenje da javni poredak počiva na jedinstvenom kriterijumu zajedničkog, opšteg dobra i socijalnog interesa, što ima i svoju genezu u univerzalnim etičkim principima zaštite opštih društvenih vrednosti (Antić, 2007: 193–194).

Na ovim osnovama izvodi se zaključak da upotreba generativne veštačke inteligencije i digitalnih asistenata u oblasti ljudskog zdravlja svakako ima širi društveni značaj u kontekstu zajedničkog dobra i vrednosti od javnog interesa. Stoga zaštita mentalnog zdravlja, vezano za primenu veštačke inteligencije koja se zasniva na opštim pravilima ugovornog, potrošačkog prava, nije adekvatan oblik zaštite javnog dobra kakvo je ljudsko zdravlje, zbog čega se postavlja i pitanje delotvornosti takve zaštite sa aspekta rešenja predviđenog u pravu američke savezne države Jute.

S tim u vezi, danas se od digitalnih uređaja najčešće koriste tzv. digitalni asistenti i *wellness* aplikacije kao specifični pomoćni mehanizmi za samopomoć u domenu zaštite mentalnog zdravlja, s tim da se oni još uvek nalaze u tzv. regulatornoj sivoj zoni, gde izostaje nadzor od strane zdravstvenih regulatornih tela, budući da nisu razvijeni u posebne namene zaštite i unapređenja ljudskog zdravlja već prvenstveno kao proizvodi za komercijalnu upotrebu. U SAD Federalna Agencija za hranu i lekove (Food and Drug Administration [FDA]), kao nadležno regulatorno telo u oblasti zaštite i promocije javnog zdravlja, pravi jasnu distinkciju između medicinskih uređaja (*medical device*) koji su regulisani zakonima, a koriste se u svrhu dijagnostike bolesti i drugih stanja zdravlja, ili za lečenje, ublažavanje simptoma i prevenciju bolesti, sa jedne, i opštih *wellness* uređaja (*general wellness device*) koji nisu regulisani zakonom kao sredstva, odnosno uređaji za dijagnostiku i lečenje bolesti, već se koriste za „održavanje ili pospešivanje zdravog načina života i nisu povezani sa dijagnostikom, lečenjem, ublažavanjem ili prevencijom bolesti ili drugih stanja zdravlja“, sa druge strane (De Freitas & Cohen, 2024).

Naime, sveobuhvatni normativni okvir primene digitalnih uređaja i veštačke inteligencije u oblasti zaštite zdravlja, uključujući i domen mentalnog zdravlja, u komparativnom pravu vidljivo izostaje, što zahteva ozbiljan javnopolitički i legislativni pristup i definisani prioritet na globalnom nivou *pro futuro*.

Pri tome regulisanje primene digitalnih uređaja i sistema veštačke inteligencije u oblasti zdravlja nesporno jeste javni interes, pa, uz sve trenutne nepoznanice vezane za tehničke i tehnološke mogućnosti primene veštačke inteligencije generalno, cilj prava jeste da u takvim civilizacijskim okolnostima razvoja društva osigura zaštitu osnovnih ljudskih prava i sloboda. To podrazumeva analizu i sagledavanje specifičnosti primene veštačke inteligencije u različitim sektorima, uzimajući u obzir njihovu pojedinačnu ranjivost, i to posebno za vitalnu oblast zaštite zdravlja, ali i povezanih oblasti rada i zapošljavanja, naročito u kontekstu zaštite bezbednosti i zdravlja na radu. Naime, oblast bezbednosti i zdravlja na radu jeste deo šireg koncepta zaštite javnog zdravlja zajedno sa obavezom osiguranja zdrave životne sredine.

Navedeno je podržano savremenim holističkim i integrativnim pristupom vrednostima od javnog značaja kao što je sigurno interes zaštite (mentalnog) zdravlja, ali i interes osiguranja dostojanstvenog rada za sve društvene grupe, a posebno za one koje se smatraju tradicionalno ranjivim. Pristup je više proaktivni nego reaktivni, odnosno fokus je istovremeno na prevenciji i integraciji u društvenu i radnu sredinu bez diskriminacije, te zasnovan na kolektivističkom pristupu i individualizaciji mera zaštite, a shodno potrebama različitih kategorija radnika.

4. PRAVO NA MENTALNO ZDRAVLJE U OBLASTI RADA I ZAPOSŁJAVANJA

Mentalno zdravlje deo je dominantno prihvaćenog multi-dimenzionalnog koncepta zdravlja kao stanja fizičke, mentalne, odnosno psihološke i socijalne dobrobiti promovisanog u okvirima UN i SZO, pa tako pravo na zaštitu zdravlja kao osnovno ljudsko pravo podrazumeva i pravo na najviši mogući standard zaštite mentalnog zdravlja u svim oblastima, uključujući i u oblasti rada i zapošljavanja.

Sve ovo, nevezano za formu radnog angažovanja i prirodu posla, trebalo bi da podrazumeva da osobe sa mentalnim problemima imaju pravo na jednak pristup, učešće, ali i pravo na ostanak na mestima rada, po ugledu na ostale zaposlene bez diskriminacije. Osim toga, savremeni pristup pravu na zaštitu mentalnog zdravlja u oblasti rada uključuje ne samo (re)integraciju osoba sa mentalnim poteškoćama na mestu rada već i istovremeni fokus na prevenciji stanja ugrožavanja i pogoršanja mentalnog zdravlja radno angažovanih lica (WHO, WHO Guidelines at Mental Health at Work, 2022: v). Naime, cilj savremenog radnog zakonodavstva u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu nije samo reintegracija u radnu zajednicu bez diskriminacije (reaktivni pristup) već i osiguranje zaštite mentalnog zdravlja i mentalne dobrobiti na mestima rada (proaktivni pristup) dodatnim mehanizmima promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja.

Empirijske studije, ali i akademske rasprave, pokazale su da rad generalno doprinosi ličnom razvoju, ekonomskom i socijalnom prosperitetu i uopšte socijalnoj dobrobiti, kako pojedinca tako i društva u celini (Leka & Jain, 2017: 5–6). Osim toga, utvrđen je i pozitivan uticaj rada na fizičko i mentalno zdravlje i socijalnu dobrobit, uz uslov da takav rad bude pristojan i dostojanstven (Leka & Jain, 2017: 6). Suprotno, loši i nedostojanstveni uslovi rada mogu često biti nekorisni ali i štetni po zdravlje

pojedince kako fizičko tako i mentalno, uz dalje negativne efekte po poslovanje i ukupnu ekonomsku produktivnost poslodavca (Leka & Jain, 2017: 6).

Na ovim osnovama razvijen je savremeni koncept integracije procene i upravljanja psihosocijalnim opasnostima/štetama (i rizicima) na radu i u vezi sa radom (*work-related psychosocial hazards*) u tradicionalne sisteme bezbednosti i zdravlja na radu. Naime, pojam *psihosocijalne opasnosti/štete na mestima rada*, prema dominantnom teorijskom stanovištu, odnosi se na neadekvatne uslove rada, a vezan je za način na koji je rad organizovan i kojim se radom upravlja – obično uključuje opterećenje na radu, duge radne sate u smislu prekovremenog rada, nedostatak autonomije na poslu i nepostojanje adekvatne podrške, kao i uznemiravanje i zlostavljanje na radu (Leka & Jain, 2024: 7). Navedeno je podržano empirijskim istraživanjima koja su pokazala korelaciju između psihosocijalnih šteta/opasnosti na mestima rada, zatim psihosocijalnih rizika na radu i u vezi sa radom i negativnih posledica po zdravlje radnika, odnosno nastanka stresa na radu, depresije i anksioznosti, ali i kardiovaskularnih bolesti i povećane smrtnosti (Leka & Jain, 2024: 6). Osim toga, utvrđen je i negativni uticaj psihosocijalnih rizika iz radne sredine na povećan procenat odsustvovanja sa rada zbog bolesti, kao i na ranije povlačenje sa tržišta rada usled nastanka invaliditeta (Leka & Jain, 2024: 6). Međutim, jasno teorijsko i konceptualno razgraničenje pojmova psihosocijalnih rizika od psihosocijalnih faktora i psihosocijalne štete, kao i distinkcija između javnopolitičkog, tj. normativnog pristupa mentalnom zdravlju na radu i pristupa zasnovanog na upravljanju psihosocijalnim rizicima na radu još uvek primetno izostaju, kako u teoriji tako i u radnopravnoj praksi (Lerouge, 2025: 7).

Naime, *pristup tradicionalnog ali i savremenog radnog prava mentalnom zdravlju na radu* još uvek je konceptualno nedovoljno definisan i zakonodavno nerešen, što nadalje otežava ostvarivanje prava u praksi, te otvara pitanja mesta i uloge *prava na mentalno zdravlje u okviru oblasti bezbednosti i zdravlja na radu*. U radnopravnoj teoriji stoga se pionirsko akademsko sagledavanje mentalnog zdravlja na radu, tj. njegovog značaja za ostvarivanje i zaštitu osnovnih radno-socijalnih prava, prvenstveno prava

na bezbednost i zdravlje na radu u kontekstu dostojanstvenog rada, vezuje za pitanje distinkcije između pristupa zasnovanog na zaštiti mentalnog zdravlja na radu u opštem smislu (*mental health at work approach*) i pristupa zasnovanog na proceni i upravljanju psihosocijalnim rizicima u radnoj sredini (*psychosocial risk approach*).

Tako Leruž (Lerouge, 2025) predlaže primenu pristupa zasnovanog na zaštiti mentalnog zdravlja na radu u onim pravnim sistemima koji ne uspostavljaju direktnu zakonsku obavezu poslodavca da izvrši procenu i upravljanje psihosocijalnim rizicima na mestima rada u organizacionom smislu, definišući naveden model kao prvenstveno proaktivni, individualistički i zasnovan na opštem okviru zaštite javnog zdravlja, gde je fokus na promociji mentalnog zdravlja na radu i kvaliteta života uopšte pre nego na prevenciji povreda i oštećenja zdravlja (Lerouge, 2025: 3). Sa druge strane, pristup zasnovan na identifikaciji i upravljanju psihosocijalnim rizicima na mestima rada Leruž (2025) vezuje za obavezu poslodavca da identifikuje psihosocijalne štete u radnoj sredini, da proceni prirodu i ozbiljnost rizika po radnike, kao i da eliminiše ili svede na najmanju moguću meru izloženost radnika hazardima, tj. štetama iz radne sredine (Lerouge, 2025: 4). Ovaj model zasniva se na negativnim i kolektivnim merama zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, a usmeren je ka prevenciji povreda i oštećenja mentalnog zdravlja na radu, budući da je fokus na prevenciji stresa na radu, depresivnih, anksioznih poremećaja, ali i kardiovaskularnih bolesti, samoubistava i smrti povezanih sa radom (Lerouge, 2025: 4). Konačno zaključuje da je pristup zasnovan na identifikaciji, proceni i upravljanju psihosocijalnim rizicima i štetama na mestima rada specifičniji, ima uži smisao u odnosu na model zaštite mentalnog zdravlja na radu koji je kao takav podržan u okvirima SZO, iako se i u okviru ove međunarodne organizacije referiše i na značaj psihosocijalnih rizika na mestima rada i u radnoj sredini (Lerouge, 2025: 4).

Teorijsko razgraničenje između modela zasnovanog na proceni i upravljanju psihosocijalnim rizicima i štetama na radnom mestu i modela zaštite mentalnog zdravlja na radu ima ne samo doktrinarni već i izražen praktično-normativni značaj.

Prvi model polazi od konceptualizacije psihosocijalnih rizika kao specifične kategorije profesionalnih rizika koji proizilaze iz organizacije rada, radnog opterećenja, upravljačkih praksi i međuljudskih odnosa u radnom okruženju, te zahteva njihovu sistemsku identifikaciju, procenu i prevenciju u okviru režima bezbednosti i zdravlja na radu. Nasuprot tome, model zaštite mentalnog zdravlja na radu normativno se oslanja na širi koncept prava na zdravlje i javnozdravstvenih intervencija, pri čemu se mentalno zdravlje sagledava kao segment opšteg zdravstvenog statusa zaposlenog, a ne kao rezultat specifičnih radnih uslova koji generišu profesionalne rizike.

Ovo razgraničenje naročito dobija na značaju u radnopravnim sistemima koji ne poznaju izričite pojmove „psihosocijalni rizici“, „psihosocijalni faktori“ ili „psihosocijalne štete“. U takvim sistemima normativni legitimitet i obaveznost zaštite mentalnog zdravlja na radu na nivou poslodavca izvodi se posredno – iz opšte obaveze zaštite zdravlja zaposlenih, kao i iz ustavno i međunarodnopravno garantovanog prava na zdravlje. Ova konstrukcija se često oslanja na interpretativne standarde SZO prema kojima pravo na zdravlje obuhvata fizičko i mentalno blagostanje, kao i socijalnu dobrobit, pa podrazumeva obavezu države da uspostavi regulatorni okvir koji omogućava njegovo ostvarivanje i u kontekstu rada.

Međutim, oslanjanje isključivo na javnozdravstveni pristup može dovesti do normativne nedovoljnosti, budući da se *odgovornost poslodavca svodi na opštu dužnost brige*, bez preciznog definisanja specifičnih organizacionih i preventivnih mera usmerenih na eliminaciju ili smanjenje psihosocijalnih rizika. Stoga je u akademskom i normativnom smislu opravdano insistirati na jasnom konceptualnom razlikovanju ova dva modela kako bi se obezbedila veća pravna izvesnost, preciznije određivanje obima obaveza poslodavca i efikasnija zaštita mentalnog integriteta zaposlenih u savremenim uslovima rada.

Izazov prepoznavanja pravnog značaja mentalnog zdravlja na radu dodatno usložjava i činjenica slabog poznavanja uticaja psihosocijalnog odgovora pojedinca-radnika, a vezano za aspekt organizacije rada i uslova rada u okvirima tradicionalnog radnog

prava, odnosno sagledavanja bihevioralnog aspekta i njegovog uticaja na rad i radni odnos. Ipak još uvek nedovoljna prepoznatljivost značaja *bihevioralnog pristupa* nije svojstvena samo pravnim naukama već se vezuje i za ostale tradicionalne naučne discipline. Na primer, sa stanovišta ekonomskih nauka, u savremeno doba, ekonomska produktivnost, maksimizacija profita ili interes poslodavca u kontekstu radnog prava nisu isključivo i jedino merljivi količinom akumuliranih resursa izraženih u bruto domaćem proizvodu, već se u okviru subdisciplina ekonomije sreće i bihevioralne ekonomije značaj subjektivne sreće pojedinca i stanovništva u celini, tj. zadovoljstvo životom uzima kao značajan indikator dobrobiti i kvaliteta života, kako na mikro nivou tako i na makro (Graham, 2005: 206).

S tim u vezi, poslednja decenija 21. veka obeležena je rastom značaja bihevioralnog pristupa u društvenim i humanističkim naukama, što je, naročito pod uticajem Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj, dovelo do „promene paradigme“, a vezano za donošenje odluka i kreiranje javnih politika u smislu razvoja tzv. *bihevioralne javne politike* (Dold, 2025: 338). Naime, pod bihevioralnim naučnim pristupom podrazumeva se interdisciplinarni pristup koji se zasniva na analizi ljudskog ponašanja i na dizajniranju strategija za upravljanje i potencijalnu promenu takvog ponašanja od strane država, sve sa ciljem unapređenja javnih politika (OECD, 2017: 16). Pristup podrazumeva primenu metodologija iz različitih naučnih oblasti koje uključuju kognitivnu nauku, ekonomiju, eksperimentalnu psihologiju, sociologiju, neuronauku, kao i nauku o upravljanju i donošenju odluka (OECD, 2017: 16). U opštem smislu, bihevioralni pristup kod kreiranja javnih politika, što se može primeniti i kod politike rada i zapošljavanja, ima za cilj razumevanje kako psihološki, socijalni i kulturni faktori ljudskog ponašanja (kako građana tako i korporacija) utiču na ishod javnih politika, u smislu efektivnosti i efikasnosti primene (OECD, 2017: 17). Pri tome treba imati u vidu da bihevioralni pristup nema za cilj da zameni tradicionalnu naučnu analizu svojstvenu pojedinačnim disciplinama, već da je unapredi i da podstakne integrativnost i multidisciplinarnost kao pravac razvoja savremene nauke, što se analogno primenjuje i na

pravne nauke, uključujući oblast radnog prava. Stoga savremeni holistički i integrativni pristup zahteva normativno i institucionalno utemeljenu integraciju nauke radnog prava, organizacionog menadžmenta, organizacione psihologije, sociologije i etike rada, radi unapređenja zdravlja kao globalnog javnog interesa i temeljne društvene vrednosti, čija se zaštita ostvaruje kroz pravne i javnopolitičke mehanizme.

4.1. AKTIVNOSTI MEĐUNARODNIH ORGANIZACIJA U DOMENU MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU

Na međunarodnom nivou, što je posebno izraženo u periodu nakon pandemije virusa korona, MOR je 2022. godine priznao i potvrdio da *bezbednost i zdravlje na radu* predstavljaju jedan od fundamentalnih principa i prava na radu, a psihosocijalne rizike na radu i povezane probleme u domenu mentalnog zdravlja navodi za prioritetne oblasti u Globalnoj strategiji za bezbednost i zdravlje na radu donete za period 2024–2030. (UNI Global Union, 2025: 4).

Iste, 2022. godine MOR i SZO donele su zajednički dokument tzv. mekog prava pod nazivom „Mentalno zdravlje na radu“, kojim se naglašava jaka globalna javnopolitička posvećenost prevenciji problema mentalnog zdravlja na mestima rada putem unapređenja modela procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu, što uključuje organizacione intervencije s ciljem da se prilagode uslovi rada, kultura rada i personalni odnosi u radnoj zajednici novim okolnostima (WHO & ILO, Mental Health at Work: Policy Brief, 2022). Osim toga, fokus je i na zaštiti i promovisanju mentalnog zdravlja na radu kroz obuke i intervencije na mestima rada koje imaju za cilj povećanje informisanosti radnika o značaju mentalnog zdravlja, jačanje veština radnika kako bi prepoznali rizike i povrede u domenu mentalnog zdravlja i uopšte na osnaživanju radnika da traže adekvatnu podršku (WHO & ILO, Mental Health at Work: Policy Brief, 2022). Nadalje, ukazuje se i na potrebu definisanja mehanizama podrške za radnike sa mentalnim problemima – da učestvuju potpuno

i na jednakim osnovama sa drugima u smislu integracije u radnu sredinu putem razumnog prilagođavanja uslova i mesta rada potrebama ovih lica, zatim kroz posebno razvijene programe reintegracije i povratka na rad, kao i putem drugih ciljanih inicijativa (WHO & ILO, Mental Health at Work: Policy Brief, 2022). Konačno u dokumentu se kao ključni cilj utvrđuje stvaranje radne sredine koja će podsticati unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja na radu, i to kroz upravljanje, investicije, ljudska prava, integraciju, participaciju, empirijsku potvrdu i usaglašavanje (WHO & ILO, Mental Health at Work: Policy Brief, 2022).

Sagledavanjem međunarodnog univerzalnog javnopolitičkog okvira zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na mestima rada zaključuje se da dalji razvoj međunarodnih radnih standarda ide u pravcu uključivanja elemenata organizacionog menadžmenta i kulture rada. Ona podrazumeva kako etičke tako i profesionalne principe funkcionisanja radne organizacije u normativni okvir zaštite bezbednosti i zdravlja na radu. S tim u vezi, valja posebno istaći da tradicionalni sistemi zaštite bezbednosti i zdravlja na radu dominantno naglašavaju značaj mera zaštite fizičkog zdravlja, što sada ima tendenciju reafirmisanja koncepta bezbednosti i zdravlja na radu tako da na jednakim osnovama integriše i mere promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja na radu.

4.2. AKTIVNOSTI EVROPSKE UNIJE U DOMENU MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU

Na međunarodnom regionalnom nivou, odnosno na nivou EU, isti period, tj. period nakon pandemije virusa korona, obeležen je pojačanim javnopolitičkim i regulatornim aktivnostima u pravcu priznavanja i definisanja dodatnih mehanizama prevencije, promocije i zaštite mentalnog zdravlja na radu, a naročito u kontekstu digitalne transformacije ekonomsko-socijalnog sistema.

Tako od značaja za oblast bezbednosti i zdravlja na radu jeste dokument mekog prava pod nazivom *EU strateški okvir za bezbednost i zdravlje na radu donet za period 2021–2027.*

Ovaj dokument ima prirodu opšte strategije za bezbednost i zdravlje na radu na nivou Unije. Ključni ciljevi Strategije identifikovani su kao anticipiranje i upravljanje promenama u svetu rada uslovljenih zelenom, digitalnom i demografskom tranzicijom, zatim unapređenje prevencije od povreda na radu i profesionalnih bolesti i konačno povećanje spremnosti za buduće zdravstvene krize (EU, EU strategic framework on health and safety at work 2021–2027).

Poseban deo Strategije adresira pitanja psihosocijalnih rizika na radu, naglašavajući njihovu važnost. Naime, kao psihosocijalni rizici navode se stres na radu, iako se stres na radu može istovremeno kvalifikovati i kao psihosocijalna šteta, o čemu će biti reči u tekstu koji sledi, zatim rad na daljinu, budući da često onemogućava ravnotežu profesionalnog i porodičnog života usled stalne dostupnosti radnika poslodavcu, te nedostatak socijalne interakcije koji dovodi do socijalne izolacije i povećava rizik od psihosocijalnih šteta, uključujući i ergonomske rizike i štete po zdravlje radnika (EU, EU strategic framework on health and safety at work 2021–2027). S tim u vezi, u Strategiji se pozivaju države članice da u saradnji sa socijalnim partnerima, odnosno sindikatima i organizacijama poslodavaca, donesu i usklade nacionalne strategije za oblast bezbednosti i zdravlja na radu tako što će da uključe procenu i upravljanje psihosocijalnim i ergonomskim rizicima, uz posebnu procenu rizika vezanih za oblast zelenog i digitalnog rada, kao i da pripreme odgovor na Rezoluciju Evropskog parlamenta o uvođenju prava na digitalnu nedostupnost (*Right to disconnect*). Osim toga, države članice se pozivaju i da unaprede sistem inspekcije rada u smislu integracije digitalnih uređaja kako bi se povećala efikasnost kako preventivnih tako i zaštitnih mehanizama povrede zakona (EU, EU strategic framework on health and safety at work 2021–2027). I konačno Strategija ukazuje na važnost kolektivnog pregovaranja u smislu podsticaja za zaključivanje međusektorskih i sektorskih kolektivnih ugovora o radu koji bi uključili odredbe o psihosocijalnim i ergonomskim rizicima, kao i rizicima povezanim sa digitalizacijom rada u delu koji se odnosi na bezbednost i zdravlje na radu (EU, EU strategic framework on health and safety at work 2021–2027).

U junu 2023. godine Evropska komisija usvojila je dokument pod nazivom *Sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju* koji predstavlja po svojoj prirodi opštu strategiju u oblasti mentalnog zdravlja za EU, a istovremeno i prvi regionalni dokument koji na integrativan i holistički način pristupa konceptu mentalnog zdravlja. Naime, mentalno zdravlje jeste sastavni deo opšteg koncepta zdravlja, ali se priznaje i kao posebno ljudsko pravo iz grupe ekonomsko-socijalnih prava (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023). Sveobuhvatan pristup mentalnom zdravlju uključuje priznavanje bioloških i psiholoških faktora podjednako, kao i značaj porodice, zajednice, ekonomije, društva, životne sredine i bezbednosti za oblast mentalnog zdravlja (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023: 3). S tim u vezi, posebno se ukazuje na značaj uloge sektora obrazovanja, te rada i zapošljavanja u kontekstu digitalne sredine, kao i socijalnih, ekonomskih i komercijalnih determinanti zdravlja (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023: 3). Dakle, sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju znači sagledavanje mentalnog zdravlja u svim politikama – zdravstvenoj, obrazovnoj, politici rada i zapošljavanja, politici socijalne zaštite, kulture, zaštite životne sredine, održivog razvoja i digitalne tranzicije (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023: 3).

I u ovom dokumentu naročit značaj dat je definisanju okvira koncepta psihosocijalnih rizika na radu. Psihosocijalni rizici se sagledavaju u kontekstu stresa na radu kao jednog od dominantnih psihosocijalnih rizika, te se ističe njihov negativan uticaj na mentalno zdravlje i dalje na povećano odsustvo sa rada, nezadovoljstvo poslom, pa se povezuje sa povećanim konfliktima u radnoj sredini, sa smanjenom produktivnošću, ali i sa sindromom sagorevanja na radu (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023: 16). Psihosocijalni rizici zajedno sa stresom na radu kvalifikuju se kao važna pitanja i izazovi u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, što je dodatno pospešeno digitalizacijom radne sredine (EU, *A Comprehensive approach to mental health*, 2023: 16). Osim toga, ukazuje se još i na ključnu ulogu poslodavaca kod zaštite i prevencije mentalnih problema na

radu i onih povezanih sa radom, te na potrebu uključivanja psihosocijalnih rizika u tradicionalne modele bezbednosti i zdravlja na radu na nivou poslodavca (EU, A Comprehensive approach to mental health, 2023: 17). S tim u vezi se identifikuje *pravo na digitalnu nedostupnost* kao dodatni mehanizam prevencije stresa na radu u cilju obezbeđenja ravnoteže profesionalnog i privatnog života, kao i *pravo na povratak na rad za osobe sa određenim mentalnim poteškoćama, odnosno problemima*, ali i potreba obezbeđenja psihološki zdrave radne sredine, što ima za cilj stvaranje inkluzivnijeg društva *pro futuro* (EU, A Comprehensive approach to mental health, 2023: 17). Na kraju, ukazuje se na neophodnost donošenja pravno obavezujućih instrumenata na nivou EU u ovoj oblasti *de lege ferenda*, a posebno vezano za priznavanje prava na digitalnu nedostupnost na radu, kao i za regulisanje rada na daljinu (EU, A Comprehensive approach to mental health, 2023: 17).

Prethodno je, a vezano za donošenje pravno obavezujućih dokumenata na nivou EU u oblasti zaštite mentalnog zdravlja na radu, Evropski parlament 2022. godine usvojio *Rezoluciju o novom EU strateškom okviru o bezbednosti i zdravlju na radu nakon 2020. godine*, gde se poziva Evropska komisija da, u saradnji sa socijalnim partnerima, predloži donošenje posebne *Direktive o psihosocijalnim rizicima i dobrobiti na radu*. Kao razlog navodi se da važeća Okvirna direktiva EU 89/391/EEC o bezbednosti i zdravlju na radu (EU, Council Directive 89/391/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work) ne obezbeđuje delotvornu i potpunu zaštitu od novih rizika, a u kontekstu utvrđivanja mehanizama procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu (EU, A new EU strategic framework on health and safety at work post 2020, 2022). Osim toga, Rezolucijom se poziva Komisija da uključi pravo na digitalnu nedostupnost u EU strateški okvir o bezbednosti i zdravlju na radu, kao i da razvije nove, savremene psihosocijalne mehanizme za zaštitu mentalnog zdravlja i zdravlja na radu. Nadalje, u Rezoluciji se naglašava i važnost reintegracije zaposlenih koji su pogođeni psihosocijalnim rizicima, odnosno štetama u radnu zajednicu bez diskriminacije.

Dok donošenje posebne Direktive o psihosocijalnim rizicima i dobrobiti na radu jeste normativni cilj EU za koji se očekuje da će se ostvariti u narednom periodu, a uzimajući u obzir trenutne pojačane javnopolitičke aktivnosti i inicijative u ovoj oblasti podstaknute krizom javnog zdravlja i pandemijom virusa korona, kao i digitalnom tranzicijom, 2024. godine usvojena je, nakon široke debate, Direktiva EU o unapređenju uslova rada kod platformskog rada, odnosno tzv. *Direktiva o platformskom radu* (EU, Directive [EU] 2024/2831 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2024 on improving working conditions in platform work – Platform Work Directive – [EU] 2024/2831)).

Direktiva EU o platformskom radu (2024) usvojena je sa ciljem regulisanja radnopravnog statusa lica radno angažovanih putem digitalnih (radnih) platformi, zatim radi regulisanja prakse algoritamskog upravljanja radom, kao i sa ciljem osiguranja transparentnosti rada digitalnih (radnih) platformi. Iako Direktiva implicitno ne adresira opšta pitanja procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu, odnosno pitanja zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja, ona su sagledana indirektno u kontekstu regulisanja radnopravnog statusa tzv. platformskih radnika na nivou EU.

Naime, čl. 12 Direktive EU o platformskom radu odnosi se na zaštitu bezbednosti i zdravlja na radu za platformske radnike, pri čemu se jasno utvrđuje obaveza za digitalne radne platforme da izvrše procenu rizika po bezbednost i zdravlje platformskih radnika kod automatizovanog sistema nadzora, kao i kod automatizovanog sistema donošenja odluka u kontekstu upravljanja radom, a posebno vezano za rizike od nastanka povreda na radu, ali i za psihosocijalne i ergonomske rizike (Platform Work Directive [EU] 2024/2831, Article 12, Paragraph 1[a]). Osim toga, od značaja za domen zaštite mentalnog zdravlja platformskih radnika jeste i stav 3 člana 12 Direktive EU o platformskom radu, u kome stoji da „digitalne radne platforme ne mogu koristiti automatizovane sisteme nadzora ili automatizovane sisteme donošenja odluka vezanih za rad, na način koji bi kod platformskog radnika stvorio pritisak ili na drugi način ugrozio njegovu

bezbednost, fizičko i mentalno zdravlje” (Platform Work Directive [EU] 2024/2831, Article 12, Paragraph 3).

Direktiva EU o platformskom radu predstavlja pionirski regulatorni iskorak na nivou EU usmeren ka definisanju radnog statusa i zaštite osnovnih radnosocijalnih prava osoba angažovanih putem digitalnih radnih platformi čiji je pravni položaj do sada bio pretežno neregulisan, te se često kvalifikovao kao oblik *sui generis* radnopravnog statusa – između statusa zaposlenih i samozaposlenih lica. Međutim, Direktiva je značajna i za oblast mentalnog zdravlja sa aspekta njegovog potpunog integrisanja u savremene sisteme bezbednosti i zdravlja na radu, budući da izričito adresiranje psihosocijalnih rizika u kontekstu digitalnog rada, odnosno platformskih radnika, daje pravni osnov za dalju konkretizaciju mera zaštite mentalnog zdravlja i obezbeđenja mentalne dobrobiti na mestima rada i za ostale kategorije radnika. Naime, na ovaj način otvara se mogućnost za integraciju modela procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima, kao i prevenciju psihosocijalnih šteta, u postojeće sisteme bezbednosti i zdravlja na radu koji bi se primenjivali na sve zaposlene. Navedeno zahteva jasnu konceptualizaciju pojma mentalnog zdravlja na radu, definisanje pojma psihosocijalnih rizika i njihovo diferenciranje od psihosocijalnih faktora i psihosocijalnih šteta, kao i preciznu identifikaciju potencijalnih posledica po mentalno zdravlje koje su nastale na radu i/ili su sa radom povezane, što još uvek predstavlja kako pravno-teorijski tako i javnopolitički i posledično normativni izazov.

4.3. MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU – KONCEPT, SPECIFIČNOSTI I IZAZOVI ZAŠTITE

Savremena radna zakonodavstva evropskog, uporednog i nacionalnog prava uglavnom ne daju definiciju zdravlja na radu, uključujući i definiciju mentalnog zdravlja u kontekstu rada (Bosak-Sojka, 2021: 158), a prateći nacionalnu zdravstvenu regulativu te se u akademskim studijama i pravnim raspravama dominantno za definiciju mentalnog zdravlja, kao i generalno koncepta zdravlja, uzima definicija SZO.

Dakle, danas ne postoji univerzalno prihvaćena definicija mentalnog zdravlja, što se dalje reflektuje i na definiciju *mentalnog zdravlja u kontekstu rada*, s tim da se u pravnoj teoriji i praksi, a shodno preovladavajućem stanovištu, uzima definicija SZO u kojoj se mentalno zdravlje definiše „kao stanje dobrobiti gde pojedinac ostvaruje sopstvene sposobnosti, može da se nosi sa normalnim nivoom stresa u životu, može da radi produktivno i u stanju je da doprinese društvenoj zajednici” (Mishiba, 2023: 97).

Shodno navedenoj definiciji, koncept mentalnog zdravlja jeste multidimenzionalan i uključuje, pored ličnog razvoja pojedinca, i domen rada, tj. produktivnost, i ostvarivanje pojedinca u oblasti rada smatra se sastavnim delom savremenog koncepta mentalnog zdravlja. Osim toga, a prateći modernu interpretaciju koncepta zdravlja i posledično mentalnog zdravlja, prilikom sagledavanja i analize koncepta mentalnog zdravlja i mentalnog zdravlja na radu ne utvrđuje se samo odsustvo mentalnog poremećaja već se uzima u obzir i sveukupno zadovoljstvo pojedinca različitim aspektima rada u smislu uticaja na (mentalno) zdravlje, uključujući i mogućnost osiguranja ravnoteže između profesionalnog i privatnog života. Stoga pravo na mentalno zdravlje na radu uključuje, a shodno savremenom pristupu, kako reaktivni aspekt, tj. reintegraciju zaposlenog sa mentalnom bolešću u radnu sredinu bez diskriminacije posebnim merama radnog i antidiskriminatorskog prava, tako i proaktivni aspekt, odnosno razvijanje radne sredine koja će podsticati očuvanje i zaštitu mentalnog zdravlja na radu povećanjem kvaliteta rada i posledično života pojedinca merama procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu i onima povezanim sa radom.

Ovde bi naročito trebalo imati u vidu tradicionalnu praksu nacionalnih država da se mentalni poremećaj u oblasti mentalnog zdravlja kvalifikuje kao vrsta invaliditeta, te se, prema ranije važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti SZO (verzija 10), koja se još uvek primenjuje u nekim državama, uključujući i Srbiju, mentalni poremećaji definišu kao „klinički značajni bihevioralni ili psihološki sindromi ili obrasci ponašanja pojedinca koji su povezani sa trenutnim poremećajem ili sa invaliditetom ili pak

sa povećanim rizikom nastanka smrti, bola, invaliditeta ili pak sa gubitkom slobode" (Maitele Ndou, 2020: 540).

Sa druge strane, u maju 2019. godine usvojena je nova Međunarodna klasifikacija bolesti SZO (verzija 11), čija je primena u pogledu izveštavanja od strane država članica SZO krenula od 2022. godine, a prema kojoj se mentalni, bihejvioralni i neurorazvojni poremećaji definišu kao „sindromi koje karakteriše klinički značajan poremećaj kognitivne, odnosno emocionalne regulacije pojedinca ili ponašanje pojedinca koje reflektuje disfunkciju psihološkog, biološkog i razvojnog procesa sa uticajem na mentalno ili bihejvioralno funkcionisanje" (WHO, International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2025-01). Dalje još stoji „da su navedeni poremećaji obično povezani sa promenama ili oštećenjima u ličnim, porodičnim, socijalnim, obrazovnim, *profesionalnim* ili drugim značajnim oblastima funkcionisanja pojedinca" (WHO, International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2025-01). Izmene u odnosu na raniju verziju 10 uključuju kako prepoznavanje novih mentalnih poremećaja poput katatonije, nesklada između rodnog identiteta osobe i pola koji je dodeljen pri rođenju koji nadalje izaziva osećaj depresije i patnje, zatim bipolarnog poremećaja tipa 2, poremećaja mentalnog zdravlja vezanih za restrikciju unošenja hrane, mentalnih poremećaja povezanih sa video-igrama, tako i reklasifikaciju određenih kategorija mentalnih poremećaja, kao i deklasifikaciju mentalnih poremećaja sa ciljem redukcije stigme (Seemüller, 2023).

Tako se, na primer, tzv. rodni nesklad sada klasifikuje u okviru poglavlja pod nazivom „stanja povezana sa seksualnim zdravljem" za razliku od prethodne verzije 10, u kojoj se smatrao mentalnim poremećajem, što ima za cilj prevenciju stigmatizacije uz naglašavanje zdravstveno-holističkog a ne patološkog pristupa mentalnim poremećajima (Seemüller, 2023).

Naime, kod definisanja mentalnih poremećaja u novoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti SZO (verzija 11), koja se primenjuje počev od 2022. godine, pozivanje na invaliditet se isključuje i usvaja se vrednosno neutralna definicija, s tim da se jasno ukazuje na povezanost poremećaja mentalnog zdravlja sa faktorima

sredine – društvenom, obrazovnom, porodičnom i radnom. S tim u vezi, proaktivni pristup mentalnom zdravlju i mentalnom zdravlju na radu u smislu usvajanja posebnih mehanizama, kao i razvoja programa promovisanja, prevencije, zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na radu, ima snažan javnopolitički osnov u opštim zdravstvenim politikama usvojenim na međunarodnom nivou, što se dalje reflektuje i u oblasti (radnog) prava. Dakle, pored reaktivnog pristupa *ratione personae* i reintegracije osoba sa mentalnim poremećajima u radnu sredinu bez diskriminacije merama prilagođavanja mesta i uslova rada potrebama ovih lica u okvirima ostvarivanja i zaštite prava osoba sa invaliditetom, proaktivni pristup *ratione materiae* u okvirima radnog zakonodavstva integracijom mehanizama unapređenja mentalnog zdravlja na radu neizostavni je deo ostvarivanja i zaštite prava na mentalno zdravlje koje uključuje i mentalno zdravlje na radu.

Koncept mentalnog zdravlja na radu, prema dominantnom stanovištu, zasniva se na adresiranju pitanja unapređenja uslova rada sa fokusom na mentalno zdravlje, i to kako merama organizacionog menadžmenta, što pored regulisanja upravljanja radom uključuje i socijalne i psihološke aspekte interpersonalnih odnosa u radnoj organizaciji, tj. usvojenju kulturu rada, tako i tradicionalnim merama radnog prava a vezano za forme radnog angažovanja, regulisanja radnog vremena, odmora i odsustva, kao i unapređenja sistema bezbednosti i zdravlja na radu. Tako sa stanovišta radnog prava *pojam psihosocijalnih rizika* odgovara pojmu fizičkih rizika koji uključuju mehanička oštećenja zdravlja, odnosno fizičke, biološke i hemijske štete, te su poslodavci u obavezi da utvrde posebno i mere procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu (Mishiba, 2023: 98).

Savremeni *pristup zasnovan na proceni i upravljanju psihosocijalnim rizicima na radu* u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu ima za cilj da uključi i savremene psihosocijalne faktore kao što su kombinovana izloženost fizičkim i psihosocijalnim rizicima na radu, nesigurnost posla, prekomerno radno angažovanje i visoki zahtevi posla, zatim jaka emocionalna iscrpljenost povezana sa sindromom sagorevanja na radu, nemogućnost pomirenja profesionalnih i privatnih obaveza, kao i nasilje i zlostavljanje na radu

(Mishiba, 2023: 98). Pri tome, savremeni psihosocijalni rizici na radu nisu ograničeni navedenim faktorima, već promene u ekonomsko-socijalnom sistemu zahtevaju njihovo stalno revidiranje i uključivanje u modele procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu. Ovo je naročito vezano za rizike stalne dostupnosti zaposlenih poslodavcu putem digitalnih uređaja, kao i za one koji se odnose na prekomerni nadzor nad radom koji je olakšan tehnološkim razvojem i integracijom veštačke inteligencije u proces rada i u organizaciju rada.

Sa druge strane, pored izazova konceptualizacije psihosocijalnih rizika na radu i definisanja opšteg okvira modela procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu u kontekstu zaštite prava na mentalno zdravlje na radu, pristupi kreatora javnih politika i posledično zakonodavaca u ovoj oblasti razlikuju se među državama i u uporednom pravu. Tako Japan,⁵ Ujedinjeno Kraljevstvo i Sjedinjene Američke Države pretežno uređuju modele procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu instrumentima mekog prava, odnosno putem smernica koje su prvenstveno usmerene ka menadžmentu, sa naglaskom na organizacione mere upravljanja radnim procesima i izgradnju odnosa poverenja i lojalnosti između zaposlenih i poslodavaca (Mishiba, 2023: 99–100). U tom kontekstu, institut procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima u japanskom pravu posebno se dovodi u vezu sa obavezom unapređenja međusobnog poverenja u radnim odnosima, kao i sa opštom dužnošću lojalnosti. Ovaj pristup korespondira i sa evropskim pravom u kojem se, prema dominantnom stanovištu radnopravne teorije, dužnost lojalnosti smatra imanentnom, prećutnom obavezom zaposlenog koja

⁵ U Japanu se dodatno pravno neobavezujući akti, smernice kojima se adresiraju pitanja procene i upravljanja rizicima na mestima rada u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, koriste u sudskoj praksi kao standard kod utvrđivanja nemara, odnosno nepažnje na strani poslodavca, tj. menadžmenta u građanskim sporovima vezanim za profesionalne povrede i nesreće na radu, čime se podstiču poslodavci da pokažu dužnu pažnju i da primene odgovarajući standard brige (*duty of care*), što je karakteristično za anglosaksonsko pravo (Mishiba, 2023: 99–100), dok u evropsko-kontinentalnom pravnom sistemu tzv. dužnost brige odgovara obavezi da se postupa pažljivo i da se drugome ne nanese šteta.

proizilazi iz same prirode radnog odnosa i podrazumeva save-sno postupanje u dobroj veri, kao i uzdržavanje od aktivnosti koje bi mogle ugroziti legitimne poslovne interese poslodavca (Zlatanović & Sovilj, 2023: 529). Istovremeno ova obaveza ima uzajaman karakter, te ne obavezuje isključivo zaposlenog već i poslodavca koji je dužan da organizuje radno okruženje zasno-vano na poverenju, poštovanju i zaštiti profesionalnog i ličnog integriteta zaposlenih.

Sa druge strane, u državama Zapadne Evrope i EU mere procene i upravljanja rizicima u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu utvrđuju se pravno obavezujućim aktima, obično u op-štim zakonima o radu ili u posebnim zakonima o bezbednosti i zdravlju na radu (Mishiba, 2023: 99–100). Stoga nomotehnički pristup u evropskim državama podrazumeva da se i uvođenje modela procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu, kao i regulisanje drugih posebnih mehanizama koji imaju za cilj zaštitu mentalnog zdravlja na radu, vrši putem pravno obave-zujućih instrumenata, odnosno putem zakona i podzakonskih opštih akata.

U evropsko-kontinentalnom pravnom sistemu, pored rad-nopravnih mehanizama za zaštitu mentalnog zdravlja u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, te onih vezanih za druge uslove rada (radno vreme, odmori i odsustva, forme radnog angažo-vanja), značaj konceptualizacije i legislativnog prepoznavanja mentalnog zdravlja na radu sagledava se i sa aspekta *zasnivanja i prestanka radnog odnosa*. Tako, na primer, u poljskom zakono-davstvu dobro stanje mentalnog zdravlja uslov je za zasnivanje radnog odnosa prilikom izbora na sudijsku funkciju, pri čemu se obavlja obavezan medicinski pregled fizičkog, a posebno men-talnog zdravlja sa fokusom na psihološko stanje i stanje neuro-loškog sistema budućeg sudije, nakon čega nadležni lekar izda-je poseban sertifikat o mentalnim i psihološkim sposobnostima kandidata za sudijsku funkciju (Bosak-Sojka, 2021: 162).

U poljskom zakonodavstvu stanje mentalnog zdravlja kao uslov za zasnivanje radnog odnosa u smislu obaveznog me-dicinskog pregleda može se utvrđivati od strane poslodavca samo ukoliko postoji zakonski osnov, dok u ostalim slučajevima

sprovođenje psiholoških testova ili drugih medicinskih pregleda u oblasti mentalnog zdravlja nije dopušteno (Bosak-Sojka, 2021: 162). Naime, budući da se mentalni poremećaj, prema još uvek preovladavajućim definicijama invaliditeta u savremenom pravu, smatra formom invaliditeta (s tim, da je ovo pristup koji se napušta, a posebno u kontekstu usvajanja najnovije Klasifikacije bolesti SZO, verzija 11 iz 2019. godine), nacionalna zakonodavstva zabranjuju diskriminaciju osoba sa invaliditetom na način koji uključuje i zabranu sprovođenja posebnih medicinskih pregleda u domenu mentalnog zdravlja, uključujući i psihološke testove prilikom zasnivanja radnog odnosa, osim ukoliko ne postoji zakonski osnov izražen u potrebama određenog posla. Dakle, neopravdano pravljenje razlika u oblasti rada i zapošljavanja na osnovu stanja mentalnog zdravlja kandidata za zaposlenje, kao i mentalnog zdravlja već zaposlenih lica, smatra se diskriminacijom po osnovu invaliditeta koja je zabranjena u savremenom radnom pravu i praksi.

Međutim, savremeni normativni i strateški pravac SZO u oblasti mentalnog zdravlja ukazuje na napuštanje tradicionalnog, redukcionističkog pristupa kojim se mentalni poremećaji posmatraju isključivo kao poseban oblik invaliditeta. Umesto toga, mentalno zdravlje se konceptualizuje u funkcionalnom i proaktivnom smislu kao dinamična sposobnost pojedinca da ostvaruje lične i profesionalne potencijale, adekvatno odgovara na stresne zahteve okruženja i aktivno učestvuje u društvenom i radnom životu. Ovakav pristup pomera fokus sa isključivo zaštitne i remedijalne paradigme ka preventivnom i razvojnom modelu u kojem se unapređenje mentalnog blagostanja prepoznaje kao integralni deo politike kvaliteta života i dostojanstvenog rada.

Sa druge strane, empirijska studija sprovedena 2021. godine među mladim kandidatima za zaposlenje u Norveškoj, a vezano za diskriminatorску praksu poslodavaca prilikom zasnivanja radnog odnosa u kontekstu stanja mentalnog zdravlja, pokazala je da su kandidati za zaposlenje koji su prilikom zasnivanja radnog odnosa otkrili poslodavcu podatke o stanju mentalnog zdravlja bili izloženi određenim oblicima diskriminatornog

postupanja (Bjørnshagen, 2021). Naime, prema ovoj studiji, kandidatima za zaposlenje koji su imali određene mentalne probleme 27% je smanjena vjerojatnoća da će biti pozvani na intervju za posao, uz 22% smanjene mogućnosti da zasnjuju radni odnos i dobiju pozitivan odgovor od strane poslodavca u odnosu na ostale kandidate koji nisu prijavili poteškoće u domenu mentalnog zdravlja (Bjørnshagen, 2021).

Stoga je neophodno dalje raditi na jačanju nacionalnih radnopravnih garancija zabrane diskriminacije zasnovane na stanju mentalnog zdravlja kako bi se obezbjedila jednakost šansi i postupanja kandidata pri zapošljavanju, kao i već zaposlenih lica. S tim u vezi, zakonodavni i posebno inspekcijski okvir zaštite prava na radu i u vezi sa radom trebalo bi da sadrži dodatne mere zaštite i nadzora u vezi sa praksama poslodavaca prilikom selekcije i zapošljavanja, sa fokusom na domen mentalnog zdravlja kao posebno osjetljive oblasti koja je često predmet društvene stigmatizacije povezane sa istorijskim kontekstom i predrasudama prema osobama sa mentalnim problemima.

Takvi dodatni mehanizmi zaštite bi podrazumjevali jasno isticanje u oglasima za posao da je zabranjena diskriminacija kandidata za zaposlenje, a posebno u domenu mentalnog zdravlja, osim ukoliko stanje mentalnog zdravlja nije odlučujući uslov za zasnivanje radnog odnosa kod određenog posla, zatim obaveznu obuku za poslodavce i menadžment o prepoznavanju i sprečavanju diskriminacije po osnovu stanja mentalnog zdravlja, te unapređenje inspekcijskog nadzora na način uvođenja mogućnosti ciljane kontrole konkursnih prijava, kao i prijava diskriminatoriskog postupanja po osnovu stanja mentalnog zdravlja, uz zakonsko definisanje da *onus probandi* nepostojanja diskriminatoriskog postupanja u domenu mentalnog zdravlja bude na poslodavcu i uz potencijalno uvođenje strožih sankcija za poslodavca u slučaju diskriminatoriskog postupanja. Na ovom mestu potrebno je naglasiti da se diskriminacija po osnovu stanja mentalnog zdravlja kvalifikuje kao poseban oblik diskriminacije zasnovan na zdravstvenom stanju, odnosno zdravstvenim karakteristikama pojedinca (Zlatanović, 2019: 11). Ovaj osnov diskriminacije valja jasno razlikovati od diskriminacije po osnovu invaliditeta, imajući

u vidu različitu prirodu, kao i specifične mehanizme zaštite, prilagođavanja i institucionalne podrške koji se u tim slučajevima primenjuju (Zlatanović, 2019: 47). Takvo razlikovanje odražava savremeni normativni pristup koji teži inkluziji osoba sa blagim i umerenim mentalnim poteškoćama u radnu sredinu, polazeći od pretpostavke očuvanja radne sposobnosti uz obezbeđivanje adekvatnih preventivnih mera i mera podrške umesto njihove stigmatizacije ili isključivanja iz sveta rada.

Osim toga, poreskom politikom se može uticati na promenu svesti o značaju mentalnog zdravlja u oblasti rada i zapošljavanja putem utvrđivanja poreskih i drugih olakšica za poslodavce koji zapošljavaju osobe sa mentalnim poteškoćama.

4.4. DIGITALIZACIJA I AUTOMATIZACIJA PROCESA RADA & UTICAJ VEŠTAČKE INTELIGENCIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE NA RADU – KONCEPT DOSTOJANSTVENOG RADA

Razvoj informacionih i komunikacionih tehnologija, kao i posebno unapređen sistem veštačke inteligencije koji uključuje kako generativnu veštačku inteligenciju tako i specijalizovane sisteme u određenim sektorima, imaju značajne implikacije na radno-socijalna prava pojedinca. Upotreba veštačke inteligencije poslednjih godina u oblasti organizacionog menadžmenta ima tendenciju da postane standard organizacije rada, zbog čega je njena uticajnost u oblasti rada i zapošljavanja nesporna. S tim u vezi, sve više se uvodi tzv. *algoritamski menadžment* u oblast rada, pri čemu se pod algoritamskim menadžmentom obično podrazumeva „upotreba računarsko-programskih procedura za koordinaciju radnih aktivnosti u radnoj organizaciji”, što znači da je sprovođenje upravljačkih ovlašćenja poslodavca, u smislu kontrole obavljanja radnih zadataka, podele posla, evaluacije rada, nadzora nad radom zaposlenih povereno delimično ili pak u celosti algoritmima, tj. veštačkoj inteligenciji (Hadady-Lukács, 2024: 191). Navedeno zahteva adekvatan odgovor kako kreatora javnih politika tako i zakonodavaca u smislu smanjenja rizika od

zloupotreba i obezbeđenja delotvorne zaštite osnovnih prava na radu i u vezi sa radom u novim okolnostima.

Primena veštačke inteligencije u oblasti rada i zapošljavanja ima kako pozitivne tako i negativne implikacije u sferi ostvarivanja i zaštite osnovnih radno-socijalnih prava, sa uticajem na samu prirodu (tradicionalnog) radnog odnosa i posledično na uslove rada. Prednosti primene veštačke inteligencije ogledaju se u smislu veće efikasnosti procesa rada i smanjenja ljudskih grešaka, pri čemu se veštačka inteligencija, odnosno njen oblik algoritamskog menadžmenta, široko koristi za izradu plana rada u radnim organizacijama, kao i za evaluaciju rezultata rada na osnovu prikupljenih podataka, zatim u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu u smislu predikcije povreda na radu, te smanjenja rizika kod obavljanja teških i fizički zahtevnih poslova gde se, na primer, koriste posebna odela, tzv. Egzoskeleti, u kojima je integrisan sistem veštačke inteligencije koji ima za cilj povećanje produktivnosti radnika, ali i prevenciju od povreda na radu (Jarota, 2023: 1). Naime, odelo je konstruisano tako što ima odgovarajuću strukturu koja poboljšava dinamiku udova i zglobova korisnika i omogućava poslodavcu da izvrši analizu biometrijskih podataka radnika, te obezbedi bolji oporavak nakon povrede, dok omogućava istovremeno nošenje težih predmeta bez negativnog uticaja na muskuloskeletni sistem (Jarota, 2023: 1). Osim tzv. egzoskeletnog odela sistemi veštačke inteligencije se obično ugrađuju u opremu za rad, odnosno koriste se kao deo lične zaštitne opreme kod osiguranja bezbednosti i zdravlja na radu, gde se koriste još i posebne narukvice, satovi, senzori i drugi hardverski uređaji (Ponse del Castillo & Taes, 2025: 347).

Sa druge strane, primena veštačke inteligencije na mestima rada nosi sa sobom i značajne rizike. Rizici, odnosno izazovi primene veštačke inteligencije, naročito su vezani za oblast ostvarivanja prava na privatnost i zaštitu podataka o ličnosti na mestima rada, pre svega se misli na prekomerni nadzor nad radom od strane poslodavca. Zatim su tu rizici vezani za diskriminaciju, odnosno obezbeđenje jednakosti šansi i postupanja na strani veštačke inteligencije, budući da je u praksi zbog neadekvatnih podataka došlo do ozbiljnih grešaka prilikom obrade podataka

od strane veštačke inteligencije u kontekstu izbora kandidata za zaposlenje, odlučivanja o napredovanju, kao i u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu kada se veštačka inteligencija koristi u svrhu procene rizika (Hadady-Lukács, 2024: 189). S tim u vezi, kontrola veštačke inteligencije i njeno sveobuhvatno normiranje od ključnog je značaja za njenu primenu. Ovo naročito vredi uzimajući u obzir nepoznanice koje prate anticipaciju razvoja sistema veštačke inteligencije *pro futuro* u tehnološkom kontekstu, odnosno vezano za mogućnost primene i potencijal razvoja. Osim toga, za sagledavanje i kritičku analizu primene veštačke inteligencije sa stanovišta radnog prava neophodno je prethodno definisati pojam veštačke inteligencije, a uzimajući u obzir njegov kako pravno-teorijski tako i pravno-praktični značaj, što je još jedan izazov, budući da, kako u pravnoj teoriji tako i u zakonodavnoj praksi, još uvek ne postoji saglasnost oko definisanja veštačke inteligencije u kontekstu prava.

4.4.1. Pojam veštačke inteligencije u (radno)pravnoj teoriji, zakonodavstvu i praksi

Naime, u pravnoj teoriji ne postoji univerzalno prihvaćena *definicija veštačke inteligencije* u smislu njene pravne značajnosti, dok pojedini autori usvajaju radne definicije opšteg tipa, pa se tako pojam veštačke inteligencije definiše kao „mogućnost kompjuterskog sistema da donosi odluke umesto čoveka”, odnosno „softverski zasnovan sistem ili deo uređaja koji prezentuje ponašanje koje simulira ljudsku inteligenciju a, između ostalog, još i sakuplja i obrađuje podatke, te analizira i tumači okruženje” (Jarota, 2023: 2).

Sa druge strane, pojedini autori definišu veštačku inteligenciju kao „bazu znanja” a ne kao „sistem ili tehnologiju”, dok je većinsko stanovište, kako u teoriji tako i u javnopolitičkoj i posledično zakonodavnoj praksi, da se ne daju precizne definicije, već se obično navode osnovne karakteristike ili pak ciljevi veštačke inteligencije sa aspekta njene primene u oblasti prava (Shchitova, 2020: 617–618). Ovde valja ukazati na to da, ukoliko

se veštačka inteligencija definiše kao baza znanja, u tom slučaju dominira njeno sagledavanje sa stanovišta autorskog prava i prava industrijske svojine, dok, ukoliko se ista definiše kao sistem ili tehnologija, pitanja njene integracije u proces rada i na mesta rada spadaju u domen radnog prava u kontekstu sredstava za rad, odnosno analize uticaja na uslove rada i na osnovna radno-socijalna prava.

Nadalje, većina autora se poziva na prvu definiciju veštačke inteligencije i prvo pominjanje pojma iz 1955. godine, kada je Džon Makarti (John McCarthy), tvorac pojma, upotrebio taj termin za označavanje „nauke ili inženjerstva za stvaranje inteligentnih mašina”, gde je pod inteligencijom podrazumevao „računarsku sposobnost da se postignu određeni ciljevi” (Shchitova, 2020: 617). Osim toga, pojedini autori prihvataju definiciju veštačke inteligencije koja se zasniva na primeni tzv. Tjuringovog testa. Alan Tjuring (Allan Turing), (1912–1954), britanski matematičar, logičar i kriptograf, otac modernog računarstva i veštačke inteligencije, 1950. godine predložio je test koji je nazvao „imitacija igre” i prema njemu se veštačka inteligencija definiše kao svaki računar koji prođe Tjuringov test (Schuett, 2021). Tjuringov test, u kontekstu definisanja veštačke inteligencije, označava igru u kojoj učestvuju tri aktera – čovek, računar i ljudski sudija. Ljudski sudija je odvojen od preostala dva učesnika. Oni mogu međusobno komunicirati isključivo putem teksta. Tjuringov test je uspešno položen ukoliko ljudski sudija ne može pouzdano da razlikuje čoveka od računara (Schuett, 2021).

Savremene teorijske rasprave u domenu konceptualnog i pojmovnog određenja veštačke inteligencije u kontekstu prava podrazumevaju i sagledavanje pravnog statusa veštačke inteligencije koji se analizira paralelno sa moralnim, etičkim statusom, što otvara fundamentalnu dilemu savremenog prava – da li moralni status može biti zasnovan isključivo na ljudskoj prirodi ili na funkcionalnim sposobnostima entiteta (Milinković, 2021: 30). S tim u vezi, ukazuje se da moralni i pravni status veštačke inteligencije ne bi trebalo zasnivati na analogiji sa ljudskim subjektivitetom, već na stepenu autonomnog odlučivanja i funkcionalnih kapaciteta koji mogu opravdati ograničeno normativno priznanje

(Milinković, 2021). U tom smislu predlaže se model *parcijalne pravne subjektivnosti veštačke inteligencije* kao pragmatično rešenje koje omogućava istovremeno normiranje odgovornosti i regulaciju rizika, uz očuvanje antropocentričnih temelja savremenog pravnog sistema (Milinković, 2021: 34–35).

Stanovišta pravnih teoretičara, a vezano za neophodnost preciznog definisanja pojma veštačke inteligencije, različita su – od toga da je neophodna precizna definicija u legislativnom smislu (Shchitova, 2020: 618) do stanovišta da je dovoljno okvirno koncipiranje primenom pristupa zasnovanog na proceni rizika, a koji podrazumeva definisanje specifičnih rizika koji se štite, zatim identifikaciju koji deo sistema veštačke inteligencije se vezuje za svaki specifični rizik posebno i konačno precizno i jasno definisanje tog sistema (Schuett, 2021). Naime, potonja stanovišta zasnivaju svoj fokus na rizicima, ne i na samom pojmu veštačke inteligencije (Schuett, 2021). S tim u vezi, iako je u pitanju oblast koja je tek u razvoju u domenu legislativnog pristupa, nedavna zakonodavna rešenja međunarodno-regionalnog karaktera, poput prava EU, prihvataju pristup koji se zasniva na identifikaciji i definisanju rizika kod primene veštačke inteligencije.

Tako je, u teoriji identifikovan pojam ‘zakonodavstvo rizika’, podrazumevajući sve pristupe koji uključuju „mešanje država, odnosno javne vlasti u tržišne ili društvene procese sa ciljem kontrolisanja potencijalno negativnih posledica“, dok se uži pojam ‘upravljanje rizicima’ najčešće odnosi na kompleksne javne, poluprivatne ili privatne subjekte koji nastoje da identifikuju, procene, upravljaju ili regulišu takve rizike (Orwat et al., 2024: 10). Osim toga, pristup evropskog zakonodavca uključuje još i holističko sagledavanje tradicionalnih vrednosti i prava poput privatnosti, zdravlja i bezbednosti, sigurnosti i transparentnosti u novim okolnostima tehnološkog razvoja i primene veštačke inteligencije, odnosno pristup veštačkoj inteligenciji u sklopu evropskih vrednosti i poštovanja postojećih standarda u oblasti ljudskih prava, uz jačanje razvoja i inovacija u oblasti tehnologije i inženjerstva.

U kontekstu definisanja veštačke inteligencije primenom *pristupa zasnovanog na identifikaciji rizika*, u pravnoj teoriji su identifikovane sledeće karakteristike/sposobnosti veštačke

inteligencije koje imaju radnopravni značaj: (1) sposobnost neograničenog sakupljanja podataka, uključujući i sposobnost praćenja 24 časa nedeljno; (2) sposobnost obrade, odnosno analize velike količine podataka u različite svrhe u svakom trenutku u kontekstu rada i zapošljavanja; (3) sposobnost algoritma, odnosno anticipiranja rezultata, tj. događaja, koje je zasnovano na ranijim obrascima kombinovanim sa faktorima definisanim od strane kreatora javnih politika i (4) tehnička sposobnost da automatizuje proces odlučivanja, te da do određenog nivoa ima interakciju sa radno angažovanim licima (Cefaliello & Kullmann, 2022: 544).

Navedene karakteristike veštačke inteligencije u oblasti rada i zapošljavanja imaju zajedničkog imenitelja, a to je opšta i najvažnija karakteristika rada sa (ličnim) i obično osetljivim podacima o ličnosti. Zato se primarno uticaj veštačke inteligencije sagledava u kontekstu zaštite *prava na privatnost i poverljivost podataka o ličnosti na mestima rada* tako što se vrši procena i upravljanje rizicima u smislu opravdanosti sakupljanja, korišćenja i obrade podataka radno angažovanih lica, na osnovu čega dalje veštačka inteligencija utiče na uslove rada i na sam rad kod poslodavca. S tim u vezi, valja istaći da legitiman i legalan osnov prikupljanja podataka od strane poslodavca na mestima rada, a shodno preovladavajućem stanovištu u radnom pravu, ne može biti jedino eksplicitni, dobrovoljan, *informisani pristanak zaposlenog, odnosno radno angažovanog lica*, budući da se opravdano smatra da je dobrovoljnost takvog pristanka od strane zaposlenog često upitna, što je posledica neravnoteže moći između ugovornih strana, između radnika i poslodavca (van Bekkum & Zuiderveen Borgesius, 2023: 7). Zbog toga se smatra da je potrebno još i utvrđivanje *legitimnog interesa poslodavca*, a posebno kada su u pitanju naročito osetljivi podaci o ličnosti kao, na primer, kod prikupljanja zdravstvenih i genetičkih podataka, podataka o seksualnoj orijentaciji, rasnom ili etničkom poreklu i sl.

Većina autora, kada je u pitanju zaštita podataka o ličnosti na mestima rada, ali i drugih tradicionalnih prava na radu i u vezi sa radom, a u kontekstu primene sistema veštačke inteligencije zastupa stav da bi zaštitu trebalo sagledati i obezbediti u okvirima EU Opšte regulative o zaštiti podataka o ličnosti, primenom

postojećih pravila o zaštiti osnovnih ljudskih i radno-socijalnih prava na nivou EU, uz određeno prilagođavanje (De Stefano & Wouters, 2022: IV). Stoga je preporuka da se zaštita prava na privatnost i poverljivost podataka o ličnosti, uključujući i u oblasti rada i zapošljavanja, a vezano za primenu sistema veštačke inteligencije, reguliše nacionalnim zakonima o zaštiti podataka o ličnosti putem njihovih amandmana (De Stefano & Wouters, 2022: V). Budući da je dominantno stanovište u radnopravnoj teoriji i evropskoj zakonodavnoj praksi da sakupljanje, korišćenje i obrada ličnih podataka na mestima rada, što naročito važi u slučaju naročito osetljivih podataka o ličnosti kakvi su zdravstveni podaci, uključujući i primenom sistema veštačke inteligencije, pored informisanog i dobrovoljnog pristanka zahteva i postojanje legitimnog interesa poslodavca, pravna teorija ide i korak dalje kod algoritamskog menadžmenta. Naime, radi obezbeđenja delotvornosti zaštite prava, u slučajevima kada je pribavljen pristanak zaposlenog i utvrđen legitiman interes poslodavca, utvrđuje se i *pravo zaposlenog na prigovor*. Tako se prema EU Opštoj regulativi o zaštiti podataka o ličnosti u čl. 22 priznaje pravo lica, čiji su podaci predmet procesuiranja primenom sistema veštačke inteligencije, na prigovor i isključenje takvih podataka iz sistema ukoliko takvo procesuiranje ima pravne efekte na lice u pitanju ili ga oni indirektno pogađaju (De Stefano & Wouters, 2022: 39). U pravnoj teoriji navedeno pravo se, u kontekstu digitalizacije rada, kvalifikuje kao posebno *pravo na ljudsku intervenciju* u smislu ostvarivanja prava na mišljenje i osporavanje odluka donetih u automatizovanom sistemu primenom veštačke inteligencije (De Stefano & Wouters, 2022: 39).

Sa druge strane, vezano za primenu opštih antidiskriminatorskih pravila kod primene veštačke inteligencije u oblasti rada i zapošljavanja od značaja, a shodno pravnoj teoriji, jeste obezbeđenje efikasnosti mehanizama zaštite od diskriminacije, a posebno vezano za teret dokazivanja. Tradicionalno *onus probandi* u slučajevima diskriminacije leži na tužiocu koji mora da pruži *prima facie* dokaze pre nego što se teret prebaci na poslodavca, odnosno korisnika sistema veštačke inteligencije (De Stefano & Wouters, 2022: V). Međutim, imajući u vidu složenost i čestu

netransparentnost algoritamskog odlučivanja, zakonodavac i sudovi imaju ključnu ulogu u određivanju trenutka u kome entitet koji upravlja sistemom veštačke inteligencije ima obavezu da ospori navode o diskriminaciji (De Stefano & Wouters, 2022: V). Stoga je preporuka da pored sudske zaštite prava budu uvedeni određeni korektivni mehanizmi, tj. dodatni oblici kontrole, poput sertifikacije i specijalizovanih revizija veštačke inteligencije, koji mogu doprineti otkrivanju i sprečavanju diskriminatornih praksi (De Stefano & Wouters, 2022: V). U slučaju njihovog uvođenja u pravne okvire valjalo bi da, u odsustvu sertifikacije sistema veštačke inteligencije, teret dokazivanja bude olakšan u korist zaposlenog. Na taj način se obezbeđuje ravnoteža između potrebe za zaštitom prava zaposlenih, odnosno radno angažovanih lica, i pojačane odgovornosti poslodavaca u digitalizovanom radnom okruženju (De Stefano & Wouters, 2022: V).

4.4.2. Pravo na mentalno zdravlje & veštačka inteligencija – aspekt bezbednosti i zdravlja na radu

Pored (potencijalno) pozitivnog uticaja zbog korišćenja sistema veštačke inteligencije u oblasti rada i zapošljavanja na bezbednost i zdravlje na radu, istovremeno su identifikovani i negativni uticaji u smislu rizika po mentalno zdravlje i zdravlje zaposlenih uopšte. Naime, digitalni uređaji za praćenje stanja zdravlja na mestima rada kao deo mera zaštite bezbednosti i zdravlja na radu (satovi ili narukvice koji sadrže senzore za praćenje stanja fizičkog ili mentalnog zdravlja radnika i koji služe za merenje otkucaja srca ili krvnog pritiska ili pak mogu služiti za procenu emocionalnog i/ili mentalnog stanja putem skeniranja lica ili snimanja glasa), ali i neograničena dostupnost i nakon radnog vremena u smislu slanja biometrijskih podataka o zdravstvenom stanju putem prenosivih, digitalnih uređaja i njihova obrada u okviru primene algoritamskog menadžmenta, predstavljaju nove psihosocijalne rizike po mentalno zdravlje radnika u digitalno doba. Naime, na ovaj način zaposleni bivaju izloženi stresu na radu i pritisku u kontekstu neophodnosti prilagođavanja rada „zahtevima“

algoritamskog menadžmenta (Pape, 2024: 4), što može uticati na mentalno zdravlje u smislu razvoja stanja anksioznosti, depresije, uključujući i nastanak sindroma sagorevanja na radu.

Tako primena veštačke inteligencije u radnoj organizaciji dovodi u pitanje samu strukturu organizacije rada kod poslodavca, menjajući ravnotežu moći sa uticajem na uspostavljenu hijerarhiju rada (pravnu subordinaciju), i uz redefinisane tradicionalnih uloga strana u radnopravnom odnosu, što sve može uticati na stanje mentalnog zdravlja radnika, ali i nadalje na stanje zdravlja i na sveukupno blagostanje na radu. S tim u vezi, pored tradicionalne uloge poslodavca kao nadređene strane i radnika kao podređene strane, u radnopravnom odnosu javlja se i treći subjekt, veštačka inteligencija, kao još jedna strana sa nadređenom ulogom u odnosu na radnika. Sve to može uticati na mentalno zdravlje i uzrokovati posebna psihološka stanja u radnoj sredini, menjajući socijalnu dinamiku radne organizacije.

Osim toga, identifikovan je i izazov *dehumanizacije rada* uvođenjem automatizovanog sistema upravljanja, pa se na mestima rada i u radnoj organizaciji uvode za obavljanje određenih radnih zadataka i humanoidni, tzv. „pametni” roboti. Poseban psihosocijalni izazov i posledično rizik po mentalno zdravlje jeste kohabitacija humanoidnih robota (uključujući i manje rizičan oblik algoritamskog upravljanja putem veštačke inteligencije u smislu raspodele moći) i čoveka-radnika sa psihološkog aspekta, ali i vezano za nesigurnost u slučaju povrede prava i pitanja odgovornosti. Naime, fizička kohabitacija robota i čoveka-radnika može biti izazovna kada, što je najčešće slučaj, pitanja odgovornosti robota za grešku ili za povredu prava ljudskih kolega u radnoj organizaciji nisu regulisana, što predstavlja *sui generis* psihosocijalni rizik. S tim u vezi, u literaturi se navodi problem alijenacije uslovljen integracijom sistema veštačke inteligencije u proces i u organizaciju rada, a posebno vezano za prenos upravljačkih ovlašćenja poslodavca na algoritam, sa uticajem na dostojanstvo radnika i mentalno blagostanje (Eurofound, 2018).

Sa druge strane, na nivou EU, odnosno od strane Evropskog parlamenta, još je 2016. godine izrađen Izveštaj u kome se sagledavaju mogućnosti normativnog priznavanja tzv. „elektronske

ličnosti” humanoidnim robotima po ugledu na status pravnog lica koji se priznaje kompanijama sa ciljem priznavanja posebnih prava, obaveza i odgovornosti, sve u slučajevima kada automatizovani sistemi veštačke inteligencije „donose autonomne odluke ili imaju interakciju sa trećim licima na drugi način” (De Stefano, 2018: 3). Navedeno se može primeniti i u oblasti rada i zapošljavanja. Međutim, u radnopravnoj teoriji se sa pravom ukazuje na široke mogućnosti zloupotrebe priznavanja posebnog elektronskog statusa humanoidnim robotima, tj. veštačkoj inteligenciji, u smislu izbegavanja odgovornosti vlasnika, korisnika veštačke inteligencije, zbog čega treća lica, poslovni partneri, klijenti i radnici postaju izloženi riziku nemogućnosti naknade štete u slučajevima povrede prava (De Stefano, 2018: 4).

S tim u vezi, kao argument iznosi se da *ratio legis* priznavanja pravne ličnosti kompanijama, tj. pravnim licima, jeste zaštita vlasnika, fizičkog lica u smislu obezbeđivanja sigurnosti, odnosno odvojenosti njegove imovine od imovine društva, sve sa ciljem pospešivanja poslovnih inicijativa i ekonomskog razvoja uopšte, dok se isto po analogiji ne može primeniti kod priznavanja posebne pravne, tzv. elektronske, digitalne ličnosti veštačkoj inteligenciji (De Stefano, 2018: 4). Osim toga, ističe se još i nedovoljna analiza mogućnosti razvoja veštačke inteligencije u tehnološkom smislu, zbog čega je fokus sadašnjih istraživanja većinski na kvantitativnim aspektima rada i zapošljavanja, a vezano je za broj zanimanja, te radnih mesta za koje se očekuje da će biti zamenjeni veštačkom inteligencijom u budućnosti, dok kvalitativni aspekti takvih promena ne predstavljaju predmet dublje analize u društvenim naukama, što se smatra sa pravom ozbiljnim nedostatkom (De Stefano, 2018: 4). Kvalitativni aspekt integracije veštačke inteligencije na mestima rada je svakako uticaj na socijalno blagostanje na radu, uključujući i implikacije na mentalno zdravlje i mentalnu dobrobit u radnoj organizaciji, kao i na bezbednost i zdravlje na radu uopšte.

Kao poseban oblik stresa na radu koji je povezan sa digitalizacijom, automatizacijom i korišćenjem sistema veštačke inteligencije na mestima rada identifikovan je tzv. *tehnološki stres*, koji, iako nije reč o novom pojmu svojstvenom radu u digitalno

doba, danas sve više dobija na značaju sa aspekta uvođenja u tradicionalne sisteme bezbednosti i zdravlja na radu kao posebna vrsta psihosocijalnog rizika. Naime, pojam tzv. tehnostresa prvi put se javlja još 1984. godine u radnopravnoj teoriji i definiše se kao „svaki negativan uticaj na stavove, mišljenja i ponašanje ili pak na psihološko stanje zaposlenog, odnosno radno angažovanog lica, koji je direktno ili indirektno povezan sa tehnologijom”, a koji uključuje pet tehnostresora – tehnološko preopterećenje, tehnološku invaziju u smislu narušavanja privatnosti pod uticajem tehnologije, tehnološku kompleksnost, tehnološku nesigurnost, tj. osećaj ugroženosti zbog tehnologije i tehnološku neizvesnost (Ponse del Castillo & Taes, 2025: 348).

Uzimajući u obzir navedene oblike tehnostresora, uz ostale savremene psihosocijalne rizike i njihovu sve izraženiju prisutnost u digitalizovanom radnom okruženju, postaje jasno da uticaj veštačke inteligencije i automatizovanih sistema na mentalno zdravlje zaposlenih ne može ostati u domenu organizacione psihologije ili upravljanja ljudskim resursima, već zahteva jasnu pravnu artikulaciju. Tehnološki stres, kao specifičan psihosocijalni rizik, ukazuje na potrebu redefinisavanja tradicionalnih koncepata profesionalnog rizika i proširenja normativnog okvira bezbednosti i zdravlja na radu na mentalne i kognitivne aspekte radnog opterećenja. U tom smislu digitalna transformacija rada postavlja pitanje adekvatnosti postojećih radnopravnih mehanizama zaštite, posebno u pogledu obaveze poslodavca da proceni i prevenira rizike koji proizilaze iz algoritamskog upravljanja, stalne dostupnosti, tehnološke kompleksnosti i nadzora zasnovanog na podacima. Stoga se postavlja pitanje ne samo adekvatnosti postojećih radnopravnih mehanizama već i njihove normativne potpunosti – da li pravni režimi bezbednosti i zdravlja na radu eksplicitno prepoznaju i sistematski uređuju psihosocijalne rizike kao pravno relevantnu kategoriju. U tom smislu zaštita mentalnog zdravlja u digitalnom radnom okruženju nameće potrebu za jasnijim normativnim standardima, preciznijim definisanjem obaveza poslodavca u oblasti procene i prevencije psihosocijalnih rizika, kao i za integracijom mentalnog blagostanja u širi koncept socijalnog prava na dostojanstven i bezbedan rad.

5. ZAŠTITA BEZBEDNOSTI I ZDRAVLJA NA RADU – PRAVNI ASPEKTI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA I OSTVARIVANJE SOCIJALNOG BLAGOSTANJA

U savremenoj pravnoj teoriji i praksi zaštita bezbednosti i zdravlja na radu (BZR) više se ne posmatra isključivo kroz fizičke povrede ili tradicionalne rizike po život i telesni integritet zaposlenih i radno angažovanih lica, već uključuje i zaštitu mentalnog zdravlja i upravljanje psihosocijalnim rizicima kao centralne komponente pravno utemeljenog i humanog radnog okruženja. Stručna literatura ukazuje da tradicionalni regulatorni sistemi, iako zasnovani na principu bezbednosti i opšte odgovornosti poslodavca, često ne predviđaju konkretne mehanizme za prevenciju psihičkih povreda i mentalnih oboljenja na radu i onih povezanih sa radom, što stvara normativnu prazninu koju savremeni pravni instrumenti nastoje popuniti kroz integrisano upravljanje psihosocijalnim rizicima i jasno definisane obaveze poslodavaca prema zaposlenima-radnicima (Rodrigues, Dal & Ventura, 2023).

Komparativne pravne analize pokazuju da razvijeni pravni sistemi, uključujući države članice Evropske unije i Kanadu i Japan, sve češće uspostavljaju posebne zakonske okvire za zaštitu mentalnog zdravlja na radu. Ovi zakoni ne fokusiraju se isključivo na naknadu štete zbog povreda mentalnog zdravlja na radu, već predviđaju kontinuiranu procenu psihosocijalnih faktora, preventivne politike, obavezne obuke zaposlenih i rukovodilaca, kao i sistemsku podršku mentalnom zdravlju radnika uopšte. Time se pravni režim transformiše u instrument ne samo individualne zaštite već i radno-socijalne politike, omogućavajući proaktivnu zaštitu radnika u skladu sa principima moderne zaštite na mestima rada (Makarevičienė et al., 2023; Mishiba, 2022).

Na međunarodnom nivou smernice Međunarodne organizacije rada i minimalni standardi Evropskog parlamenta pro-

movišu usaglašavanje zaštite mentalnog blagostanja zaposlenih i radno angažovanih lica. Ovi standardi definišu osnovne pravne obaveze poslodavaca, uključujući procenu i upravljanje psihosocijalnim rizicima, ali i prava zaposlenih na podršku, rehabilitaciju i reintegraciju u slučaju mentalnih poremećaja. Takav pristup dalje omogućava integraciju prevencije, zaštite i promocije mentalnog zdravlja u pravni okvir BZR, na način koji osigurava doslednu primenu normi na nacionalnom i međunarodnom nivou (Makarevičienė et al., 2023; Rodrigues et al., 2023).

Pravni značaj takvog pristupa dodatno se osnažuje kroz njegovu ulogu u ostvarivanju *socijalnog blagostanja na radu*. Koncept blagostanja, koji je prvobitno razvijen u okviru funkcije države blagostanja 30-ih godina 20. veka, i dalje je nedovoljno definisan kako u teorijskom tako i u praktičnom smislu. Osim toga, neujednačenost u pristupu konceptu blagostanja doprinosi nadalje ograničenoj normativnoj prepoznatljivosti elemenata zaštite mentalnog zdravlja koji su često subjektivni i stoga teško merljivi unutar tradicionalnih sistema bezbednosti i zdravlja na radu. Naime, definicije blagostanja kreću se od čisto ekonomskih indikatora do filozofskog poimanja sreće i individualne satisfakcije, kako na mikro nivou tako i na makro. Savremeni pristupi sagledavaju blagostanje ne samo kao sredstvo za obezbeđivanje pristupa socijalnim uslugama i beneficijama već i kao prepoznatljiv model kojim se promoviše psihološko zadovoljstvo i kvalitet života zaposlenih i radno angažovanih lica (Greve, 2008: 69).

Pored toga, savremena literatura ukazuje da je društveno-psihološki kontekst radnog mesta ključan za sveobuhvatno ostvarivanje bezbednosti i zdravlja na radu, jer socijalno blagostanje zaposlenih direktno utiče na njihove kognitivne, emocionalne i ponašajne resurse potrebne za prepoznavanje i upravljanje rizicima na radu. Empirijske studije ukazuju da socijalna podrška, pozitivna kultura organizacije i inkluzivno radno okruženje ne samo da smanjuju pojavu stresa i sindroma sagorevanja na radu već i poboljšavaju sposobnost zaposlenih da se angažuju u bezbednosno orijentisanim ponašanjima i smanjenju incidenata (Daniels, Watson & Gedikli, 2017; Lancman et al., 2024). Mentalno zdravlje se takođe prepoznaje kao determinanta pro-

duktivnosti i efektivnosti u radu, pri čemu narušeno mentalno blagostanje može dovesti do povećanog odsustva i smanjenja sposobnosti za adekvatnu procenu i reagovanje na opasnosti iz radne sredine (de Oliveira et al., 2023; Lancman et al., 2024). U pravnom kontekstu integracija psihosocijalnih aspekata zdravlja u BZR politike i procese procene i upravljanja rizicima postaje neophodna ne samo radi zaštite pojedinca-radnika već i radi ispunjavanja međunarodnih standarda i preporuka za holistički pristup bezbednosti i zdravlju na radu.

Moderni pravni režimi stoga ne obezbeđuju samo pravnu zaštitu zaposlenih nego istovremeno doprinose produktivnosti i održivosti organizacija kroz smanjenje odsustva sa rada, prevenciju mentalnih poremećaja i unapređenje psihološkog zdravlja zaposlenih, što je u skladu sa principima integrisanog pristupa BZR koji naglašava i fizičko, i mentalno, i socijalno blagostanje kao merilo ukupne zaštite. Razvijeni pravni sistemi koji definišu standarde zaštite mentalnog zdravlja na radu utvrđuju obaveze za poslodavce ne samo na sprečavanje povreda na radu i rizika po fizički integritet i fizičko zdravlje već i na prepoznavanje i upravljanje psihosocijalnim rizicima, što doprinosi celokupnoj organizacionoj otpornosti i razvoju kulture bezbednosti (Mishiba, 2022). Jedan od (pravnih) razloga za ovakav pravac jeste međunarodna tendencija ka priznanju da rad ne može biti održiv ako zanemaruje mentalno zdravlje zaposlenih. Tako, na primer, dokumenti Svetske zdravstvene organizacije ukazuju da mentalno zdravlje značajno utiče na produktivnost i socijalnu inkluziju radne snage, te da bi zakonska regulativa trebalo da obuhvata i adresira i psihosocijalne rizike kod definisanja uslova rada (WHO, 2022). U pravno-analičkom kontekstu ovo podrazumeva preklapanje i sinergiju između normi iz oblasti radnog prava vezanih za šire uslove rada u pogledu radnog vremena, odmora i odsustva, zatim mehanizme antidiskriminacione zaštite, kao i specifične standarde BZR, čime se stvara pravni okvir koji valorizuje celovito zdravlje radnika i smanjuje društvene i ekonomske troškove povezane s lošim mentalnim zdravljem.

Stoga se sa aspekta unapređenja tradicionalnih modela bezbednosti i zdravlja na radu mogu izdvojiti sledeće opšte

preporuke: (1) eksplicitno uključivanje procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima u kontekstu prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u nacionalne BZR propise i standarde (makrozakonski nivo), shodno studiji o minimalnim zahtevima za zaštitu mentalnog zdravlja u EU kontekstu ; (2) razvoj smernica i mehanizama za primenu postojećih pravnih obaveza na organizacionom nivou koje pomažu poslodavcima pri identifikaciji, proceni i otklanjanju faktora rizika po mentalno zdravlje, a sve u skladu sa međunarodnim okvirima i standardima prakse; (3) jačanje mehanizama nadzora i sankcija u slučaju nepoštovanja preventivnih mera kako bi se efikasno sprovedo pravno obavezivanje poslodavaca u interesu zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, kao i prava radnika i (4) promovisanje interdisciplinarnog, holističkog i integrativnog pristupa adresiranju mentalnog zdravlja na radu koji uključuju eksperte pravne struke, stručnjake za oblast BZR, organizacione psihologe, kao i predstavnike zaposlenih kod kreiranja inkluzivnih politika rada koje podržavaju psihološko i posledično socijalno blagostanje kao ključni element bezbednog i zdravog radnog okruženja.

5.1. PRAVNI REŽIM ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU

Pravni režim zaštite mentalnog zdravlja na radu obuhvata skup normativnih rešenja i standarda koji imaju za cilj da osiguraju bezbedno, zdravo i psihološki podsticajno radno okruženje, uključujući obaveze poslodavaca u pogledu identifikacije, prevencije i upravljanja psihosocijalnim faktorima, odnosno rizicima koji mogu negativno uticati na mentalno zdravlje zaposlenih, odnosno radno angažovanih lica. Naime, pravni režim bezbednosti i zdravlja na radu, uključujući i domen mentalnog zdravlja, karakteriše regulisanje prvenstveno heteronomnim izvorima prava, odnosno zakonima i podzakonskim opštim aktima koji uključuju uredbe i pravilnike i tehničke standarde u oblasti BZR, a donose se kako *ratione personae* tako i *ratione materiae* (Lubarda, 2018: 148). Tako je u većini pravnih sistema zaštita mentalnog zdravlja integrisana u opšte zakone o bezbednosti i zdravlju na radu

koji propisuju da poslodavci imaju obavezu osiguranja radnog okruženja bez rizika po bezbednost i zdravlje na radu, pri čemu su rizični faktori shvaćeni šire od fizičkih opasnosti i uključuju i psihološke i socijalne aspekte rada (Directive 89/391/EEC; WHO, 2022). S tim u vezi, akademske studije i javnopolitički dokumenti naglašavaju značaj normativnih rešenja kojima se utvrđuje obaveza za poslodavce da prepoznaju i upravljaju psihosocijalnim rizicima, sa ciljem prevencije i sprečavanja nastanka psihosocijalne štete koja uključuje stres na radu, sindrom sagorevanja na radu i druge oblike narušavanja stanja mentalnog zdravlja, pri čemu se ističe ne samo obaveza eliminisanja štetnih posledica po zdravlje radnika nego i unapređenje organizacione efikasnosti, ali i smanjenje ekonomskih troškova povezanih sa odsustvima i redukovanom produktivnošću (Deady et al., 2024). Naime, integracija pravnih, organizacionih, javnozdravstvenih i ekonomskih aspekata od ključnog je značaja za normiranje mentalnog zdravlja na radu, sagledavanjem sa stanovišta pravnog režima bezbednosti i zdravlja na radu.

U okviru savremenog pravnog režima bezbednosti i zdravlja na radu zaštita zdravlja radno angažovanih lica zasniva se na opštem principu prevencije i procene rizika koji obavezuje poslodavca da identifikuje, proceni i otkloni sve faktore koji mogu ugroziti fizički i psihički integritet radnika. Pri tome se termini „zdravlje” i „bezbednost” smatraju komplementarnim i ostvaruju se primenom određenih mera i sredstava koje se u pravnoj teoriji kvalifikuju kao opšte, kolektivne vs. posebne, individualne, uz moguće uključivanje i tzv. prethodnih mera, dok se sadržajno mogu kvalifikovati kao tehničke, organizacione, zdravstvene, psihosocijalne, ergonomske i sl. (Lubarda, 2018: 145).

Sa druge strane, normativni okvir BZR u komparativnom pravu sve više se zasniva na *konceptu integrisanog upravljanja rizicima*, pri čemu se zdravlje ne shvata isključivo kao odsustvo telesne, fizičke povrede, već kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, u skladu sa definicijom Svetske zdravstvene organizacije (WHO, 2022). U tom smislu pravni režim BZR evoluira od tradicionalnog modela reaktivne zaštite – usmerenog na naknadno saniranje štete – ka preventivnom i

proaktivnom modelu koji naglašava sistemsku procenu radnih uslova, organizaciju rada i kulturu bezbednosti kao ključne elemente zaštite. Osim toga, pored preventivne i zaštitne funkcije, savremeni pravni režim bezbednosti i zdravlja na radu sve više afirmiše i promotivni koncept zaštite mentalnog zdravlja koji podrazumeva normativno podsticanje razvoja pozitivne organizacione kulture, jačanje psihološke otpornosti zaposlenih i unapređenje uslova rada koji aktivno doprinose njihovom socijalnom blagostanju, čime se pravo na bezbedno radno okruženje transformiše iz minimalnog standarda zaštite u instrument održivog i inkluzivnog razvoja.

Savremeni međunarodni i regionalni standardi, uključujući Okvirnu direktivu 89/391/EEC, uspostavljaju opštu obavezu poslodavca da obezbedi sigurnost i zdravlje radnika u svim aspektima u vezi sa radom, čime se normativno potvrđuje široko razumevanje pojma „zdravlja“ u kontekstu rada. Takav pristup podrazumeva kontinuiranu i dokumentovanu procenu rizika, primenu proporcionalnih i adekvatnih preventivnih mera, kao i integraciju zaštite zdravlja u organizacionu strukturu i procese upravljanja. Time se afirmiše načelo sveobuhvatne zaštite zdravlja kao temeljno pravno načelo BZR koje prevazilazi sprečavanje fizičkih povreda i obuhvata i psihosocijalne dimenzije rada kao sastavni deo savremenog koncepta bezbednog i dostojanstvenog radnog okruženja.

5.2. PRAVA I OBAVEZE ZAPOSLENIH I POSLODAVACA

Normativna konstrukcija zaštite mentalnog zdravlja na radu ne iscrpljuje se u apstraktnom proklamovanju prava na bezbedno i zdravo radno okruženje u domenu mentalnog zdravlja, već se operacionalizuje kroz precizno definisan sistem uzajamnih prava, obaveza i odgovornosti poslodavaca i zaposlenih. U okviru savremenog režima bezbednosti i zdravlja na radu pravni odnos između ovih subjekata zasniva se na podeli odgovornosti, odnosno na obavezi saradnje (predstavnika) zaposlenih i poslodavca

(Lubarda, 2018: 149), s tim da uloga poslodavca ipak ostaje dominantna. Poslodavac pored faktičke dominacije koja proističe iz superiornosti njegovog ekonomskog položaja ima izraženu pravnu dominaciju koja se ogleda „u normativno priznatim ovlašćenjima za organizaciju, upravljanje i kontrolu rada zaposlenih“ (Kovačević, 2021: 49) i koja proističe iz njegove uloge nosioca normativne, upravljačke i disciplinske vlasti u radnopravnom odnosu i načela subordinacije.

Mentalno zdravlje zaposlenih, odnosno radno angažovanih lica, kao integralni deo pojma „zdravlja“ u kontekstu rada i radnog odnosa, zahteva da se tradicionalne obaveze poslodavca koje uključuju procenu i upravljanje rizicima *tumače ekstenzivno*, obuhvatajući i psihosocijalne faktore koji proizilaze iz organizacije rada, radnog opterećenja, hijerarhijskih odnosa i kulture rada. Navedeno normativno rešenje odražava transformaciju prava bezbednosti i zdravlja na radu od tradicionalnog modela usmerenog pretežno na tehničke aspekte zaštite od fizičkih povreda na radu ka integrisanom sistemu koji prepoznaje mentalno zdravlje kao pravno zaštićeno dobro.

Istovremeno zaposleni nisu isključivo i jedino pasivni korisnici tako uspostavljene zaštite, već subjekti sa pravom na informisanje, konsultovanje i učešće u pitanjima koja se odnose na njihovu bezbednost i zdravlje na radu, ali i sa obavezom da poštuju propisane mere i primenjuju sredstva zaštite, što istovremeno predstavlja i njihovo pravo, čime u krajnjem doprinose održavanju bezbednog i sigurnog radnog okruženja.

U tom kontekstu razmatranje prava i obaveza poslodavaca i zaposlenih predstavlja ključnu pretpostavku za analizu standarda dužne pažnje (*duty of care*)⁶ kao centralnog instituta odgovor-

⁶ Standard dužne pažnje nastao je inicijalno u okviru građanskog prava *common law* pravnog sistema i označava pravnu obavezu postupanja sa odgovarajućim stepenom pažnje radi zaštite bezbednosti i integriteta drugog lica. Njegov pravni značaj posebno je afirmisan u presudi britanskog Doma lordova u predmetu Donahju protiv Stivenzona (*Donoghue vs. Stevenson*, 1932) koja se smatra prekretnicom u razvoju savremenog deliktneog prava. U navedenoj odluci lord Atkin je upotrebio izraz „dužnost pažnje“ (*duty of care*) kako bi označio obavezu koja proizilazi iz dotadašnje sudske prakse, a koja se sastoji u tome da se „preduzme razumna pažnja kako bi se izbegle radnje

nosti poslodavca u oblasti zaštite bezbednosti i zdravlja, uključujući i zaštitu mentalnog zdravlja na radu. Princip dužne pažnje u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu tradicionalno je razvijan u okviru anglosaksonskog pravnog sistema u kome predstavlja centralni standard za ocenu odgovornosti poslodavca u slučaju povrede obaveza zaštite zaposlenih (Foster et al., 2014: 10).

Sa druge strane, *princip dužne pažnje* razvijen je i prihvaćen dominantno iz anglosaksonskog pravnog sistema u evropskom pravu kao posebna forma dužnosti direktora u okviru korporativnog upravljanja, naročito u situacijama kada se utvrđuje nepostojanje razumnog stepena pažnje prilikom donošenja poslovnih odluka (Vasiljević, 2007: 145). Ipak konceptualno određenje instituta dužne pažnje u oblasti korporativnog upravljanja i dužnosti direktora i dalje predstavlja predmet teorijskih rasprava, pri čemu se savremena pravna formulacija ovog standarda najčešće vezuje za razvoj američke sudske prakse i stavove Američke advokatske komore krajem sedamdesetih godina 20. veka (Vasiljević, 2007: 157). Shodno toj definiciji, koja se u bitnim elementima održala do danas, obaveza dužne pažnje direktora podrazumeva savesno, informisano i zakonito postupanje prilikom donošenja korporativnih odluka, pri čemu se odgovornost direktora isključuje čak i u slučaju nastupanja štete ili povećanja troškova za društvo ukoliko je odluka doneta razumno u konkretnim okolnostima, bez sukoba interesa i uz opravdano uverenje da se postupa u najboljem interesu društva (Vasiljević, 2007: 157).

Posmatrano iz šire pravno-teorijske perspektive, ovako shvaćen standard dužne pažnje prevazilazi okvire korporativnog prava i postaje opšti normativni model *odgovornog odlučivanja*

ili propuštanja za koja se razumno može predvideti da bi mogla naneti štetu bližnjem". Vremenom je ovaj koncept postao prvi od tri ključna elementa koje tužilac mora dokazati radi uspeha u građanskopravnom sporu zasnovanom na nepažnji (*negligence*), pri čemu se, pored postojanja dužne pažnje, zahteva i dokazivanje povrede te obaveze (*breach of duty*), kao i uzročne veze između povrede obaveze i nastale štete (*causation*). U tom smislu standard dužne pažnje predstavlja osnovni kriterijum za ocenu protivpravnosti i odgovornosti u savremenom sistemu građanskopravne odgovornosti (Foster et al., 2014: 10).

zasnovan na anticipaciji rizika i razumnom upravljanju neizvesnošću. Upravo zbog toga savremeno evropsko radno i javno pravo sve češće preuzima ovaj koncept kao metodološki obrazac za određivanje obima obaveza poslodavca, naročito u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu. U tom kontekstu standard dužne pažnje transformiše se iz pravila korporativne odgovornosti u preventivni standard profesionalnog postupanja koji od poslodavca zahteva da aktivno identifikuje, procenjuje i sprečava rizike po fizičko i mentalno zdravlje zaposlenih, uključujući i psihosocijalne rizike.

Time se odgovornost poslodavca ne zasniva isključivo na nastupanju štete, već na proceni da li je preduzeo sve razumno očekivane mere koje proizilaze iz stručnih saznanja, organizacionih standarda i pozitivnih propisa u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu. Standard dužne pažnje tako postaje ključna spona između korporativnog upravljanja, radnog prava i sistema bezbednosti i zdravlja na radu, jer uspostavlja obavezu kontinuirane prevencije, organizacione odgovornosti i razvoja sigurnosne i etičke kulture rada kao sastavnog dela savremenog koncepta zaštite zaposlenih.

Tako ovaj princip sve izraženije dobija interpretativni značaj i u evropsko-kontinentalnim pravnim sistemima, naročito u kontekstu utvrđivanja povrede prava i obaveza u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, kao i standarda profesionalne odgovornosti i predvidljivosti rizika (Foster et al., 2014: 10). Naime, tek kroz konkretizaciju prava i obaveza zaposlenih i poslodavaca postaje vidljivo na koji način se opšta načela bezbednosti i zdravlja na radu prevode u pravno obavezujuće standarde postupanja koji imaju za cilj prevenciju psihološke, mentalne štete, očuvanje dostojanstva zaposlenih i uspostavljanje održivog radnog okruženja.

Ovde valja naglasiti da opšta načela bezbednosti i zdravlja na radu, čija kompleksnost jeste posledica njihove multidimenzionalne prirode, tj. u pitanju je oblast koja uključuje medicinske, prirodne nauke (kako fiziologiju i toksikologiju tako i ergonomiju, ali i fiziku i hemiju), kao i tehnološke, zatim društvene nauke, odnosno ekonomiju i pravo, te druge oblasti u zavisnosti od industrije i sektora u pitanju, znatno otežava identifikaciju osnovnih

principa, uključujući i prava i obaveze svih relevantnih subjekata – poslodavaca, zaposlenih i države (Alli, 2008: 17). U tom kontekstu osnovni principi BZR u opštem smislu obuhvataju prava zaposlenih na sigurno i zdravo radno okruženje, obavezu poslodavaca da osiguraju bezbedne uslove rada, kao i dužnost države da uspostavi i implementira politike, sisteme i programe zaštite (Alli, 2008: 17–19). Ovi principi se zasnivaju na prevenciji rizika, promociji zdravlja, obezbeđivanju zdravstvenih i rehabilitacionih službi, edukaciji i kontinuiranom unapređenju praksi, uz aktivno uključivanje svih relevantnih aktera i razmenu informacija, čime se osigurava poštovanje prava i odgovornosti u funkciji unapređenja socijalnog i profesionalnog blagostanja (Alli, 2008: 17–19). S tim u vezi, ključni elementi koncepta bezbednosti i zdravlja na radu mogu se identifikovati kao informisanost, obrazovanje i obuka, kontinuirano unapređenje i konsultacija svih zainteresovanih strana.

Sa druge strane, normativna analiza prava i obaveza u oblasti zaštite mentalnog zdravlja na radu zahteva sagledavanje njihove funkcionalne povezanosti sa opštim načelima radnog prava, naročito sa načelom zaštite slabije strane u radnom odnosu, načelom prevencije i načelom proporcionalnosti. Mentalno zdravlje zaposlenih, kao pravno zaštićeno dobro, ne može biti prepušteno isključivo autonomiji volje ugovornih strana ili internim politikama poslodavca, već predstavlja predmet imperativne regulacije koja ograničava diskreciona ovlašćenja poslodavca u organizovanju rada, zbog čega se i ova oblast primarno uređuje heteronomnim izvorima prava. Imajući u vidu multidimenzionalnu prirodu standarda bezbednosti i zdravlja na radu, kombinaciju tehničkih, organizacionih i pravnih mera i sredstava, regulisanje zahteva kombinaciju heteronomnih i autonomnih pravila postupanja. Na taj način dolazi do uspostavljanja standarda postupanja koji prevazilazi minimalnu formalnu usklađenost sa propisima i zahteva stvarnu, efektivnu i kontinuiranu brigu o radnom okruženju. Upravo u tom organizaciono-normativnom okviru razvija se sadržaj i domašaj principa, tj. obaveze dužne pažnje, kao konkretizovanog izraza odgovornosti poslodavca za očuvanje psihičkog, mentalnog i duhovnog integriteta zaposlenih.

Osim toga, zaštita mentalnog zdravlja na radu prevazilazi isključivo individualno-pravni odnos poslodavca i zaposlenog i zadobija dimenziju javnog zdravlja. Radno okruženje predstavlja jednu od ključnih socijalnih determinanti zdravlja, pa narušavanje mentalnog zdravlja zaposlenih proizvodi posledice koje se reflektuju ne samo na pojedinca i organizaciju već i na zdravstveni sistem, tržište rada i širu društvenu zajednicu. U tom smislu obaveza brige za zdravlje dobija širi normativni okvir – poslodavac je neposredno odgovoran za uslove rada – dok država i društvena zajednica kroz javne politike, regulatorne mehanizme i nadzor imaju dužnost da obezbede sistemsku zaštitu zdravlja koja uključuje i zdravlje na radu kao njegov integralni deo. Takva višeslojna odgovornost potvrđuje da je mentalno zdravlje na radu ne samo pitanje radnog prava već i segment javnozdravstvene politike, čime se dodatno učvršćuje standard dužne pažnje u zaštiti mentalnog zdravlja kao instrument zaštite pojedinca i očuvanja opšteg društvenog blagostanja.

5.2.1. Obaveze i prava poslodavaca – prema zaposlenima, njihovim predstavnicima i trećim licima

U okviru pravnog režima zaštite mentalnog zdravlja na radu institut dužne pažnje predstavlja centralni okvir odgovornosti poslodavca. Ova obaveza proizilazi iz opšteg principa da je poslodavac dužan da omogući bezbednost i zdravlje radnika u svim aspektima na radu i u vezi sa radom, pri čemu se pojam zdravlja tumači ekstenzivno, obuhvatajući i mentalno zdravlje i socijalno blagostanje (Directive 89/391/EEC, 1989; WHO, 2022). U pravnoj teoriji standard dužne pažnje definiše se kao obaveza pažnje i predostrožnosti koja podrazumeva preduzimanje svih razumnih, primerenih i proporcionalnih mera radi sprečavanja predvidljivih rizika, uključujući i psihosocijalne rizike koji proističu iz organizacije rada, međuljudskih odnosa i upravljačkih praksi (Foster et al., 2014: 10). U evropskom pravnom prostoru ovaj standard se sve češće dovodi u vezu sa obavezom obezbeđivanja blagostanja na radu koje obuhvata ne samo fizičku bezbednost

zaposlenih već i očuvanje njihovog mentalnog i emocionalnog integriteta (FERMA, 2017; Foster et al., 2014). Iz tog razloga standard dužne pažnje valja sagledati u kontekstu zaštite mentalnog zdravlja i bezbednosti na radu kao normativni kriterijum za ocenu zakonitosti postupanja poslodavca, naročito u pogledu procene rizika, organizacije rada, prevencije stresa i uznemiravanja na radu i drugih psihosocijalnih šteta po mentalno zdravlje zaposlenih, ali i kod uspostavljanja delotvornih mehanizama interne zaštite i pravne odgovornosti u slučaju propuštanja preduzimanja adekvatnih mera.

Standard dužne pažnje u kontekstu bezbednosti i zaštite mentalnog zdravlja na radu normativno je konkretizovan u belgijskom zakonodavnom okviru donošenjem Zakona o blagostanju radnika pri izvršavanju rada (1996), koji predstavlja jedan od ranijih i sistemski razrađenih modela integracije koncepta blagostanja u radnopravnu regulativu. U okviru ovog zakona standard dužne pažnje podrazumeva obavezu poslodavca da pojedinačne ugovore o radu tumači i primenjuje u kontekstu prirode posla, uslova i organizacije rada, uz stalnu brigu o blagostanju i dobrobiti zaposlenih, nezavisno od mesta na kojem se rad obavlja (FERMA, 2014: 9).

U belgijskom pravu dužna pažnja ne iscrpljuje se u formalno-pravnoj obavezi, već poprima šire pravno značenje koje obuhvata i etičku dimenziju odgovornog postupanja poslodavca prema zaposlenima, pri čemu se obaveza pažljivog postupanja reflektuje i na međusobne odnose zaposlenih u radnoj sredini. Navedeni zakon kvalifikuje standard dužne pažnje kao obaveznu preventivnu meru, uspostavljajući zakonsku obavezu za svakog poslodavca da preduzima neophodne i primerene mere radi unapređenja blagostanja radnika na radu (FERMA, 2014: 9).

Pojam radnog mesta, shodno Zakonu o blagostanju radnika pri izvršavanju rada (1996), definisan je široko – kao svako mesto na kojem se rad faktički obavlja – te nije ograničen isključivo na poslovne prostorije poslodavca niti na teritoriju jedne države. Time se standard dužne pažnje proširuje i na različite oblike organizacije rada, uključujući rad na daljinu i prekogranični rad. Zakon se u doktrini prepoznaje kao nacionalni okvir upravljanja

blagostanjem na radu, budući da obuhvata sve relevantne faktore koji utiču na uslove rada – zaštitu fizičkog i mentalnog zdravlja, psihosocijalne aspekte rada (posebno stres, uznemiravanje i nasilje na radu), ergonomske zahteve, higijenu rada, kao i druge elemente radne sredine koji mogu uticati na bezbednost i dostojanstvo zaposlenih (FERMA, 2014: 9).

Sa druge strane, savremena akademska literatura ukazuje da se sadržaj obaveze dužne pažnje ne iscrpljuje u reaktivnom postupanju nakon nastupanja štete, već da uključuje i proaktivnu procenu i upravljanje rizicima, sistemsku identifikaciju faktora stresa na radu, kao i drugih psihosocijalnih faktora rizika po mentalno zdravlje, te uspostavljanje mehanizama podrške zaposlenima, uz aktivno učešće samih zaposlenih u smislu brige za sopstveno mentalno zdravlje (Hayashi et al., 2025). Time se standard dužne pažnje transformiše iz profesionalno-etičke obaveze izbegavanja štete u normativni standard upravljanja radnim okruženjem koji integriše preventivne, organizacione i edukativne mere.

U tom smislu obaveza poslodavca kod zaštite mentalnog zdravlja na radu ima trostruku dimenziju: (1) preventivnu – koja podrazumeva procenu i minimizaciju psihosocijalnih rizika; (2) zaštitnu – koja se odnosi na reagovanje u situacijama narušavanja mentalnog zdravlja zaposlenih, uključujući sprečavanje uznemiravanja, diskriminacije i drugih oblika psihološke štete poput anksioznosti, depresije, sindroma sagorevanja na radu i sl. i (3) promotivnu – koja uključuje kreiranje radnog okruženja koje aktivno podstiče psihološko i socijalno blagostanje i organizacionu kulturu zasnovanu na poštovanju i participaciji (WHO, 2022).

Pravno posmatrano, obaveza dužne pažnje prema zaposlenima proteže se i na njihove predstavnike kroz obavezu informisanja i konsultovanja, uključivanja u procese donošenja odluka relevantnih za bezbednost i zdravlje na radu, kao i prema trećim licima čije aktivnosti mogu uticati na radno okruženje. Ova dimenzija potvrđuje da zaštita mentalnog zdravlja nije isključivo individualno pravo zaposlenog, već deo šireg sistema kolektivne bezbednosti i organizacione odgovornosti. Akademske analize ukazuju da dosledna primena ovog standarda doprinosi

smanjenju pravnih rizika za poslodavce, ali i unapređenju organizacione održivosti kroz smanjenje odsustava sa rada i povećanje radne angažovanosti (Scott & Freckelton, 2023).

Na ovom mestu, radi isticanja normativnog značaja standarda dužne pažnje i njegove praktične primene u sudskoj praksi, posebno je relevantno osvrnuti se na presudu Vrhovnog suda Australije. U članku Skot & Frekelton (Scott & Freckelton, 2023) detaljno se analizira predmet Kozarov protiv Viktorije (*Kozarov v Viktorija*) iz 2022. godine, pri čemu se naglašava doprinos sudske prakse razvoju pravnog instituta obaveze poslodavca da zaštiti zaposlene od psihičkih povreda izazvanih sekundarnom, indirektnom traumom. Sud je u ovom predmetu utvrdio da je Viskonsinska kancelarija javnog tužilaštva bila upoznata sa rizikom, koji se mogao predvideti, od psihološke štete po zaposlenog advokata angažovanog u Specijalnoj jedinici za seksualne prestupnike usled kontinuiranog izlaganja traumatičnim događajima. Ovim je potvrđeno da obaveza poslodavca obuhvata preduzimanje razumnog skupa preventivnih mera – uključujući ali ne ograničavajući se na premeštaj zaposlenog na manje traumatične zadatke – u cilju sprečavanja nastanka štete. Presuda dalje ističe da ova dužnost nije ograničena na situacije u kojima postoje očigledni znaci psihološke povrede kod zaposlenog, već se aktivira i preventivno, od samog početka radnog angažovanja, kada je rizik inherentan prirodi posla. Naime, iz ovakvog pravnog okvira, proizilazi jasna obaveza poslodavca da kontinuirano procenjuje i upravlja rizicima po mentalno zdravlje zaposlenih, čime presuda Kozarov protiv Viktorije postaje ključni pravni presedan u oblasti radnog prava i zaštite mentalnog zdravlja na radu u kontekstu naglašavanja obaveze prevencije psihosocijalnih šteta i odgovornosti poslodavaca.

Tako standard dužne pažnje u oblasti zaštite mentalnog zdravlja na radu predstavlja ključni normativni most između opštih principa bezbednosti i zdravlja na radu i konkretnih organizacionih politika i procedura. On ne samo da definiše pravnu odgovornost poslodavca već integriše profesionalne i etičke dužnosti unutar radnog okruženja, naglašavajući da mentalno zdravlje zaposlenih uživa isti pravni status i zaštitu kao i fizičko

zdravlje. Sudska praksa, naročito presuda Vrhovnog suda Australije u predmetu Kozarov protiv Viktorije (Scott & Freckelton, 2023), jasno potvrđuje da obaveza poslodavca uključuje preventivno prepoznavanje i upravljanje rizicima od sekundarne traume, čime se standard dužne pažnje praktično operacionalizuje. Ovakav pristup odražava i međunarodne trendove u zaštiti mentalnog zdravlja na radu, gde se u smernicama Svetske zdravstvene organizacije i Međunarodne organizacije rada naglašava potreba za sistematskim i proaktivnim merama zaštite psihičkog blagostanja zaposlenih (WHO, 2022).

U pravnoj teoriji obaveze poslodavca u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu mogu se u opštem smislu klasifikovati na (a) pozitivne i (b) negativne. Pozitivne obaveze obuhvataju: (1) obaveze prema zaposlenima, predstavnicima zaposlenih ili sindikatima, kao i prema internim institucijama zaduženim za zaštitu bezbednosti i zdravlja na radu i (2) obaveze prema eksternim organima, uključujući inspekciju rada, upravne agencije za bezbednost i zdravlje na radu, fondove obaveznog socijalnog osiguranja, te tripartitne institucije za bezbednost i zdravlje na radu (Lubarda, 2018: 149). Negativne obaveze, sa druge strane, podrazumevaju zabranu izdavanja radnog naloga zaposlenom dok postoji neposredna i ozbiljna opasnost po bezbednost i zdravlje, zabranu izricanja disciplinskih sankcija u slučaju opravdanog neizvršenja rada, kao i zabranu da poslodavac zahteva od zaposlenih da učestvuju u troškovima zaštite bezbednosti i zdravlja na radu (Lubarda, 2018: 149).

Obaveze poslodavca prema predstavnicima zaposlenih, odnosno prema *sindikatima*, obuhvataju obavezu pravovremenog i potpunog obaveštavanja o rizicima, preventivnim merama i raspoloživim sredstvima zaštite, kao i obavezu konsultovanja o svim pitanjima vezanim za bezbednost i zdravlje na radu (Lubarda, 2018: 151–152). U savremenom kontekstu zaštite mentalnog zdravlja ove obaveze uključuju posebno obaveštavanje o psihosocijalnim rizicima, stresu i sekundarnoj traumi, kao i konsultovanje o primeni i efektivnosti mera zaštite mentalnog blagostanja zaposlenih, pri čemu poslodavac mora osigurati da su mere prilagođene specifičnostima radnog mesta i prirodi obavljanog posla.

Obaveze prema trećim licima i eksternim organima i institucijama podrazumevaju, s jedne strane, obavezu upozorenja trećih lica na opasna mesta i moguće posledice po zdravlje, uključujući uputstva za bezbedno kretanje i upotrebu radnog prostora (Lubarda, 2018: 152). S druge strane, obaveze prema eksternim institucijama, kao što su inspekcija rada i relevantne upravne agencije, uključuju obavezu prethodnog obaveštavanja o promenama tehnoloških postupaka koje bitno utiču na uslove rada i bezbednost, prijavu smrtnog ishoda, teških povreda ili kolektivnih nezgoda, kao i vođenje detaljne evidencije o radnim mestima sa povećanim rizikom, opasnim materijama, lekarskim pregledima, nastalim povredama i profesionalnim oboljenjima (Lubarda, 2018: 153). Vezano za obavezu vođenja evidencije, sve više se priznaje i obaveza praćenja faktora rizika koji mogu uticati na mentalno zdravlje zaposlenih, uključujući izloženost traumatičnim sadržajima, stresnim situacijama i psihosocijalnim rizicima, čime se normativno osigurava preventivna zaštita mentalnog zdravlja i osiguranje blagostanja na radu (Scott & Freckelton, 2023).

Naime, obaveze poslodavca prema predstavnicima zaposlenih i eksternim institucijama uključuju ne samo pravovremeno obaveštavanje i konsultovanje o rizicima, preventivnim merama i sredstvima zaštite već i sistematsko evidentiranje psihosocijalnih rizika na radnom mestu. Takve evidencije, koje se ostvaruju kroz tzv. kontrolne liste i standardizovane upitnike, kao što je Kopenhagenski psihosocijalni upitnik (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, COPSOQ), omogućavaju identifikaciju faktora stresa, sekundarne traume i drugih psihosocijalnih opterećenja. One tako postaju osnova za planiranje preventivnih mera i konkretnih intervencija u cilju zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih, čime se istovremeno standard dužne pažnje operacionalizuje i u domenu psihosocijalne zaštite i zaštite mentalnog zdravlja na radu (Nübling et al., 2005; Weigl et al., 2017).

5.2.1.1. *Pojam rizika na radu – procena i upravljanje psihosocijalnim faktorima rizika*

Savremeno shvatanje pojma rizika na radu prevazilazi tradicionalno razumevanje opasnosti kao isključivo fizičkih, hemijskih ili bioloških štetnosti i uključuje i psihosocijalne rizike. U međunarodnoj stručnoj literaturi i regulatornoj praksi psihosocijalni rizici definišu se kao aspekti dizajna, organizacije i upravljanja radom, ali i aspekti socijalnog i organizacionog konteksta rada koji imaju potencijal da izazovu psihološke, fizičke i socijalne posledice (EU-OSHA, 2012). U ovu kategoriju ubrajaju se prekomerni radni zahtevi, nejasne radne uloge, nizak stepen autonomije, nedovoljna podrška rukovodilaca, nesigurnost zaposlenja, loša komunikacija, uznemiravanje i zlostavljanje na radu, te neadekvatno upravljanje organizacionim promenama (EU-OSHA, 2012).

Međutim, u akademskoj literaturi naglašava se neophodnost distinkcije između pojmova psihosocijalnih faktora, psihosocijalnih rizika i psihosocijalne štete. Tako se pod psihosocijalnim faktorima podrazumevaju navedeni aspekti organizacije, dizajna i upravljanja radom (prekomerni zahtevi rada, nedostatak organizacione podrške, međusobni odnosi u organizaciji i sl.), s tim da psihosocijalni faktori po prirodi stvari nemaju sami po sebi negativnu niti pozitivnu konotaciju (Lerouge, 2025: 5). Sa druge strane, psihosocijalni rizici jesu navedeni faktori povezani sa organizacijom, dizajnom i upravljanjem radom za koje postoji visok stepen verovatnoće da će imati negativne posledice po bezbednost i zdravlje na radu, te da će uzrokovati i negativne organizacione posledice poput odsustva sa rada iz zdravstvenih razloga, smanjenje produktivnosti rada i proizvodnje ili ljudsku grešku (Lerouge, 2025: 5). Dakle, psihosocijalni rizici definišu se kao potencijalni psihosocijalni hazardi koji prouzrokuju povrede i oštećenja zdravlja zaposlenih i radno angažovanih lica (Lerouge, 2025: 5).

Iz pravne perspektive uključivanje psihosocijalnih faktora u koncept rizika na radu proizilazi iz evolucije standarda bezbednosti i zdravlja na radu koji danas obuhvataju i mentalno zdravlje zaposlenih kao sastavni deo opšte obaveze zaštite. Sam pojam psihosocijalnih rizika vezuje se za aktivnosti MOR-a

i 1986. godinu kada su psihosocijalni rizici definisani u kontekstu interakcije između prirode posla, organizacije i upravljanja radom, kao i uslova radne sredine, sa jedne, te sposobnosti i potreba radnika, sa druge strane (Hupke, 2012). U regionalnom kontekstu normativni okvir EU, utemeljen na Okvirnoj direktivi 89/391/EEZ, zasniva se na načelu sveobuhvatne procene rizika, bez ograničavanja na određene vrste rizika i štetnosti. Takav pristup podrazumeva da poslodavac mora identifikovati i proceniti sve rizike koji mogu uticati na bezbednost i zdravlje zaposlenih, uključujući i one psihosocijalne prirode (EU-OSHA, 2012; Jain, Torres, Teoh & Leka, 2022). Mentalno zdravlje se, dakle, pravno izjednačava sa fizičkom bezbednošću, čime procena psihosocijalnih rizika postaje deo zakonske obaveze, a ne pitanje dobre poslovne i organizacione prakse. Međutim, empirijska istraživanja sprovedena na nivou EU ukazuju da je još uvek nizak procenat poslodavaca, svega 20%, koji kod procene rizika na mestima rada uključuju i procenu psihosocijalnih rizika, te obaveštavaju zaposlene i predstavnike zaposlenih o mogućim posledicama po bezbednost i zdravlje (Jain et al., 2022).

Upravljanje psihosocijalnim rizicima podrazumeva implementaciju organizacionih mera usmerenih na prevenciju i kontrolu identifikovanih opasnosti. Preporučene intervencije uključuju prilagođavanje radnog opterećenja, unapređenje komunikacije, participativno odlučivanje i jačanje organizacione podrške (EU-OSHA, 2012). U tom kontekstu procena rizika predstavlja početnu fazu šireg ciklusa upravljanja koji uključuje planiranje, sprovođenje i evaluaciju mera.

Sudska praksa dodatno potvrđuje evoluciju standarda zaštite bezbednosti i zdravlja na radu i proširenje obaveza poslodavaca i države na domen mentalnog zdravlja. Evropski sud za ljudska prava u predmetu *Brinkat & drugi protiv Malte (Brincat & Others v. Malta)*, (odluka suda od 24.07.2014), naglasio je da pozitivne obaveze države, u okviru člana 2 i člana 8 Evropske konvencije o ljudskim pravima i slobodama, uključuju uspostavljanje regulatornog okvira koji efikasno štiti zdravlje zaposlenih od profesionalnih rizika. Iako je predmet slučaja bio izloženost azbestu, Sud je afirmisao opšti pravni princip prema kojem država mora

utvrditi ne samo pravne standarde već i praktične preventivne mehanizme koji omogućavaju efektivnu zaštitu zaposlenih.

Ovaj pravni princip ima šire implikacije i može se direktno primeniti na psihosocijalne rizike jer standard zaštite zdravlja zaposlenih ne sme biti ograničen isključivo na fizičke štetnosti. Naprotiv, on potvrđuje postojanje pozitivnih obaveza poslodavca da sprovede sveobuhvatnu procenu rizika, uključujući psihosocijalne i organizacione faktore koji mogu ugroziti mentalno zdravlje zaposlenih. Time se normativno afirmiše proaktivna odgovornost poslodavca da prepozna, dokumentuje i upravlja svim rizicima po zdravlje i bezbednost na radu, što uključuje i preventivno delovanje pre nastanka štetnih posledica po mentalno zdravlje zaposlenih.

Od značaja je i predmet *Vilnes & drugi protiv Norveške (Vilnes & Others v. Norway)*, (odluka suda od 05.12.2013), gde je Evropski sud za ljudska prava proširio svoju praksu u vezi sa pravom na pristup informacijama o zdravstvenim rizicima u okviru člana 8 Evropske konvencije o ljudskim pravima i slobodama. U ovoj odluci Sud je potvrdio da (pozitivna) obaveza države da obezbedi informacije o rizicima po zdravlje i život može obuhvatiti situacije u kojima su pojedinci bili izloženi profesionalnim opasnostima, a kada su informacije neophodne da bi razumeli kako ti rizici utiču na zdravlje, bez obzira na naučnu nesigurnost oko tačne prirode i stepena ugroženosti. Naime, u ovom predmetu ustanovljava se obaveza države da obezbedi transparentnost informacija o zdravstvenim rizicima kako bi radnik mogao da samostalno proceni rizike po sopstveno zdravlje i bezbednost na radu (Strasbourg Observers, 2014). Odlukom suda se utvrđuje dodatni zahtev državi da obezbedi sve relevantne informacije osobama čiji životi ili zdravlje mogu biti ugroženi, čak i ako država nema na raspolaganju posebne informacije o tim rizicima, a pojedinci-radnici izloženi riziku ne traže pristup informacijama, ali imaju obavezu da daju svoj informisani pristanak za aktivnosti koje potencijalno nose rizik (Strasbourg Observers, 2014). Navedeni pravni pristup proširuje deo sudske prakse koja tumači član 8 kao meru koja uključuje i pravo na pristup informacijama o zdravstvenim rizicima, što implicira da standard procene rizika

mora podrazumevati adekvatnu dostupnost relevantnih podataka zaposlenim, odnosno radno angažovanim licima.

Takvo tumačenje može imati određeni pravni značaj i kod zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih ukoliko se posmatra u kontekstu radnog prava, pri čemu obaveza transparentnosti informacija o svim rizicima po zdravlje – uključujući i psihosocijalne rizike – postaje deo pozitivnih obaveza poslodavaca kod procene i kontrole rizika. Drugim rečima, nije dovoljno da poslodavac identifikuje i upravlja rizicima interno. On mora i obezbediti da radnici budu informisani o prirodi i stepenu svakog rizika koji može uticati na njihovo zdravlje ili dobrobit, u kontekstu principa saradnje poslodavaca i zaposlenih u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, što uključuje i rizike koji se odnose na mentalno zdravlje i psihosocijalne poremećaje zdravlja, jer bez informisanosti standard dužne pažnje ostaje nepotpun.

Sa druge strane, u okvirima evropskog komunitarnog prava Sud pravde EU je u predmetu Komisija protiv Ujedinjenog Kraljevstva (*Commission v. United Kingdom*), (C-127/05), potvrdio široko tumačenje obaveze poslodavca da omogući bezbednost i zdravlje radnika „u svim aspektima koji se odnose na rad“. Sud je naglasio da se odgovornost poslodavca ne može ograničiti restriktivnim tumačenjem pojma rizika, već da uključuje sve potencijalne izvore ugrožavanja zdravlja, kako fizičkog tako i psihosocijalnog. Ovakva interpretacija dodatno učvršćuje pravni stav da obaveza sistematske procene i upravljanja rizicima nije ograničena na očigledne ili neposredne opasnosti, već se prostire i na one faktore koji mogu indirektno uticati na zdravlje radnika, uključujući organizacione i psihosocijalne aspekte radnog okruženja. Time Sud pravde EU doprinosi razvoju pravnog okvira koji prepoznaje da bezbednost i zdravlje na radu zahtevaju holistički pristup i aktivnu preventivnu funkciju poslodavca, usklađenu sa principima Okvirne direktive 89/391/EEC.

Ova praksa Suda pravde EU potvrđuje se i u praksi Evropskog suda za ljudska prava u prethodno analiziranom predmetu Vilnes & drugi protiv Norveške, kada je Sud istakao da država ima pozitivnu obavezu da radnicima stvarno obezbedi sve relevantne informacije o profesionalnim rizicima, čak i kada oni sami

ne traže pristup tim podacima, kako bi mogli dati informisani pristanak za aktivnosti koje uključuju potencijalni rizik po život i zdravlje. Presuda naglašava da obaveza informisanja nije pasivna već aktivna i preventivna, te da država i poslodavci moraju sistematski procenjivati i kontrolisati sve oblike rizika, uključujući i one koji proizilaze iz psihosocijalnih faktora. Povezujući ova dva pristupa, može se zaključiti da evropski pravni okvir za bezbednost i zdravlje na radu, nekomunitarnog i komunitarnog prava, prepoznaje holističku obavezu subjekata vlasti i poslodavaca, ali i zaposlenih, u kontekstu načela saradnje i participacije, pri čemu oni nisu ograničeni na minimizaciju očiglednih fizičkih opasnosti, već moraju delovati preventivno, informisano i sveobuhvatno. Na taj način ostvaruje se cilj zaštite zdravlja i bezbednosti radnika u širem smislu, tako da uključuje i zaštitu mentalnog zdravlja i psihosocijalnog blagostanja.

Pored međunarodne regionalne prakse, nacionalna sudska praksa Ujedinjenog Kraljevstva predstavlja primer dobre prakse kod integracije pitanja zaštite mentalnog zdravlja na radu u tradicionalne sisteme bezbednosti i zdravlja na radu. Takođe je ona jedan od najrazvijenijih komparativnih primera u vezi sa odgovornošću poslodavca za štetu u domenu mentalnog zdravlja zaposlenog izazvanu stresom na radu. Naime, sudska praksa Ujedinjenog Kraljevstva dodatno potvrđuje obavezu poslodavca da prepozna i reaguje na predvidljive rizike od psihičkih povreda izazvanih stresom na radu, posebno u predmetima Voker protiv Veća grofovije Nortamberland (*Walker v Northumberland County Council*, 1995); Saderland protiv Hatona (*Sutherland v Hatton*, 2002) i Barber protiv Veća grofovije Somerset (*Barber v Somerset County Council*, 2004). Ovi slučajevi naglašavaju da proaktivna procena i upravljanje psihosocijalnim faktorima rizika nisu samo preporučeni standardi već pravno obavezujuće mere zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih.

U predmetu Voker protiv Veća grofovije Nortamberland utvrđeno je da obaveza brige poslodavca uključuje i dužnost da prepozna i adekvatno reaguje na rizike od psihičkih povreda i oboljenja kada su takvi rizici razumno predvidljivi, naročito nakon što je zaposleni već doživeo prvi nervni slom usled stresa

na radu, posle čega je drugi postao predvidljiv i moguć da se izbegne primenom odgovarajućih mera (Walker v Northumberland County Council, 1995).

Slični standardi postupanja potvrđeni su i u predmetima Saderland protiv Hatona i Barber protiv Veća grofovije Somerset u kojima su sudovi Ujedinjenog Kraljevstva sistematizovali kriterijume odgovornosti poslodavca za psihičke povrede izazvane stresom na radu. U presudi Haton (poznatoj i kao Saderland protiv Hatona) Sud je postavio okvir od šesnaest smernica kojima je razgraničio situacije u kojima stres predstavlja uobičajeni aspekt radnog angažovanja od onih u kojima prerasta u pravno relevantan rizik po zdravlje. Za ključni kriterijum postavljena je predvidljivost konkretne štete koja mora proizaći iz specifičnih okolnosti slučaja, uključujući prirodu posla, obim radnog opterećenja i individualne pokazatelje ranjivosti zaposlenog. Time je naglašeno da poslodavac ne snosi objektivnu odgovornost za svaki slučaj stresa na radu, već samo onda kada je rizik od psihičke povrede bio ili morao biti razumno predvidljiv, te kada nisu preduzete adekvatne preventivne mere.

Ovaj standard je dodatno potvrđen i razvijen u predmetu Barber, u kome je Dom lordova ukazao da se obaveza poslodavca aktivira naročito onda kada postoje jasni indikatori preopterećenosti zaposlenog, pri čemu izostanak pravovremene reakcije može predstavljati povredu standarda dužne pažnje. U literaturi, naročito u analizi Konoli (Connolly, 2002), istaknuto je da je pristup iz Haton presude imao poseban značaj za irski pravni kontekst, jer je ponudio operativni model za rešavanje zahteva zasnovanih na profesionalnom stresu i doprineo afirmaciji psihosocijalnih rizika kao pravno relevantne kategorije u okviru bezbednosti i zdravlja na radu (Connolly, 2002). Time je sudska praksa anglosaksonskog prava posredno uticala na šire evropsko razumevanje da stres, organizacioni faktori i radno opterećenje nisu samo pitanje upravljanja ljudskim resursima već predstavljaju elemente sistematske procene rizika i pravne odgovornosti poslodavca.

U presudi Intel korporacija d.o.o (UK) protiv Do (*Intel Corporation [UK] Ltd v Daw* [2007] EWCA Civ 70) engleski i velški apelacioni sudovi su jasno potvrdili da poslodavac snosi odgovornost

za sprečavanje opravdanih i realno poznatih rizika od mentalne povrede usled stresa na radu, čak i kada nije imao neposredno znanje o ranjivosti zaposlenog pre njegovog oboljenja. Kod gospođe Do je posle višegodišnjeg rada na zahtevnim zadacima i učestalog ukazivanja na preopterećenje poslom – uključujući detaljne imejlove i to što je bila viđena u suzama pred svojim nadređenima – nastupio ozbiljan psihički slom koji je doveo do hronične depresije. Iako je poslodavac imao na raspolaganju uslugu kratkoročne savetodavne podrške zaposlenima, Sud je utvrdio da takva podrška nije bila dovoljna da otkloni osnovni uzrok stresa – prekomerni i neregulisani radni zahtevi – i stoga nije oslobađala poslodavca od dužnosti brige. Sud je posebno naglasio da prisustvo savetodavnog servisa ne može zameniti adekvatnu reakciju na realno poznate faktore rizika stresa, kao što je nepravilno upravljanje opterećenjem, i da nepreduzimanje pravovremenih mera da se rizik ublaži predstavlja povredu opšte dužnosti poslodavca da omogući bezbedno radno okruženje (*Intel Corporation [UK] Ltd v Daw*, 2007). Odluka potvrđuje da poslodavac može biti odgovoran za psihičku povredu čak i bez prethodnog znanja o ranjivosti zaposlenog, ukoliko je bio ili je trebalo da bude svestan realnog i ozbiljnog rizika štete koji proističe iz uslova rada na koje je zaposleni upozorio.

Dalji razvoj sudske prakse u predmetu Intel korporacija (UK) d.o.o protiv Do potvrđuje normativni zaokret ka punom priznavanju psihosocijalnih rizika kao sastavnog dela obaveze poslodavca da osigura bezbedno radno okruženje. Apelacioni sud je u ovom predmetu razradio standard predvidljivosti štete iz ranije uspostavljenih smernica u predmetu *Haton*, naglasivši da se znanje poslodavca ne ograničava na formalno evidentirane medicinske dijagnoze ili eksplicitne izjave o ranjivosti zaposlenog. Dovoljno je da postoje objektivno proverljivi indikatori preopterećenja – kontinuirani prigovori na obim rada, vidljivi znaci emocionalne iscrpljenosti, odsustvo adekvatne organizacione podrške – koji bi razumnom i pažljivom poslodavcu ukazali na realan rizik ozbiljne psihičke povrede.

Sud je posebno odbacio argument da postojanje internog savetodavnog servisa (*counselling service*) samo po sebi ispunjava

dužnost brige. Time je uspostavljen važan princip – preventivna funkcija dužnosti brige podrazumeva otklanjanje uzroka rizika, a ne samo ublažavanje posledica. Drugim rečima, organizaciono preopterećenje i neadekvatno upravljanje radnim zadacima predstavljaju pravno relevantne faktore procene rizika, a ne pitanje diskrecione upravljačke politike.

Ova odluka ima širi značaj i za evropski koncept bezbednosti i zdravlja na radu, jer potvrđuje da psihosocijalni rizici – poput hroničnog stresa, prekomernog radnog opterećenja i organizacione disfunkcionalnosti – ulaze u okvir sistematske procene i upravljanja rizicima, u skladu sa savremenim razumevanjem preventivnog karaktera obaveza poslodavca. Time se sudska praksa anglosaksonskog prava uklapa u širi normativni trend, vidljiv i u pravu Evropske unije i u praksi Evropskog suda za ljudska prava, prema kojem zaštita zdravlja na radu obuhvata i mentalni integritet zaposlenog i sagledava se integrativno i holistički.

Manje poznati primer Iston protiv B&Q a.d. (*Easton v. B&Q plc*) iz sudske prakse Ujedinjenog Kraljevstva pokazuje praktične granice predvidljivosti kod stresnih povreda. Naime, u ovom predmetu tužbeni zahtev je odbijen jer sud smatra da štetni efekti nisu bili dovoljno predvidljivi za poslodavca pre nego što su se manifestovali u konkretnom slučaju, ali je sud takođe ukazao i na važnost postojanja formalnih politika procene rizika i komunikacije sa zaposlenima o stresu, pošto odsustvo takvih politika otežava dokazivanje odgovornosti (*Easton v. B&Q plc*, 2015). Naime, u predmetu Iston protiv B&Q a.d. (2015) Visoki sud je ponovo naglasio centralnu ulogu predvidljivosti (*foreseeability*) kao uslova za odgovornost poslodavca u slučajevima psihičkih povreda izazvanih stresom na radu. Sud je odbacio tužbeni zahtev, jer niti prva faza depresivnog poremećaja zaposlenog, niti njegova kasnija pogoršanja nisu bila takva da bi razumno obavešten poslodavac mogao da ih predvidi pre nego što su se manifestovala kao ozbiljna povreda zdravlja (*Easton v. B&Q plc*, 2015). Konkretno dugogodišnje uspešno obavljanje menadžerskih dužnosti bez ranijih psihijatrijskih problema i odsustvo jasnih i eksplicitnih signala o zabrinjavajućem nivou stresa nisu stavljali poslodavcu „na znanje“ verovatnoću nastanka ozbiljne

štete po mentalno zdravlje zaposlenog. Sud je takođe naglasio da postojeće politike upravljanja stresom i pozivi zaposlenima da prijave simptome ne stvaraju automatsku pravnu obavezu da poslodavac sprovede širu procenu ili preduzme dodatne mere ukoliko takvi simptomi nisu jasno istaknuti od strane zaposlenog (Easton v. B&Q plc, 2015). Odluka potvrđuje neophodnost postojanja visokog praga predvidljivosti i pokazuje da, čak i u prisustvu formalnih politika, proaktivna obaveza poslodavca ostaje ograničena u domenima psihosocijalnih povreda, dok prisutnost jasnih i konkretnih pokazatelja rizika može biti odlučujući faktor kod utvrđivanja odgovornosti (Keoghs, 2017).

Tako, prema sudskoj praksi anglosaksonskog prava, predvidljivi rizik od psihičke povrede na radu nije generalni stres, već situacija u kojoj poslodavac ima specifično znanje o tome da je određeni zaposleni izložen stvarnom riziku od konkretne štete (Keoghs, 2017). Relevantni faktori uključuju prirodu posla, obim radnih zahteva i poređenje sa drugim zaposlenima na istim pozicijama, kao i jasne pokazatelje da zaposleni doživljava ozbiljan stres ili je neposredno ugrožen. Sudovi su takođe naveli da prethodne reakcije zaposlenog na stres na radu ili ranija iskustva sličnih povreda mogu doprineti utvrđivanju predvidljivosti. Generalni ili očekivani pritisak posla sam po sebi ne zadovoljava kriterijum predvidljivosti, niti se posao smatra inherentno opasnim po mentalno zdravlje zaposlenog, već je potrebno da postoje konkretni, specifični i objektivno proverljivi indikatori rizika (Keoghs, 2017).

Analizirani slučajevi iz sudske prakse ukazuju da je obaveza procene, upravljanja i dokumentovanja psihosocijalnih rizika jednako relevantna kao i za tradicionalne fizičke rizike, i to dvojako – pravno, jer se zasniva na principu objektivno razumno predvidljive opasnosti i organizaciono, jer podstiče poslodavca na proaktivnu primenu mera prevencije i zaštite. U tom kontekstu akt o proceni rizika služi kao ključni pravni i praktični alat za usklađivanje sa sudskim standardima predvidljivosti i prevencije psihosocijalnih šteta na radu i zaštite mentalnog zdravlja i zdravlja generalno.

Iz perspektive pravne odgovornosti savremeni model zaštite bezbednosti i zdravlja na radu zahteva proaktivan i sistemski pristup upravljanju psihosocijalnim faktorima i rizicima.

Sudska praksa, u kombinaciji sa regulatornim i naučnim razvojem, ukazuje da se standard dužne pažnje oblikuje u skladu sa dostupnim znanjima i međunarodnim smernicama. Propust u identifikaciji i upravljanju psihosocijalnim rizicima može stoga predstavljati povredu zakonske obaveze zaštite zdravlja zaposlenih i osnov za pravnu odgovornost poslodavca.

5.2.1.2. Obaveza procene rizika na radu – akt o proceni rizika

Važna obaveza poslodavca u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu ogleda se u donošenju akta o proceni rizika, a vezano za verovatnoću nastanka povrede ili oboljenja (Lubarda, 2018: 150), što predstavlja ključni instrument pravne (i organizacione) odgovornosti za zaštitu bezbednosti i zdravlja zaposlenih na radu. U kontekstu promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ovaj akt uključuje identifikaciju, evaluaciju i dokumentovanje, tj. evidentiranje psihosocijalnih rizika kao što je stres ili sekundarna psihološka i emocionalna trauma, čime se standard dužne pažnje konkretizuje u domenu socijalnog blagostanja zaposlenih i radno angažovanih lica.

Prilikom izrade akta poslodavac je dužan da aktivno konsultuje predstavnike zaposlenih, kao i stručna lica za bezbednost i zdravlje na radu, kako bi procena rizika bila sveobuhvatna i zasnovana na stvarnim uslovima rada. Pored toga akt mora omogućiti praćenje i evaluaciju efektivnosti preduzetih mera, redovno ažuriranje u skladu sa promenama radnih procesa i kontinuirano vođenje evidencije o identifikovanim rizicima i preventivnim intervencijama. Na ovaj način akt o proceni rizika funkcioniše kao dinamičan i strateški instrument zaštite mentalnog zdravlja na radu, osiguravajući preventivnu primenu standarda dužne pažnje i konkretizujući pravnu odgovornost poslodavca u savremenom radnom okruženju.

Akt o proceni rizika predstavlja pravno obavezujuću, ali i materijalno relevantnu meru kroz koju poslodavac identifikuje, analizira i prioritizuje sve faktore koji mogu negativno uticati na zdravlje zaposlenih, uključujući psihosocijalne rizike koji

ugrožavaju mentalno zdravlje radnika. U savremenom evropskom regulatornom okviru upravljanje psihosocijalnim rizicima smatra se sastavnim delom opšte obaveze poslodavca da obezbedi bezbedno i zdravo radno okruženje. Naime, zahtevi u vezi sa procenom psihosocijalnih rizika proizilaze iz šire dužnosti procene svih rizika po zdravlje zaposlenih, pa uključuju i stres, uznemiravanje na radu, zlostavljanje, kao i druge faktore koji mogu imati štetne psihološke posledice, sa posebnim fokusom na vulnerabilne kategorije radnika poput žena nakon porođaja i povratka sa odsustva radi nege deteta (Morel-Zifonte, 2025).

U pravno-analitičkom smislu obaveza procene rizika podrazumeva ne samo formalno donošenje dokumenta već i njegovu sadržinsku adekvatnost. To znači da akt mora obuhvatiti sistematsku analizu organizacionih faktora rada kao što su zahtevi posla, stepen autonomije zaposlenih, podrška menadžmenta i kvalitet međuljudskih odnosa, jer upravo ovi elementi predstavljaju ključne determinante psihosocijalnog opterećenja i mentalnog, odnosno socijalnog blagostanja zaposlenih (CIPD, 2023). Izostavljanje ovih aspekata iz procene rizika moglo bi se tumačiti kao povreda standarda dužne pažnje, naročito u sektorima u kojima je izloženost stresu ili emocionalnom opterećenju predvidljiva i povećana.

Dodatno savremeni naučni pristupi ukazuju na potrebu korišćenja validiranih instrumenata i metodoloških alata za identifikaciju i merenje psihosocijalnih rizika, čime se obezbeđuje objektivnost i dokazivost sprovedene procene. Razvoj i primena standardizovanih alata za procenu psihosocijalnih faktora omogućavaju kvantifikaciju rizika i dokumentovanje njihovog intenziteta, što je od posebnog značaja u eventualnim sporovima u vezi sa odgovornošću poslodavca za štetu po mentalno zdravlje zaposlenih (Roussos, 2023). Na ovaj način akt o proceni rizika dobija i dokaznu funkciju u kontekstu (radnopravne) odgovornosti poslodavca za štetu.

Shodno navedenom, akt o proceni rizika u domenu mentalnog zdravlja mora se posmatrati kao dinamičan i strateški dokument koji integriše pravne zahteve, organizacione politike i naučno zasnovane metode procene. Njegova pravna funkcija ogleda se u konkretizaciji opšte obaveze zaštite bezbednosti i

zdravlja zaposlenih, dok njegova praktična funkcija leži u kontinuiranom praćenju, evaluaciji i unapređenju mera prevencije psihosocijalnih rizika (CIPD, 2023; Morel-Zifonte, 2025).

Savremena naučna literatura potvrđuje da je integrisanje psihosocijalnih rizika u formalne procese procene rizika ne samo regulatorni zahtev već i empirijski utemeljena potreba. Istraživanja u oblasti organizacione psihologije i bezbednosti na radu ukazuju da su zahtevi posla, emocionalno opterećenje, niska kontrola nad radnim zadacima i nedostatak organizacione podrške sistemski povezani sa povećanim rizikom od profesionalnog stresa i nastankom sindroma sagorevanja na radu (Bakker & Demerouti, 2007: 309). U tom smislu izostavljanje ovih faktora iz akta o proceni rizika može dovesti do normativnog deficita u primeni standarda dužne pažnje i opšte obaveze zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, kao i odgovornosti poslodavca.

Dalje konceptualni modeli upravljanja psihosocijalnim rizicima naglašavaju da procena rizika mora biti strukturisana, participativna i kontinuirana, uz obavezno uključivanje zaposlenih i njihovih predstavnika. Leka i sar. (Leka et al., 2015) ističu da je efikasno upravljanje psihosocijalnim rizicima moguće jedino ukoliko je integrisano u postojeće sisteme bezbednosti i zdravlja na radu, pri čemu procena rizika ima centralnu funkciju identifikacije, prioritizacije i dokumentovanja faktora rizika po mentalno zdravlje. Tako akt o proceni rizika prerasta iz formalnog administrativnog i radnopravnog dokumenta u instrument strateškog upravljanja organizacionim zdravljem.

Empirijski podaci dodatno potvrđuju da organizacije koje sistematski sprovode procenu i kontrolu psihosocijalnih faktora ostvaruju niže stope odsustva sa rada, profesionalnog sagorevanja i psiholoških poremećaja povezanih sa radom (Joyce et al., 2016: 695). U pravnom smislu ova saznanja pojačavaju argument da je obaveza poslodavca da prepozna i dokumentuje psihosocijalne rizike kao deo objektivizovanog standarda pažnje koji se zasniva na dostupnim naučnim dokazima. Drugim rečima, kako se naučna saznanja o uticaju psihosocijalnih faktora na mentalno zdravlje konsoliduju, tako raste i očekivani nivo pravne odgovornosti poslodavca.

Konačno savremeni pristupi bezbednosti i zdravlju na radu ukazuju da se mentalno zdravlje mora sagledati kao integralna komponenta sistema upravljanja rizicima, a ne kao izdvojeno pitanje socijalne i zdravstvene politike (Leka et al., 2015). Stoga akt o proceni rizika, ukoliko je pravilno koncipiran, predstavlja normativni i organizacioni mehanizam kroz koji se standard dužne pažnje operacionalizuje u skladu sa savremenim naučnim i regulatornim tendencijama razvoja. Kao jedno od mogućih rešenja za integraciju modela upravljanja psihosocijalnim rizicima u tradicionalne sisteme bezbednosti i zdravlja na radu nameće se posebno normativno uređivanje obaveze donošenja *akta o proceni rizika po mentalno zdravlje na radu*. Ovaj akt može biti koncipiran kao samostalan dokument ili kao sastavni deo standardnog akta o proceni rizika na radnom mestu, čime se omogućava sistematično prepoznavanje, procena i upravljanje psihosocijalnim rizicima u radnom okruženju. Vizuelni primer okvira postupka usvajanja akta o proceni rizika po mentalno zdravlje na radu prikazan je na slici 1.

Slika 1. Model postupka usvajanja akta o proceni rizika na radu: integracija zaštite mentalnog zdravlja



Izvor: Autor.

Iako je koncept standarda dužne pažnje istorijski formiran u anglosaksonskom pravnom sistemu, pre svega kroz deliktno pravo i sudski razvijene kriterijume predvidljivosti štete i odnosa bliskosti, savremeni razvoj prava Evropske unije pokazuje njegovu postepenu normativnu internalizaciju i u evropsko-kontinentalne pravne sisteme. Taj proces nije ograničen na građansko-pravnu odgovornost, već dobija izrazitu regulatornu dimenziju u okviru prava EU, u kome dužna pažnja prerasta iz sudskog standarda u opšti princip upravljanja rizicima i preventivne odgovornosti. Poseban značaj u tom smislu ima usvajanje Direktive o korporativnoj dužnoj pažnji u pogledu održivosti (*Corporate Sustainability Due Diligence Directive*), kojom se uvodi obaveza kompanija da identifikuju, sprečavaju, ublažavaju i otklanjaju negativne uticaje na ljudska prava i životnu sredinu duž čitavog lanca snabdevanja, uz mogućnost građanskopravne odgovornosti kompanija, odnosno poslodavaca, za propuštanje primene odgovarajućih mera dužne pažnje. Time se standard dužne pažnje transformiše u normativno strukturisanu obavezu sistematskog upravljanja rizicima, uključujući i radno-socijalne i psihosocijalne rizike u okviru korporativnog upravljanja.

Istovremeno u domenu javnog prava EU dužna pažnja dobija status opšteg principa koji usmerava postupanje institucija Unije, naročito u okviru sudske kontrole zakonitosti i proporcionalnosti upravnih akata u kojima se zahteva da organi pažljivo i nepristrasno ispituju sve relevantne činjenice i interese pre donošenja odluke (Hofmann, 2020). Na taj način koncept dužne pažnje postaje most između privatno-pravne i javnopravne sfere, potvrđujući tendenciju konvergencije pravnih tradicija – od sudski razvijenog deliktne standarda ka normativno kodifikovanoj obavezi preventivnog delovanja i odgovornosti u okviru evropskog regulatornog modela (Atkinson, 2025; Hofmann, 2020). U tom širem kontekstu standard dužne pažnje sve jasnije funkcioniše kao horizontalni princip evropskog pravnog poretka koji prožima pravo tržišta, pravo zaštite životne sredine, radno pravo i zaštitu fundamentalnih ljudskih prava, čime se potvrđuje njegova transformacija iz nacionalnog anglosaksonskog, tj. *common law* instituta u element savremenog evropskog javnog i privatnog prava.

5.2.2. Obaveze i prava zaposlenih – prema poslodavcu, eksternim organima i institucijama

U tradicionalnom sistemu bezbednosti i zdravlja na radu zaposleni ima obaveze prema poslodavcu, drugim zaposlenima i eksternim institucijama, naročito prema nadležnoj inspekciji rada u situacijama kada poslodavac ne preduzme adekvatne mere za otklanjanje nedostataka koji ugrožavaju njegovu bezbednost i zdravlje na radu, kao i obavezu da prijavi neposrednu i ozbiljnu opasnost po život i zdravlje ukoliko odbije da radi iz opravdanih razloga, a poslodavac iste smatra neopravdanim (Lubarda, 2018: 155). Obaveze zaposlenog prema poslodavcu podrazumevaju primenu mera bezbednosti, pravilno korišćenje sredstava za rad i lične zaštitne opreme, upoznavanje sa rizicima posla i saradnju sa poslodavcem i licem za bezbednost i zdravlje na radu (Lubarda, 2018: 153–154). Zaposleni ima i pravo da odbije rad ukoliko postoji neposredna i ozbiljna opasnost po njegov život i zdravlje, a koja se ne može izbeći (Lubarda, 2018: 154).

Pored tradicionalnih obaveza zaposlenih u pogledu fizičke bezbednosti i poštovanja mera zaštite na radu (kao što su pažljivo rukovanje opremom i korišćenje ličnih zaštitnih sredstava), savremeni pristup bezbednosti i zdravlju na radu sve više uključuje i *procenu i upravljanje psihosocijalnim rizicima*. Međunarodne i evropske organizacije, kao što su Svetska zdravstvena organizacija i Evropska agencija za bezbednost i zdravlje na radu (EU-OSHA), ističu da zaposleni imaju pravo na radno okruženje koje aktivno promoviše mentalno zdravlje i sprečava izloženost štetnim psihosocijalnim faktorima – poput prekomernih zahteva posla, nedostatka autonomije u radu, nepravednih uslova rada, loših međuljudskih odnosa ili neadekvatne podrške – koji mogu dovesti do depresije, anksioznosti i drugih ozbiljnih povreda psihičkog integriteta i mentalnog zdravlja, uz definisanje mehanizama podrške zaposlenim sa mentalnim problemima koji uključuju još i razumno prilagođavanje uslova i mesta rada potrebama ovih lica, kao i obezbeđenje adekvatne rehabilitacije i usvajanje i razvoj posebnih programa povratka na rad (EU-OSHA, 2024: 3; Maulik, 2017).

U pravno-institucionalnom kontekstu zaposleni imaju obavezu da sarađuju sa poslodavcem u procesu procene i kontrole psihosocijalnih rizika, odnosno da učestvuju u aktivnostima procene rizika psihosocijalnih faktora, uključujući učestvovanje u anketama, prijavljivanje simptoma i komunikaciju o problemima koji mogu biti pokazatelji stvarnih i mogućih povreda mentalnog zdravlja. Ova saradnja predstavlja pravnu obavezu jer bez aktivne participacije zaposlenih nije moguće ostvariti efektivnu procenu rizika koji su inherentno subjektivni i kontekstualni. Navedeno je u saglasnosti sa međunarodnim smernicama koje prepoznaju *participativni pristup* kao ključan za identifikaciju i upravljanje psihosocijalnim rizicima na radu (WHO & ILO, 2022: 6). Participativni pristup potvrđuje se i u pravnoj doktrini koja ističe da su psihosocijalni rizici i stres na radu povezani ne samo sa individualnim karakteristikama radnika već i sa organizacionom strukturom, zahtevima radnog mesta i prirodom posla (Davies, 2022: 433).

Osim toga, zaposleni imaju pravo i obavezu da budu *in-formisani o rizicima* koji utiču na njihovo mentalno zdravlje i da učestvuju u kreiranju mera prevencije, jer njihova aktivna uključenost doprinosi identifikaciji i razumevanju štetnih faktora. U praksi to znači da bi radnik trebalo da prijavi konkretne pokazatelje stresa ili štete, kao i da sarađuje u evaluaciji mera kontrole rizika koje poslodavac preduzima, odnosno u evaluaciji programa i intervencija vezanih za mentalno zdravlje i blagostanje na radu, budući da bez takve komunikacije teško može doći do efektivnog upravljanja rizicima (Deady et al., 2024). Takođe zaposleni imaju *pravo na zaštitu od diskriminacije i nejednakog postupanja u vezi sa njihovim mentalnim zdravljem*, što je potvrđeno i u širem pravnom okviru radnog prava, posebno u kontekstu antidiskriminacionih propisa koji mentalne poteškoće i oboljenja tradicionalno sagledavaju kao oblik invaliditeta.

Naglašavanje psihosocijalnih rizika dovodi i do specifičnih *prava zaposlenih kod eksternih organa* – zaposleni imaju pravo da se obrate nadležnoj inspekciji rada kada poslodavac ne preduzima odgovarajuće mere za sprečavanje štetnih psihosocijalnih faktora ili krši pravila o mentalnoj sigurnosti na radu. Ovo pravo,

iako nije izričito obuhvaćeno tradicionalnom regulativom o bezbednosti i zdravlju na radu u većini pravnih sistema, nadovezuje se i izvodi iz opštih standarda bezbednosti i zdravlja na radu koji obuhvataju i mentalno zdravlje i socijalno blagostanje kao sastavni deo sigurnog i zdravog radnog okruženja.

Naime, savremeni pravni i organizacioni standardi dodatno šire obaveze zaposlenih prema poslodavcu i eksternim institucijama tako što prepoznaju mentalno zdravlje kao pravno relevantnu komponentu zaštite zdravlja na radu. To uključuje ne samo individualnu odgovornost za poštovanje mera zaštite već i aktivno učešće u identifikaciji i prevenciji psihosocijalnih rizika, uz podršku pravnih mehanizama koji štite prava zaposlenih i omogućavaju im da traže pravnu zaštitu kada se ti rizici ne prepoznaju ili ne rešavaju adekvatno.

S tim u vezi, savremeni pravni model bezbednosti i zdravlja na radu podrazumeva da zaštita mentalnog zdravlja i upravljanje psihosocijalnim rizicima nije samo *etički cilj već strateška i pravno obavezujuća komponenta radnog prava*. U mnogim evropskim državama obaveze poslodavaca da procene, spreče i kontrolišu psihosocijalne rizike podrazumevaju i obaveze zaposlenih da sarađuju u tim procesima – bilo kroz komunikaciju o problemima, učešće u anketama ili prijavljivanje uslova rada koji mogu dovesti do štetnih ishoda po njihovo mentalno zdravlje (EU-OSHA, 2024). U tom kontekstu zaposleni imaju ne samo pravo da budu informisani o rizicima koji utiču na njihovo psihološko blagostanje već i *pravnu zaštitu* kada se utvrdi da poslodavac nije preduzeo odgovarajuće mere za njihovu prevenciju.

U Švedskoj, koja se često navodi kao primer progresivnog pristupa radu i uopšte radnom zakonodavstvu, nacionalni zakonodavni okvir, odnosno Zakon o radnoj sredini (1978), predviđa aktivnu saradnju poslodavca i zaposlenih u upravljanju organizacionim i socijalnim uslovima rada koji uključuju primenu mera za zaštitu mentalnog zdravlja i blagostanja, tj. procenu i upravljanje psihosocijalnim faktorima rizika (OECD, 2013: 72). Konkretno Zakonom o radnoj sredini utvrđuje se obaveza za poslodavce, što je istovremeno i pravo zaposlenih, da prepoznaju, procene i reaguju na faktore kao što su radno opterećenje, razlozi konflikta,

prekomerni rad i međuljudski odnosi, jer oni predstavljaju – i sa stanovišta produktivnosti rada i sa stanovišta zaštite zdravlja – elemente koji direktno utiču na mentalno zdravlje i socijalno blagostanje na radu, zbog čega ih je potrebno sistemski kontrolisati (Lytsy & Friberg, 2020).

Akadska literatura potvrđuje da se psihosocijalni uslovi rada, uključujući kontrolu nad poslom, zahteve rada i organizacione faktore, povezuju sa mentalnim zdravljem zaposlenih, što implicira da sistemske mere procene i prevencije mogu imati direktan uticaj na smanjenje rizika od depresije i drugih poremećaja mentalnog zdravlja (Almroth et al., 2021). Ovaj empirijski utemeljen pravni standard ukazuje da zaposleni imaju ne samo obavezu da sarađuju u proceni i prijavljivanju psihosocijalnih rizika već i pravo da očekuju od poslodavca da preduzme preventivne mere na organizacionom nivou, što obuhvata unapređenje uslova rada, podršku u rešavanju konflikata i prilagođavanje zadataka kako bi se smanjio rizik od povreda mentalnog zdravlja (Almroth et al., 2021; Lytsy & Friberg, 2020).

U pravno-organizacijskom smislu švedski režim bezbednosti i zdravlja na radu jasno normativno povezuje participaciju zaposlenih sa obavezama poslodavca u zaštiti mentalnog zdravlja. Prema Zakonu o radnoj sredini (1978) radno okruženje mora biti organizovano tako da zaposlenog ne izlaže fizičkom ili mentalnom naprezanju koje može dovesti do narušavanja zdravlja ili profesionalnih povreda (OECD, 2013; Sauni, Koskela & Westerholm, 2019). Ovaj pravni okvir proteže se i na psihosocijalne faktore rada, na stres, organizacione zahteve, međuljudske odnose i nalaze koji utiču na mentalno zdravlje zaposlenih koji moraju biti predmet procene i zajedničkog upravljanja bezbednošću i zdravljem na radu, u skladu sa zakonom (OECD, 2013).

Nadležni upravni organ – Švedska agencija za radnu sredinu (*Swedish Work Environment Authority/Arbetsmiljöverket*) – ima ovlašćenje da vrši nadzor nad primenom zakona, sprovodi inspekcije i izdaje obavezujuće propise koji obuhvataju organizacione i socijalne uslove rada, te može narediti poslodavcu da otkloni identifikovane nedostatke ili preduzme korektivne mere ukoliko se utvrdi nepoštovanje normi (Sauni, Koskela &

Westerholm, 2019). U tom pravnom kontekstu participacija zaposlenih nije samo administrativno pravo već sastavni deo šireg radnopravnog sistema – oni imaju obavezu i pravo da učestvuju u identifikaciji rizika, prijavljuju nepravilnosti i sarađuju u razvoju mera zaštite, jer se bez takve participacije ne može ostvariti efektivna prevencija psihosocijalnih rizika i šteta.

U empirijskom smislu nalazi Niman i sar. (Nyman et al., 2023) potvrđuju normativnu opravdanost švedskog regulatornog pristupa koji psihosocijalne faktore rada tretira kao pravno relevantne elemente sistema bezbednosti i zdravlja na radu. Autori utvrđuju statistički značajnu povezanost između organizacionih i socijalnih radnih uslova, uključujući visoke radne zahteve, nedovoljnu kontrolu nad radnim procesom, nejasno definisane uloge i manjak socijalne podrške, i povećanog rizika od češćeg odsustva sa rada usled bolesti. Time se potvrđuje da psihosocijalni rizici nisu isključivo subjektivna ili individualna kategorija, već objektivno merljiv faktor koji proizvodi posledice po radnu sposobnost, produktivnost, kao i javnozdravstveni sistem.

U pravnom kontekstu ovi nalazi dodatno osnažuju regulatornu logiku odredbi o organizacionom i socijalnom radnom okruženju koje usvaja Švedska agencija za radnu sredinu, a shodno Zakonu o radnoj sredini (1978). Empirijska potvrda povezanosti između organizacije rada i učestalosti odsustva sa rada usled bolesti pruža dodatni osnov za zaključak da preventivno upravljanje radnim opterećenjem, jasnoćom radnih zadataka i dostupnošću socijalne podrške predstavlja deo zakonske dužnosti pažnje poslodavca u oblasti zaštite zdravlja na radu, a ne pitanje njegove diskrecione kadrovske politike (Nyman et al., 2023).

Stoga se potvrđuje da sistematsko upravljanje psihosocijalnim rizicima ima neposredan preventivni efekat u pogledu smanjenja odsustva sa rada zbog bolesti (Nyman et al., 2023), čime se potvrđuje funkcionalna povezanost između nauke organizacionog upravljanja, radnog prava, javnog zdravlja i socijalnog osiguranja. Na taj način švedski model demonstrira kako integracija mentalnog zdravlja u opšti režim bezbednosti i zdravlja na radu proizvodi merljive društvene koristi, istovremeno

učvršćujući participativnu ulogu zaposlenih i preventivnu odgovornost poslodavca kao pravno obavezujuće standarde.

5.3. INSTITUCIONALNI OKVIR ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU

Sistem zaštite zdravlja i bezbednosti na radu u savremenim pravnim sistemima odlikuje se izraženim *institucionalnim pluralizmom*, koji podrazumeva postojanje eksternih i internih aktera različite pravne prirode, organizovanih pretežno na načelu tripartizma (država – poslodavci – predstavnici zaposlenih, tj. sindikati) u eksternoj ravni, odnosno bipartizma (poslodavac – predstavnici zaposlenih, u ovom slučaju zaposleni) u internoj ravni delovanja (Lubarda, 2012: 403). Ovakva struktura reflektuje normativno opredeljenje ka participativnom modelu upravljanja rizicima u kojem se odgovornost za zaštitu zdravlja zaposlenih-radnika raspodeljuje između javnih vlasti, socijalnih partnera i samih poslodavaca. Na institucionalnoj osnovi ovaj sistem obuhvata višeslojnu organizaciju – nacionalna upravna tela nadležna za normiranje, nadzor i stručne poslove u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu; granske institucije uspostavljene u pojedinim sektorima ili industrijskim oblastima; lokalne strukture na nivou jedinica lokalne samouprave; kao i interni mehanizmi na nivou poslodavca koji uključuju odbore za bezbednost i zdravlje na radu, službu medicine rada, kao i instituciju lica za bezbednost i zdravlje na radu (Lubarda, 2012: 403–404). Na ovaj način diferencirana institucionalna arhitektura omogućava vertikalnu i horizontalnu koordinaciju preventivnih mera, čime se obezbeđuje normativna i operativna povezanost različitih nivoa zaštite.

U kontekstu zaštite mentalnog zdravlja na radu navedena opšta institucionalna struktura dobija dodatnu dimenziju, budući da psihosocijalni rizici zahtevaju integraciju regulatornih, organizacionih i participativnih mehanizama, te će se u nastavku analizirati na koji način se postojeći institucionalni okvir konkretizuje i prilagođava specifičnostima prevencije, promocije i zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih i radno angažovanih lica.

5.3.1. *Institucionalizacija na međunarodnom nivou*

Institucionalni okvir zaštite mentalnog zdravlja na radu u savremenim evropskim pravnim sistemima zasniva se na višeslojnoj strukturi koja obuhvata normativne, nadzorne, savetodavne i participativne mehanizme. Na nadnacionalnom, tj. međunarodno regionalnom, nivou ključnu koordinacionu i ekspertsku ulogu ima *Evropska agencija za bezbednost i zdravlje na radu* (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]), koja razvija metodološke alate i smernice za upravljanje psihosocijalnim rizicima, promovišući integraciju mentalnog zdravlja u opšti sistem bezbednosti i zdravlja na radu (EU-OSHA, 2024). Evropska agencija za bezbednost i zdravlje na radu, naime, ima centralnu koordinacionu i ekspertsku ulogu u razvoju evropskog pristupa prevenciji psihosocijalnih rizika i zaštiti mentalnog zdravlja na radu. Njene aktivnosti obuhvataju sprovođenje komparativnih istraživanja, izradu smernica i praktičnih alata za procenu i upravljanje psihosocijalnim rizicima, razvoj kampanja podizanja svesti na nivou EU, kao i diseminaciju primera dobre prakse među državama članicama. Agencija posebno naglašava potrebu integrisanja psihosocijalnih faktora – poput radnog opterećenja, organizacije rada, nasilja i uznemiravanja – u sistematske procese upravljanja bezbednošću i zdravljem na radu, sagledavajući mentalno zdravlje kao sastavni deo opšte pravne obaveze prevencije profesionalnih rizika (EU-OSHA, 2024). Time Agencija doprinosi operacionalizaciji preventivnog pristupa zasnovanog na proceni rizika i participaciji zaposlenih, jačajući institucionalne kapacitete država članica za normativnu i praktičnu implementaciju zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Paralelno, na međunarodnom univerzalnom nivou, SZO i MOR kroz zajedničke politike potvrđuju da zaštita mentalnog zdravlja predstavlja deo fundamentalne obaveze država i poslodavaca da omoguće bezbedno i zdravo radno okruženje (WHO & ILO, 2022). Konkretno ove organizacije su 2022. godine usvojile zajedničke smernice i politički okvir za mentalno zdravlje na radu preko kojih se državama preporučuje unapređenje zakonodavstva u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, jačanje inspeksijskih

mehanizama i integrisanje psihosocijalnih rizika u nacionalne strategije javnog zdravlja, dok se poslodavcima nameće obaveza sistematske procene rizika, prilagođavanja organizacije rada i obezbeđivanja podrške zaposlenima sa mentalnim poremećajima (WHO & ILO, 2022). Time se mentalno zdravlje normativno pozicionira na preseku radnog prava, javnog zdravlja i socijalne politike, uz jasno definisane preventivne i rehabilitacione obaveze javnih vlasti i poslodavaca.

5.3.2. Institucionalizacija na nacionalnom nivou

Na nacionalnom nivou institucionalni okvir obično obuhvata ministarstva rada i zdravlja, inspeksijske organe, specijalizovane agencije za bezbednost i zdravlje na radu, kao i sisteme socijalnog osiguranja koji prate posledice profesionalnog stresa i mentalnih poremećaja u vidu odsustva sa rada zbog bolesti ili invalidnosti. U švedskom modelu, koji se u komparativnoj literaturi često ističe kao primer rane i sistematske institucionalizacije zaštite mentalnog zdravlja na radu, Švedska agencija za radnu sredinu raspolaže normativnim i inspeksijskim ovlašćenjima da donosi obavezujuće propise o organizacionom i socijalnom radnom okruženju, uključujući upravljanje radnim opterećenjem, radnim vremenom, međuljudskim odnosima i sprečavanjem uznemiravanja i drugih psihosocijalnih rizika (OECD, 2013; Sauni et al., 2019).

Posebno su značajne odredbe švedskog Zakona o radnoj sredini (1978) koje, kroz koncept „zadovoljavajuće radne sredine“, obuhvataju i organizacione i socijalne uslove rada, čime se psihosocijalni faktori – poput radnog opterećenja, radne autonomije, međuljudskih odnosa i izloženosti uznemiravanju – eksplicitno integrišu u sistem procene rizika i preventivnog delovanja poslodavca (Sauni et al., 2019). Normativnu razradu ovih obaveza prati i njihovu primenu nadzire Švedska agencija za radnu sredinu, koja donosi podzakonske akte i vrši inspeksijski nadzor nad organizacionim i socijalnim radnim okruženjem (Sauni et al., 2019). Švedska agencija za radnu sredinu objavila je 2024.

godine nove smernice za mentalno zdravlje na radu. Smernice se posebno fokusiraju na zdravstvene probleme povezane sa stresom i jasno ističu vezu između zdravlja zaposlenih i radnog okruženja (FALCK, 2024). Između ostalog, smernice su ažurirane novim poglavljem koje se bavi organizacijom i upravljanjem na radu (FALCK, 2024). Na taj način mentalno zdravlje se normativno izjednačava sa drugim segmentima bezbednosti i zdravlja na radu, dok se dužnost prevencije transformiše iz deklarativne obaveze u konkretan upravljački i organizacioni standard, čije nepoštovanje može proizvesti upravnopravne i druge pravne posledice za poslodavca.

Posebno značajan element savremenih nacionalnih sistema bezbednosti i zdravlja na radu jeste institucionalizacija internih aktera zaštite mentalnog zdravlja, odnosno *institucionalizacija na nivou poslodavca*. U više evropskih pravnih sistema postoje funkcije ili predstavnici zaposlenih specijalizovani za bezbednost i zdravlje na radu koji, iako formalno ne nose naziv „odbor, odnosno lice za zaštitu mentalnog zdravlja na radu“, imaju nadležnosti koje obuhvataju i psihosocijalne rizike. Tako, na primer, švedski sistem predviđa institut predstavnika zaposlenih za bezbednost i zdravlje na radu sa pravom da iniciraju mere, zahtevaju procenu rizika i obustave rad u slučaju ozbiljne opasnosti po zdravlje, uključujući i organizacione i socijalne rizike (Sauni et al., 2019). U francuskom pravu nadležnosti nekadašnjeg tela, tj. Komiteta za higijenu, sigurnost i uslove rada, odnosno Odbora za higijenu, sigurnost i uslove rada (*Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT]*), danas su integrisane u Socijalno-ekonomski komitet (*Comité social et économique [CSE]*) odnosno odbor, kao rezultat reforme radnog zakonodavstva koja je sprovedena 2017. godine. CHSCT je formalno ukinut u privatnom sektoru i njegove nadležnosti u oblasti zdravlja i bezbednosti na radu, uključujući procenu i prevenciju profesionalnih rizika, prenete su na CSE, koji deluje kao jedinstveno telo predstavljanja interesa zaposlenih na nivou poslodavca u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu (Lerouge, 2017). Ova reforma proističe iz pokušaja da se objedine predstavnička tela i unapredi upravljanje pitanjima uslova rada i bezbednosti na radu, pri

čemu reforme imaju direktan uticaj na režime prevencije rizika, uključujući i psihosocijalne rizike kao što su stres i faktori uslovljeni radnim okruženjem i organizacijom rada (Lerouge, 2017).

Akadska literatura potvrđuje da institucionalno prisustvo ovakvih aktera – bilo kao internih *lica za bezbednost i zdravlje na radu*, bilo kao predstavnika zaposlenih kada se formiraju *posebni odbori za zdravlje i bezbednost na radu kod poslodavca* – značajno doprinosi ranoj identifikaciji rizika i implementaciji preventivnih mera (EU-OSHA, 2017). S tim u vezi, Izveštaj EU-OSHA (2017) pokazuje da aktivno učešće radnika u upravljanju bezbednošću i zdravljem na radu značajno doprinosi efikasnijem procenjivanju i prevenciji rizika, uključujući i one psihosocijalne prirode. Kroz kvalitativne intervjue sprovedene u 143 preduzeća u sedam država članica EU istraživanje ukazuje da se najbolje prakse upravljanja bezbednošću i zdravljem ostvaruju tamo gde postoje formalne strukture zastupanja radnika ili gde radnici i njihovi predstavnici aktivno učestvuju u konsultacijama i donošenju odluka. Učešće radnika omogućava bolje prepoznavanje opasnosti iz radnog okruženja, poboljšava komunikaciju sa menadžmentom i podržava implementaciju preventivnih mera, dok odsustvo participacije često dovodi do slabije identifikacije rizika i manje efektivnih intervencija (EU-OSHA, 2017: 6–7).

Tako se institucionalni okvir zaštite mentalnog zdravlja na radu ne svodi isključivo na spoljašnji nadzor države, već obuhvata i pravno uređenu unutrašnju strukturu odgovornosti unutar radne organizacije. Uvođenje specijalizovanih nadležnosti socijalnih partnera i participativnih mehanizama pokazuje tendenciju ka operacionalizaciji standarda dužne pažnje kroz institucionalnu infrastrukturu, čime se mentalno zdravlje integrisano štiti putem kombinacije regulatornog nadzora, socijalnog dijaloga i interne organizacione odgovornosti.

Sa druge strane, jedan od ključnih elemenata institucionalizacije mentalnog zdravlja na radu jeste *uloga sindikata i radničkih predstavnika* u oblikovanju politike, praksi i normativnih standarda zaštite psihosocijalnog okruženja i mentalnog zdravlja. Sindikati, kao organizovani predstavnici zaposlenih, ne samo da zastupaju interese radnika pred poslodavcima već aktivno

učestvuju u identifikaciji, proceni i upravljanju rizicima iz radne sredine koji doprinose narušavanju mentalnog zdravlja. Prema sprovedenim istraživanjima na evropskom nivou, kada sindikalne organizacije imaju funkcionalnu ulogu u pregovorima o uslovima rada i u mehanizmima kolektivne zaštite, to direktno utiče na smanjenje organizacionih stresora i unapređenje psihosocijalnog radnog okruženja (Houtman et al., 2020).

Naime, istraživanje Houtman i sar. (Houtman et al., 2020) ističe ključnu ulogu socijalnog dijaloga između menadžera i predstavnika zaposlenih u upravljanju psihosocijalnim rizicima na radu. Studija pokazuje da je saglasnost u percepciji rizika između menadžera i predstavnika zaposlenih snažan prediktor efektivnosti preventivnih i zaštitnih mera. Kada postoji visok nivo saglasnosti, kompanije češće implementiraju konkretne aktivnosti za smanjenje rizika, uključujući promene u organizaciji rada, obuke, podršku mentalnom zdravlju i sisteme praćenja radnog okruženja. Nasuprot tome, neslaganje u percepciji rizika često rezultira slabijim sprovođenjem mera prevencije i nižom svešću o psihosocijalnim opasnostima. Studija takođe naglašava da percepcija menadžera ima dominantan uticaj na donošenje odluka, ali aktivno uključivanje predstavnika zaposlenih dodatno pojačava efekat preventivnih mera, posebno u većim organizacijama. Autori konačno zaključuju da efikasan socijalni dijalog nije samo institucionalna obaveza već ključni faktor u stvaranju sigurnijeg i zdravijeg radnog okruženja, posebno u kontekstu mentalnog zdravlja i psihosocijalnih rizika, što je direktno povezano sa međunarodnim i evropskim standardima zaštite na radu.

Sindikalno učešće u institucionalnom okviru često je formalizovano kroz *socijalni dijalog*, odnosno kolektivno pregovaranje u oblasti bezbednost i zdravlje na radu, gde sindikati zajedno sa poslodavcima i državnim organima učestvuju u donošenju odluka o prevenciji rizika, uključujući i psihosocijalne faktore kao što su stres, uznemiravanje i neravnoteža između posla i privatnog života (EU-OSHA, 2012: 48–49). Studije pokazuju da sindikati doprinose efikasnijoj implementaciji procedura za procenu rizika, jer podstiču transparentnost, strukturalnu participaciju zaposlenih i veći nivo poverenja između radnika i menadžmenta,

što je posebno važno kod mentalnih i psiholoških pitanja koje često karakteriše manjak otvorene komunikacije (Ollé-Espluga & Moncada, 2014: 33–34).

U nekim evropskim državama sindikalni predstavnici učestvuju u okviru socijalnog dijaloga i politika koje se odnose na bezbednost i zdravlje na radu, uključujući i strategije za prevenciju psihosocijalnih rizika. To znači da sindikati ne funkcionišu isključivo kao pravni zastupnici zaposlenih u pojedinačnim slučajevima, već i kao partneri u institucionalizaciji mera za očuvanje mentalnog zdravlja na nivou organizacije i sistema (Eurofound & EU-OSHA, 2014). Ovakav participativni model doprinosi snažnijoj legitimnosti regulativnih rešenja, jer uključuje glas radnika u procesu procene rizika, razmatranja preventivnih mera i nadzora nad njihovom primenom.

Iz pravno-analitičke perspektive uloga sindikata u institucionalizaciji mentalnog zdravlja na radu ogleda se u njihovoj sposobnosti da deluju kao kanal za artikulisanje kolektivnih interesa zaposlenih, što jača preventivne kapacitete institucija i postavlja dobar temelj za primenu standarda dužne pažnje kroz normative i organizacione mehanizme koji nisu isključivo afirmisani kroz sudsku praksu, već institucionalno podržani kroz socijalni dijalog i kolektivna prava.

6. POSEBNI MEHANIZMI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU

Zaštita mentalnog zdravlja zaposlenih predstavlja složeni javnozdravstveni, pravni i društveni izazov savremenog doba, budući da se mentalno blagostanje ne može posmatrati izolovano od organizacije radnog vremena, odmora i odsustva, kao i rada u digitalnom okruženju. U uslovima savremenog rada percepcija ravnoteže između poslovnih i privatnih, porodičnih obaveza prelazi okvire psihološkog fenomena i postaje pravno relevantna sa aspekta smanjenja rizika po mentalno zdravlje zaposlenih – usklađivanjem pravnih standarda o organizaciji radnog vremena, odmora i odsustva sa standardima zaštite bezbednosti i zdravlja na radu.

Ključni elementi posebnih mehanizama zaštite mentalnog zdravlja na radu, koji će biti predmet detaljne analize u ovom poglavlju, obuhvataju pravne koncepte vezane za ravnotežu između profesionalnog angažmana i privatnog života, organizaciju radnog vremena i garantovana prava na odmore i odsustva, uključujući i tzv. *posebno odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva* koji se javlja kao inovativni pravni instrument internog karaktera usmeren na prevenciju psihološkog opterećenja i stresnih situacija na radu, tj. prevenciju povreda i oštećenja mentalnog zdravlja. Ovi mehanizmi takođe uključuju norme koje adresiraju digitalnu dostupnost i opterećenje van formalno definisanih radnih sati, sati nakon utvrđenog radnog vremena, poput *prava na digitalnu nedostupnost*.

Navedeni instrumenti odražavaju međunarodne i regionalne standarde u oblasti radnog prava i zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, uključujući Direktivu 2003/88/EC o organizaciji radnog vremena (*Working Time Directive*), koja propisuje minimalne zahteve u pogledu dnevnog, nedeljnog i godišnjeg odmora, maksimalnog trajanja radnog vremena i perioda za pauze u toku

rada, čime se pravno reguliše i smanjuje rizik od psihološkog opterećenja zaposlenih uzrokovanog prekomernim ili neadekvatno organizovanim radnim vremenom (Directive 2003/88/EC, 2003).

S tim u vezi, sve veći normativni značaj dobija koncept prava na digitalnu nedostupnost koji u pravnom diskursu i definiciji Eurofounda označava pravo zaposlenog da ne odgovara, odnosno da ne bude dostupan poslodavcu putem digitalnih uređaja nakon radnog vremena (Müller, 2020: 1). *Koncept digitalne nedostupnosti* javlja se kao odgovor na tehnološki uslovljene izazove radnog vremena i smatra se važnim instrumentom za zaštitu mentalnog zdravlja kroz pravnu zaštitu privatnosti i autonomije zaposlenih, kao i kroz sprečavanje psihosocijalnih rizika preklapanja poslovnih i ličnih sfera (Dumančić, 2025: 44).

Na ovaj način razvijaju se posebne politike i prakse koje imaju za cilj usklađivanje savremenih obaveza i tradicionalnih prava zaposlenih – od organizacionih pristupa koji obuhvataju fleksibilne radne aranžmane i rad na daljinu do formalno-pravno garantovanih prava na odmor i odsustva, uključujući inovativne prakse poslodavaca, poput odsustva zbog osećanja nezadovoljstva koje su primenjene u Kini, kao i normativno utemeljenu zaštitu od „uvek dostupnog“ režima rada i dominantne kulture stalne dostupnosti poslodavcu koju je prvi put uspostavilo francusko zakonodavstvo 2017. godine. Savremene studije digitalnog rada pokazuju da za efikasnu zaštitu mentalnog zdravlja zaposlenih radno zakonodavstvo mora prepoznati i normativno regulisati faktore koji doprinose psihološkom opterećenju, uključujući prekomernu digitalnu povezanost, trajanje radnog vremena i emocionalni stres (Dumančić, 2025; Medina-Garrido, Biedma-Ferrer & Sanchez-Ortiz, 2020).

Primarni cilj ovih mehanizama nije samo u konkretizaciji tradicionalnih prava na radu i u vezi sa radom, poput prava na ograničeno radno vreme, odmora i odsustva, te prava na zaštitu bezbednosti i zdravlja na radu, već i u osiguranju pravne sigurnosti i razvoju organizacione kulture koja podržava mentalno zdravlje zaposlenih kao sastavnog dela savremenog sistema zaštite bezbednosti i zdravlja na radu u okviru koncepta dostojanstvenog rada.

6.1. PRAVO NA RAVNOTEŽU IZMEĐU PROFESIONALNOG I PRIVATNOG ŽIVOTA

6.1.1. *Koncept ravnoteže profesionalnog i privatnog života – društveni kontekst nastanaka i razvoja*

Koncept ravnoteže između profesionalnog i privatnog života razvio se kao odgovor na složene društvene promene u organizaciji rada i porodičnom životu tokom 20. veka, povezujući ekonomsku aktivnost sa sve većim zahtevima za kvalitetnim životnim okruženjem, uz istovremeno sagledavanje rodnog aspekta i uloge žene u savremenom društvu iz perspektive osiguranja jednakosti šansi i postupanja i sprečavanja diskriminacije (Krings, Nierling, Pedaci & Piersanti, 2009: 13). U ranim fazama industrijske ekonomije istraživanja su ukazivala da neravnomerno organizovano radno vreme i prekovremeni rad dovode do konflikata između profesionalnih obaveza i ličnih ili porodičnih zahteva, što ima direktne negativne posledice po zdravlje radnika, posebno u domenu mentalnog zdravlja u smislu povećanja napetosti, nastanka anksioznosti i depresije, iscrpljenosti, te pojave apatije (Greenhaus & Beutell, 1985: 80). Ovaj rani koncept konflikta između radnih i vanradnih uloga poslužio je kao osnov za dalje teorijsko i empirijsko istraživanje u oblasti ravnoteže rada i života.

Tokom kasnog 20. i ranog 21. veka ravnoteža između profesionalnog i privatnog života postaje centralna tema u literaturi o uslovima rada i naročito organizacionom ponašanju, posebno zbog promena u strukturi radne snage – uključujući povećano učešće žena, rast fleksibilnih oblika zapošljavanja i radnog angažovanja, kao i promene u dinamici između profesionalnog angažmana i porodičnih obaveza (Lewis, 2009). Naime, ove studije ukazuju da balansiranje između profesionalnih i privatnih obaveza nije samo individualni izazov već i društveni i organizacioni fenomen koji se direktno reflektuje na psihološko blagostanje i produktivnost radnika te stoga ima sve veći značaj i za radno pravo kao naučnu disciplinu.

Sa sociološkog i javnopolitičkog aspekta koncept ravnoteže profesionalnog i privatnog života odražava transformaciju

društvenih normi u kojima država, poslodavci i civilno društvo prepoznaju potrebu za regulacijom radnog vremena, porodičnih obaveza i ličnog života. Pojava fleksibilnih oblika zapošljavanja, rastuća digitalizacija rada i sve veća uključenost žena na tržištu rada doveli su do toga da je balansiranje profesionalnih i privatnih obaveza postalo ključni pokazatelj socijalne kohezije i jednakosti šansi i postupanja (Krings et al., 2009). Tako sociološka istraživanja naglašavaju da neuskладivost radnih i porodičnih uloga može doprineti povećanju rodni nejednakosti, povećanju socijalnog stresa i smanjenju kvaliteta života zaposlenih i radno angažovanih lica, što zahteva institucionalne i pravne intervencije (Krings et al., 2009; Lewis, 2009).

U pravnom kontekstu sociološki nalazi služe kao osnov za razvoj normativnih rešenja kojima se prepoznaje da zaštita mentalnog zdravlja zaposlenih nije isključivo medicinsko ili individualno pitanje, već pitanje javnog interesa i šire društvene odgovornosti. Regulativa koja prepoznaje pravo na ravnotežu između rada i privatnog života, kao što su Direktiva 2003/88/EC o radnom vremenu i Direktiva (EU) 2019/1158 o usklađivanju rada i privatnog života za roditelje i negovatelje, nastaje upravo kao odgovor na ove socijalno-političke potrebe (Directive (EU) 2019/1158, 2019). Time koncept ravnoteže profesionalnog i privatnog života postaje pravno priznat i kao *instrument za prevenciju psihosocijalnih rizika i zaštitu mentalnog zdravlja zaposlenih*, čime se sociološko-politički imperativ prevodi u obavezu zakonodavca i regulatornog sistema.

6.1.2. Ravnoteža između profesionalnog i privatnog života – ključni pravni aspekti

U pravnom okviru, naročito u evropskom kontekstu, reforma radnog zakonodavstva tokom poslednjih decenija počinje da se fokusira ne samo na zaštitu fizičkog, telesnog integriteta zaposlenog već i na organizaciju radnog vremena u promenjenim okolnostima u kontekstu digitalizacije i automatizacije rada, kao i na prava vezana za porodične obaveze i tendenciju promena

porodičnih uloga. Primer ovakvog razvoja je Direktiva o ravnoteži profesionalnih i porodičnih obaveza (EU) 2019/1158, koja normativno uređuje prava zaposlenih na roditeljsko odsustvo, fleksibilne radne aranžmane i odsustva za negovatelje sa ciljem unapređenja usklađivanja profesionalnih i privatnih obaveza. Direktiva prepoznaje da organizacija radnog vremena i mogućnost korišćenja ovih prava pomažu u uspostavljanju načela jednakosti na radu, ali i zaštite fundamentalnih prava na radu i u vezi sa radom, uključujući i pravo na bezbednu i zdravu radnu sredinu (Chieragato, 2020; Directive (EU) 2019/1158, 2019).

Direktiva (EU) 2019/1158 prvi put na nivou EU uspostavlja pravo na plaćeno odsustvo za očeve u trajanju od 10 radnih dana, kao i dva meseca plaćenog roditeljskog odsustva za svakog roditelja, uz mogućnost još dva dodatna meseca neplaćenog odsustva, gde države članice mogu predvideti i veći obim prava od ovog utvrđenog Direktivom, čime se promoviše ravnomernija raspodela porodičnih obaveza i smanjuje rodna nejednakost u pristupu tržištu rada (Oliveira, De la Corte-Rodríguez & Lütz, 2020: 295). Pored toga, Direktiva uvodi novo pravo na odsustvo za negovatelje (*carers' leave*) u trajanju od najmanje pet radnih dana godišnje, kao i pravo roditelja i negovatelja da traže fleksibilne radne aranžmane, uključujući rad na daljinu, kako bi se efikasno uskladile profesionalne i privatne obaveze (Oliveira et al., 2020: 295). Njena normativna struktura počiva na pretpostavci da mogućnost prilagođavanja radnog vremena i organizacije rada predstavlja ključni element prevencije konflikta između radnih i privatnih obaveza, a time i važan instrument smanjenja psihosocijalnih rizika.

Poseban značaj ima pravo zaposlenih da zahtevaju fleksibilne radne aranžmane, uključujući skraćeno radno vreme, fleksibilno raspoređivanje radnih sati ili rad na daljinu. Iako se ne radi o apsolutnom pravu na odobravanje zahteva za fleksibilnim radom, već o pravu na podnošenje zahteva, uz obavezu poslodavca da ga razmotri i obrazloži eventualno odbijanje, normativno priznanje ovog instituta doprinosi jačanju subjektivne pravne sigurnosti zaposlenih i omogućava institucionalizovano ublažavanje radnog opterećenja (Chieragato, 2020). Time se ravnoteža

profesionalnog i privatnog života postavlja kao deo šireg sistema zaštite zdravlja na radu u kojem i prevencija psihosocijalnih rizika postaje sastavni deo regulatorne intervencije.

Sa aspekta međunarodnih standarda rada i međunarodnog univerzalnog radnog prava, Međunarodna organizacija rada u svojim izveštajima naglašava značaj pristupa radu koji omogućava zaposlenima kontrolu nad rasporedom i slobodno vreme za porodične i lične obaveze, što je nadalje direktno povezano sa idejom ravnoteže rada i života, te prepoznato kao elementarna komponenta zaštite prava na ograničeno radno vreme, ali i prava na zaštitu mentalnog i fizičkog zdravlja i ostvarenje socijalnog blagostanja (ILO, 2022). Naime, MOR jasno ukazuje da ravnoteža života i rada povećava ličnu satisfakciju zaposlenih i stvara osećaj sigurnosti posla kod onih radnika koji su prijavili visok nivo ostvarenja ravnoteže između profesionalnog i privatnog života (ILO, 2022: 2).

Iako ravnoteža između profesionalnog i privatnog života nije izričito priznata kao autonomno ljudsko pravo u međunarodnim instrumentima o ljudskim pravima, u okviru Directive (EU) 2019/1158 ona se tretira kao *javnopolitički cilj* kojim se promovišu socijalna sigurnost, rodna ravnopravnost i osnovna radna prava, kroz posebna prava roditelja i negovatelja, a posebno u kontekstu tradicionalnog radno-socijalnog prava na ograničeno radno vreme, odmora i odsustva. Paralelno *praksa Evropskog suda za ljudska prava* u tumačenju člana 8 Evropske konvencije o ljudskim pravima (pravo na poštovanje privatnog i porodičnog života) potvrđuje da profesionalne obaveze i organizacione prakse poslodavaca mogu imati direktne implikacije po privatni život zaposlenog, čime se oblikuje pravni okvir koji indirektno jača zaštitu ravnoteže između rada i privatnog života.

Naime, Sud je, u predmetima poput *Barbulescu protiv Rumunije (Bărbulescu v Rumunija)* – (*Bărbulescu v. Romania*, no. 61496/08) – utvrdio da nadzor elektronske komunikacije zaposlenog koji značajno utiče na njegov privatni život može predstavljati povredu prava po čl. 8 Evropske konvencije o ljudskim pravima, posebno kada profesionalne mere prelaze legitimne potrebe poslodavca. U predmetu *Barbulescu* Evropski sud za ljudska prava je

utvrdio da nadzor elektronskih komunikacija zaposlenog, sproveden bez jasnog obaveštenja i proporcionalne procene, predstavlja povredu prava na privatni i porodični život iz čl. 8 Sud je istakao da pravilo poslodavca o zabrani lične upotrebe radne opreme ne može potpuno ukloniti legitimno očekivanje zaposlenog da njegova komunikacija ostane privatna. Tako nacionalni sudovi nisu postigli pravičnu ravnotežu između kontrole radne discipline i zaštite privatnosti, jer zaposleni nije bio adekvatno informisan o nadzoru i njegovim granicama, što je direktno uticalo na njegovu ličnu i porodičnu komunikaciju. Slično tome, u predmetu Markin protiv Rusije (*Markin v Rusija*) – (Konstantin Markin v. Russia, no. 30078/06) – Sud je zaključio da ograničavanje prava na odsustvo radi nege deteta može imati diskriminatorne posledice i narušiti pravo na porodični život u vezi sa zabranom diskriminacije (čl. 14) u odnosu na član 8 Evropske konvencije o ljudskim pravima, čime se indirektno jača pravni sadržaj prava povezanih sa usklađivanjem rada i privatnog života. U ovom predmetu Evropski sud za ljudska prava je utvrdio da je odbijanje traženja roditeljskog odsustva za muškarca, koje je rusko zakonodavstvo ograničavalo samo na žene, predstavljalo oblik diskriminacije na osnovu pola u kombinaciji sa povredom prava na poštovanje privatnog i porodičnog života iz čl. 8 Konvencije i zabrane diskriminacije iz čl. 14 Sud je, naime, utvrdio da različito postupanje prema pripadnicima muškog u odnosu na ženski pol u kontekstu prava na roditeljsko odsustvo predstavlja oblik diskriminacije. U ovoj odluci Veliko veće posebno naglašava da savremeno evropsko društvo teži ka većoj ravnopravnosti roditelja u preuzimanju odgovornosti za brigu o deci, te da različita zakonska rešenja koja daju prioritet ženama u pristupu pravu na roditeljsko odsustvo moraju biti pravno opravdana u skladu sa Konvencijom.

Praksa Evropskog suda za ljudska prava indirektno je značajna za radnopravnu zaštitu mentalnog zdravlja, jer ukazuje na to da granice profesionalnih obaveza i uticaj posla na privatnu sferu ne bi trebalo da ostanu van pravnog nadzora, te da pravo na privatni i porodični život u savremenom društvu mora biti usklađeno sa normativnim standardima zaštite zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje i blagostanje zaposlenih.

6.1.3. Domašaj koncepta ravnoteže između profesionalnog i porodičnog života – javnopolitički i pravni značaj

Upravo kroz ovaj istorijski, javnopolitički i pravni razvoj koncept ravnoteže između profesionalnog i privatnog života prelazi put od teorijskog koncepta socijalno-rodnog konflikta do pravno prepoznatog mehanizma zaštite bezbednosti i zdravlja na radu, uključujući i zaštitu mentalnog zdravlja i blagostanja, normativno podržanog kroz EU regulativu, međunarodne standarde i sudsku praksu zaštite ljudskih prava.

Pravo na ravnotežu profesionalnog i privatnog života u savremenom radnom pravu stoga prevazilazi okvir socijalne politike i poprima karakter samostalnog pravnog mehanizma zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih u okviru sistema bezbednosti i zdravlja na radu. U teorijskim i empirijskim istraživanjima neravnoteža između radnih i privatnih obaveza prepoznata je kao značajan psihosocijalni rizik povezan sa povećanim nivoom stresa, anksioznosti i smanjenog subjektivnog blagostanja (van der Wel et al., 2014). Konflikt između profesionalne i porodične uloge, naročito u kontekstu kulture stalne digitalne dostupnosti, predstavlja faktor koji može generisati hronično psihološko opterećenje i dovesti do narušavanja mentalnog zdravlja zaposlenih (Borowiec et al., 2022). U tom smislu koncept ravnoteže života i rada dobija normativnu dimenziju, jer njegovo ostvarivanje više ne zavisi isključivo od organizacione kulture poslodavca, već postaje predmet pravnog uređenja.

Empirijska istraživanja na evropskom nivou potvrđuju da države sa razvijenijim politikama ravnoteže života i rada beleže povoljnije pokazatelje subjektivnog blagostanja i niži nivo radnog stresa (Lunau, Bambra, Eikemo, van der Wel & Dragano, 2014). Tako studija Lunau i sar. (Lunau et al., 2014) pokazuje da postoji značajna povezanost između usklađivanja profesionalnog i privatnog života i opšteg zdravlja i blagostanja zaposlenih u evropskim državama. Autori zaključuju da države sa razvijenim politikama socijalne zaštite, fleksibilnim radnim vremenom i regulisanim odsustvima ostvaruju bolje ishode u pogledu mentalnog i fizičkog zdravlja radnika. Istovremeno neadekvatna

regulativa i rigidni radni režimi povećavaju rizik od stresa, psiho-socijalnog opterećenja i konflikata između poslovnog i privatnog života. Rezultati takođe ukazuju da pravno i institucionalno prepoznavanje prava na ravnotežu između rada i života doprinosi smanjenju zdravstvenih nejednakosti i unapređuje socijalnu koheziju, što potvrđuje značaj usklađivanja rada i privatnog života kao ključnog mehanizma zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih u modernim radnim okruženjima.

Osim toga, savremene studije u istočnoevropskom kontekstu, poput Poljske, pokazuju da percepcija kontrole nad radnim vremenom i mogućnost prilagođavanja radnih obaveza privatnim potrebama imaju značajan uticaj na mentalno zdravlje zaposlenih. Posebno su rizična lica iz srednje klase kod kojih postoji izražen životni i radni stil, pri čemu se ostvarivanje socijalnih uloga i profesionalnih zahteva direktno povezuje sa socijalnim statusom, a mentalno angažovanje na poslu čini ovu grupu posebno podložnom narušavanju ravnoteže između profesionalnog i privatnog života (Borowiec & Drygas, 2022: 492). Stoga se pravo na ravnotežu profesionalnog i privatnog života može kvalifikovati kao strukturni mehanizam prevencije psihosocijalnih rizika koji povezuje radno pravo i pravo bezbednosti i zdravlja na radu u jedinstven normativni okvir.

Sa druge strane, istraživanja pokazuju da formalno priznavanje politike ravnoteže između profesionalnog i privatnog života samo po sebi ne garantuje efikasnu zaštitu mentalnog zdravlja zaposlenih. Studija Medina-Garido (*Medina-Garrido*), Biedma-Ferrer (*Biedma-Ferrer*) i Sančez-Ortiz (*Sánchez-Ortiz*) iz 2020. ističe da ključnu ulogu ima stvarna dostupnost i primena ovih politika – zaposleni moraju imati mogućnost zahtevanja fleksibilnih radnih aranžmana i zakonom garantovanih odsustava bez straha od negativnih posledica po radni odnos ili diskriminacije. Tek pod ovim uslovima dolazi do smanjenja stresa, unapređenja emocionalnog i mentalnog blagostanja, kao i do smanjenja fizičkih simptoma preopterećenja i odsustva sa rada iz zdravstvenih razloga. Autori takođe naglašavaju da emocionalno i fizičko blagostanje funkcionišu kao medijatori između prava zaposlenih na fleksibilnost i stvarnog smanjenja psihosocijalnog opterećenja, što

implicira da pravni mehanizmi zaštite mentalnog zdravlja moraju biti dopunjeni organizacionim politikama i kulturom rada kako bi se obezbedila njihova efektivna primena. Dodatno istraživanje ukazuje na značajne razlike po pitanju roda i hijerarhijskog položaja zaposlenih, što implicira da politika zaštite mentalnog zdravlja i ravnoteže života i rada mora biti osmišljena sa senzitivnošću prema ovim dimenzijama (Medina-Garrido, Biedma-Ferrer & Sánchez-Ortiz, 2020).

U pravno-analitičkom smislu koncept ravnoteže između profesionalnog i privatnog života pokazuje evoluciju radnog zakonodavstva od tradicionalne zaštite fizičkog integriteta zaposlenog ka integrativnom modelu zaštite mentalnog zdravlja u kojem organizacija radnog vremena, dostupnost fleksibilnih aranžmana i zaštita od diskriminacije čine ključne elemente preventivne politike. Na taj način pravo na ravnotežu profesionalnog i privatnog života postaje deo savremenog standarda dostojanstvenog rada čije ostvarivanje ima neposredne implikacije na psihološku stabilnost i ukupno socijalno blagostanje zaposlenih.

6.2. RADNO VREME, ODMORI I ODSUSTVA – PERSPEKTIVE RAZVOJA *DE LEGE FERENDA*

Organizacija i ograničenje radnog vremena, pravo na odmor i odsustvo predstavljaju ključne tradicionalne mehanizme zaštite mentalnog zdravlja i blagostanja zaposlenih, jer direktno utiču na sposobnost pojedinaca da usklade profesionalne obaveze sa ličnim i porodičnim potrebama. Evropski i međunarodni univerzalni standardi u oblasti rada prepoznaju da prekomerni radni sati, nedovoljni periodi odmora i nemogućnost fleksibilnog pristupa odsustvima sa rada povećavaju rizik od psihosocijalnog opterećenja, stresa i smanjenja produktivnosti (ILO, 2022; Lunau, Bambra, Eikemo, van der Wel & Dragano, 2014). Savremene pravne inicijative, uključujući Direktivu (EU) 2019/1158 o usklađivanju profesionalnog i privatnog života, ističu da formalna prava zaposlenih na odsustvo sa rada i fleksibilne radne aranžmane moraju biti podržana efektivnim mehanizmima primene

kako bi imala stvarni uticaj na mentalno blagostanje (Oliveira, De la Corte-Rodríguez & Lütz, 2020).

U tom kontekstu novije analize radnog vremena i odsustva sa rada otvaraju prostor za razmatranje *posebnih, odnosno dodatnih mehanizama* za ostvarivanje ovih prava, poput prava na digitalnu nedostupnost i prava na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva, koja predstavljaju inovativne pristupe u prevenciji psihosocijalnih rizika i u unapređenju mentalnog zdravlja u digitalnom i fleksibilnom radnom okruženju (Dumančić, 2025; Medina-Garrido, Biedma-Ferrer & Sánchez-Ortiz, 2020). Važno je istaći da svi pomenuti mehanizmi – ravnoteža profesionalnog i privatnog života, pravo na digitalnu nedostupnost i pravo na odsustvo zbog osećaja nezadovoljstva – deluju *međuzavisno i uzajamno se dopunjuju*, jer zajedno služe ostvarivanju fundamentalnih prava na radu, uključujući pravo na ograničeno radno vreme, odmore i odsustva, kao i pravo na bezbednost i zdravlje na radu, posebno u promenjenim okolnostima digitalnog rada.

Polazeći od navedene međuzavisnosti instituta radnog vremena, odmora i odsustava, kao i bezbednosti i zdravlja na radu, analiza *de lege ferenda* usmerava se u pravcu pružanja normativnih odgovora koji reflektuju transformaciju procesa i organizacije rada u uslovima digitalizacije i stalne povezanosti, što ima nesumnjive implikacije na uslove rada, kao i osnovna prava iz radnog odnosa. U tom smislu pravo na digitalnu nedostupnost predstavlja logičnu evoluciju klasičnog prava na ograničeno radno vreme i dnevni i nedeljni odmor, jer nastoji da obezbedi efektivnost tih prava u uslovima u kojima tehnološka infrastruktura omogućava kontinuiranu dostupnost zaposlenog. Istovremeno sagledavanje radnopravnog značaja prava na odsustvo zbog osećaja nezadovoljstva otvara pitanje širenja koncepta instituta odsustva sa rada sa tradicionalno medicinskog, u smislu zaštite fizičkog zdravlja, na širi okvir zaštite mentalnog zdravlja i psihosocijalnog blagostanja u promenjenim okolnostima organizacije rada.

Oba instituta, posmatrana sistemski, predstavljaju pokušaj normativne adaptacije radnog prava novim oblicima rizika, pri čemu njihova legitimnost proizilazi iz potrebe očuvanja suštine fundamentalnih prava na ograničeno radno vreme, odmor i

razonodu, kao i prava na bezbednost i zdravlje na radu u digitalnom radnom okruženju.

6.2.1. *Pravo na digitalnu nedostupnost*

Digitalizacija rada, ubrzana razvojem informaciono-komunikacionih tehnologija i ekspanzijom hibridnih oblika i oblika rada na daljinu, dovela je do duboke transformacije granica između profesionalne i privatne sfere zaposlenih i radno angažovanih lica. Tradicionalni koncept radnog vremena, kao jasno definisanog pravnog instituta, postaje sve teže održiv u uslovima stalne digitalne povezanosti i tzv. kulture stalne dostupnosti, čime se otvara pitanje potrebe normativnog priznanja prava na digitalnu nedostupnost, kao savremenog radnog prava usmerenog na zaštitu (mentalnog) zdravlja i blagostanja zaposlenih. U pravno-analitičkom smislu ovo pravo predstavlja odgovor na strukturne promene rada u digitalnom društvu u kojem tehnološka dostupnost generiše nove psihosocijalne rizike, uključujući hronični stres, emocionalnu iscrpljenost i profesionalno sagorevanje (Lerouge & Trujillo Pons, 2022: 451).

Digitalna povezanost stoga proizvodi fenomen tzv. produženog radnog vremena bez formalnog priznanja, pri čemu zaposleni ostaju funkcionalno dostupni poslodavcu i nakon završetka radnog dana. Ovakvo stanje dovodi do erozije prava na odmor i razonodu, kao i prava na privatni život, koji su normativno zaštićeni međunarodnim i evropskim standardima rada. Analize razvoja prava na digitalnu nedostupnost, prema preovladavajućem stanovištu u radnopravnoj teoriji, pokazuju da ono predstavlja logičnu evoluciju prava na ograničeno radno vreme i prava na zaštitu bezbednosti i zdravlja na radu, a ne potpuno novo pravo, jer se zasniva na postojećim principima bezbednosti i zdravlja na radu, kao i na konceptu dostojanstvenog rada (Zlatanović & Škobo, 2023: 141).

U tom kontekstu pravo na digitalnu nedostupnost bi trebalo sagledavati kao *preventivni instrument zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih*. Empirijska i teorijska istraživanja pokazuju da

kontinuirana digitalna dostupnost značajno povećava kognitivno opterećenje, ometa psihološki oporavak nakon radnog vremena i dugoročno utiče na radnu sposobnost, produktivnost i opšte blagostanje zaposlenih (Zlatanović & Sjeničić, 2024: 56). Takvi izazovi zahtevaju proaktivno prilagođavanje organizacije rada i radnopravnih standarda, odnosno uslova rada novim digitalnim okolnostima (Zlatanović & Sjeničić, 2024: 56). Normativni pristup mentalnom blagostanju u digitalnoj eri podrazumeva da poslodavac ne bi trebalo samo da formalno omogući korišćenje vremena odmora već je njegova dužnost da obezbedi stvarnu zaštitu perioda (ne)dostupnosti kroz jasno definisane interne politike, edukaciju menadžmenta i praćenje psihosocijalnih rizika. U ovom okviru značaj tzv. *psihološkog ugovora*, kao implicitnog dela radnog odnosa kojim se uspostavlja lična, ali i normativna veza između zaposlenog i poslodavca, postaje posebno izražen – on oblikuje međusobna očekivanja, jača poverenje i lojalnost i doprinosi efektivnoj primeni prava na digitalnu nedostupnost u svakodnevnoj praksi savremenog rada (Zlatanović & Sjeničić, 2024: 65).

Uporednopravna iskustva, naročito Francuske i Španije, potvrđuju da normativno priznanje prava na digitalnu nedostupnost doprinosi jasnijoj raspodeli odgovornosti između poslodavca i zaposlenog u pogledu digitalne komunikacije van radnog vremena. Analiza ovih modela pokazuje da je ključna karakteristika uspešnih regulatornih pristupa kombinacija zakonskog okvira i kolektivnog pregovaranja kojim se preciziraju pravila digitalne komunikacije, periodi nedostupnosti i obaveze menadžmenta (Lerouge & Trujillo Pons, 2022: 464).

Sa druge strane, fenomeni poput tihog odustajanja (*Quiet quitting*) ukazuju da odsustvo jasnih granica rada u digitalnom okruženju može dovesti do smanjenja angažovanosti zaposlenih kao oblika neformalnog otpora prekomernim očekivanjima dostupnosti. Pravno-teorijske analize pokazuju da ovaj fenomen nije isključivo pitanje radne etike zaposlenih, već često posledica organizacionih modela i neprilagođenih uslova rada koji ne obezbeđuju stvarnu održivu ravnotežu između profesionalnog i privatnog života (Solymosi-Szekeres & Zlatanović, 2024; Zlatanović, Sovilj & Maksimović, 2025).

Iz perspektive bezbednosti i zdravlja na radu pravo na digitalnu nedostupnost predstavlja *instrument upravljanja psihosocijalnim rizicima*. Savremeni pristupi regulaciji rada sve više priznaju da mentalno zdravlje zaposlenih zavisi od organizacije rada jednako koliko i od fizičkih, odnosno tehničkih uslova rada. Istraživanja u oblasti obrazovanja dodatno potvrđuju da digitalno preopterećenje i stalna dostupnost doprinose porastu anksioznosti i profesionalnog stresa, čime se naglašava potreba sistemskog pravnog odgovora (Škobo, Stojković-Zlatanović & Sjeničić, 2024: 110–112).

Pravno sagledano, integracija prava na digitalnu nedostupnost u radnopravne standarde može se ostvariti kroz nekoliko *komplementarnih mehanizama*: (1) zakonskim priznanjem prava zaposlenih da ne odgovaraju na digitalnu komunikaciju van radnog vremena; (2) obavezom poslodavaca da uspostave interne politike digitalne komunikacije; (3) uključivanjem digitalnih psihosocijalnih rizika u procene tradicionalnih rizika na radu; (4) kolektivnim pregovaranjem o regulisanju režima dostupnosti zaposlenih poslodavcu; kao i (5) edukacijom rukovodilaca o digitalnoj organizaciji rada i posledicama po mentalno zdravlje.

Na taj način pravo na digitalnu nedostupnost predstavlja svojevrsni normativni most između radnog prava, organizacionog menadžmenta i zaštite javnog zdravlja. Ovde valja naglasiti da njegova funkcija nije u ograničavanju tehnološkog razvoja, već u uspostavljanju *održivog modela digitalnog rada* zasnovanog na ljudskom dostojanstvu, zdravlju i dugoročnoj produktivnosti. Time se *radno pravo* potvrđuje kao *dinamičan regulatorni sistem* sposoban da odgovori na *izazove digitalne transformacije rada*.

Osim toga, posebno značajno pitanje u savremenoj radnopravnoj teoriji odnosi se na *pravnu prirodu prava na digitalnu nedostupnost*, odnosno na dilemu da li je reč o autonomnom novom radnom pravu nastalom u digitalnom društvu ili o savremenom normativnom instrumentu za ostvarivanje već postojećih radno-socijalnih prava zaposlenih, pre svega prava na odmor i razonodu. Ovo pitanje ima neposredne posledice po način njegovog normiranja, pravnu zaštitu, kao i mesto unutar sistema radnog prava.

U užem normativnom smislu pravo na digitalnu nedostupnost može se posmatrati kao derivativno pravo, tj. kao mehanizam operacionalizacije postojećih radnih i socijalnih prava. Naime, međunarodni i evropski standardi rada već priznaju pravo zaposlenih na ograničeno radno vreme, dnevni i nedeljni odmor, kao i pravo na privatni život. Digitalna dostupnost, međutim, dovodi do funkcionalnog onemogućavanja ostvarivanja ovih prava bez formalnog produženja radnog vremena. U tom smislu pravo na digitalnu nedostupnost predstavlja pravni odgovor na *fenomen nevidljivog rada* kojim se obezbeđuje efektivno ostvarivanje prava na odmor i razonodu u okolnostima stalne tehnološke povezanosti. Osim toga, pravo na digitalnu nedostupnost ima uticaj na satisfakciju zaposlenog-radnika, na mentalno zdravlje i blagostanje, kao i na subjektivni osećaj sreće, te se sagledava kao deo prava bezbednosti i zdravlja na radu (*Occupational health law*) (Lerouge & Trujillo Pons, 2022: 455). Posmatrano iz ove perspektive, ono *nije novo pravo, već reinterpretacija klasičnih instituta radnog vremena, zdravlja i bezbednosti na radu u digitalnom okruženju*.

Ovakav pristup potvrđuje i deo akademske literature koji pravo na digitalnu nedostupnost sagledava kao nastavak zaštitne funkcije radnog prava. Digitalne tehnologije brišu tradicionalne vremenske i prostorne granice rada, čime formalno slobodno vreme zaposlenog postaje potencijalno radno vreme. Stoga se pravo na nedostupnost javlja kao instrument očuvanja svrhe instituta odmora – psihofizičkog oporavka zaposlenog – koji predstavlja osnovni cilj zaštitnih normi radnog prava (Zlatanović & Škobo, 2023: 144).

Nasuprot tome, drugi teorijski pristup polazi od pretpostavke da digitalna transformacija rada stvara kvalitativno nove odnose koji zahtevaju priznanje novih digitalnih radnih prava (Kritikos & Iphofen, 2023). Prema ovom shvatanju, pravo na digitalnu nedostupnost nije samo sredstvo zaštite postojećih prava već izraz nove faze razvoja radnog prava u kojoj se reguliše odnos između čoveka i digitalno posredovanog rada (Kritikos & Iphofen, 2023). Argument koji može ići u prilog ovom stanovištu zasniva se na činjenici da digitalna dostupnost proizvodi

specifične psihosocijalne rizike – stalnu anticipaciju radnih zahteva, algoritamski nadzor i kontinuiranu kognitivnu angažovanost – koji nisu bili obuhvaćeni tradicionalnim normativnim konceptom radnog vremena.

U tom smislu pravo na digitalnu nedostupnost može se kvalifikovati kao *hibridni pravni institut*, koji istovremeno ima restaurativnu i inovativnu funkciju. *Restaurativna funkcija* ogleda se u zaštiti već priznatih radno-socijalnih prava, dok *inovativna funkcija* proizilazi iz potrebe regulacije digitalnih radnih odnosa kao nove društvene i organizaciono-radne realnosti. Upravo ova dvostruka priroda objašnjava zašto se u uporednom pravu ono često reguliše kombinacijom normi bezbednosti i zdravlja na radu, zaštite privatnosti i organizacije radnog vremena.

Dalje pravno-teorijska analiza pokazuje da se pravo na digitalnu nedostupnost sve više povezuje sa konceptom *preventivne zaštite mentalnog zdravlja*, čime ono dobija karakter *instrumenta upravljanja psihosocijalnim rizicima*. Savremeni pristup zaštiti mentalnog zdravlja zaposlenih naglašava da odsustvo jasnih granica između rada i odmora povećava rizik od sagorevanja i smanjenja radne angažovanosti, što se reflektuje i kroz pojave poput tihog odustajanja u digitalnom radnom okruženju (Zlatanović, Sovilj & Maksimović, 2025).

Iz pravno-sistemskog ugla najprihvatljivije je stoga posmatrati pravo na digitalnu nedostupnost kao *evolutivni institut radnog prava*, koji predstavlja normativnu adaptaciju postojećih zaštitnih principa novim tehnološkim uslovima rada. Ono ne derogira tradicionalne institute radnog vremena, već ih funkcionalno dopunjuje, omogućavajući ostvarivanje njihove izvorne svrhe u digitalnoj ekonomiji.

Tako se pravna priroda prava na digitalnu nedostupnost može sagledati kroz tri komplementarne dimenzije: (1) kao mehanizam ostvarivanja prava na odmor i prava na privatni život; (2) kao instrument zaštite mentalnog zdravlja u okviru bezbednosti i zdravlja na radu i (3) kao novo digitalno radno pravo koje reflektuje transformaciju rada u tehnološkom društvu. Upravo ova trostruka pravna funkcija potvrđuje da pravo na digitalnu

nedostupnost predstavlja jedan od ključnih normativnih odgovora savremenog radnog prava na izazove digitalne ere.

Sa druge strane, uporednopravni razvoj prava na digitalnu nedostupnost pokazuje da ne postoji jedinstven regulatorni pristup, već se ovo pravo razvija kroz *različite normativne modele* koji odražavaju odnos između radnog prava (individualnog i kolektivnog), organizacionog upravljanja i zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih. Analiza savremene akademske literature omogućava izdvajanje tri dominantna regulatorna modela: zakonski, statutarri model, kolektivno-pregovarački, tj. autonomni model i preventivno-organizacioni, odnosno model mekog prava (*soft-law model*).

Zakonski (statutarri) model – pravo na digitalnu nedostupnost kao subjektivno radno pravo zasniva se na eksplicitnom zakonskom priznanju prava na digitalnu nedostupnost kao individualnog radnog prava zaposlenog. Najpoznatiji primer predstavlja *francuski regulatorni pristup*, gde je pravo na nedostupnost uvedeno kroz reforme radnog zakonodavstva 2017. godine sa ciljem zaštite ravnoteže između profesionalnog i privatnog života. U ovom modelu zakonodavac normativno priznaje pravo zaposlenog da ne odgovara na elektronsku komunikaciju van radnog vremena, dok se poslodavcu nameće obaveza uspostavljanja internih pravila digitalne komunikacije. Naime, u Francuskoj je pravo na digitalnu nedostupnost (*droit à la déconnexion*) zakonski uvedeno kao sastavni deo reforme radnog zakonodavstva koja je stupila na snagu 1. januara 2017. godine nakon usvajanja *Loi n° 2016-1088* od 8. avgusta 2016. godine (*Loi Travail*). Ovim izmenama francuskog Zakonika o radu (*Code du travail*), naročito člana L.2242-8, uvedena je pravna obaveza za poslodavce u preduzećima sa najmanje 50 zaposlenih da u okviru obaveznih godišnjih pregovora (*négociations annuelles obligatoires*) o kvalitetu života na radu i ravnopravnosti polova uključe pitanje uređivanja upotrebe digitalnih uređaja van radnog vremena i poštovanja prava radnika da se „isključe“ iz radnih digitalnih komunikacija. Ako takav dogovor ne bude postignut, poslodavac je obavezan, nakon konsultacija sa predstavnicima zaposlenih, da uspostavi interna pravila koja definišu modalitete

ostvarivanja prava na nedostupnost i mere za njegovo sprovođenje, uključujući obuke o racionalnoj upotrebi digitalnih alata (art. L2242-8 – L2242-9, Code du travail). Cilj ove odredbe je da se poštuju zakonski garantovani periodi odmora, vreme za porodični i privatni život i da se smanje negativni efekti stalne digitalne povezanosti, uključujući stres i narušavanje ravnoteže između profesionalnog i privatnog života (France: Right to Disconnect Takes Effect, 2017; Lerouge & Trujillo Pons, 2022).

Pravno-teorijski značaj ovog modela ogleda se u transformaciji prava na ograničeno radno vreme iz pasivnog prava (odsustvo rada) u aktivno pravo na digitalnu autonomiju, čime se priznaje da savremeni rizici rada proizilaze iz tehnološke povezanosti, a ne samo iz trajanja rada. Analize francuskog i španskog sistema pokazuju da zakonsko priznanje doprinosi pravnoj sigurnosti i jasnijoj raspodeli odgovornosti između poslodavca i zaposlenog (Lerouge & Trujillo Pons, 2022).

Kolektivno-pregovarački (autonomni) model – pravo na digitalnu nedostupnost kao rezultat socijalnog dijaloga polazi od ideje da digitalna organizacija rada zavisi od specifičnosti sektora i organizacije, zbog čega se pravo na digitalnu nedostupnost razvija prvenstveno kroz granske, odnosno sektorske kolektivne ugovore i socijalni dijalog. U ovom modelu zakon ne propisuje detaljna pravila, već obavezuje socijalne partnere da pregovaraju o režimima dostupnosti, vremenskim zonama komunikacije, očekivanim odgovorima i zaštiti odmora zaposlenih. Takav pristup reflektuje tradicionalnu autonomiju kolektivnog radnog prava i omogućava fleksibilno prilagođavanje digitalnim oblicima rada. Primer regulisanja prava na digitalnu nedostupnost putem autonomnih izvora radnog prava, tj. kolektivnim pregovaranjem, jeste novela *slovenačkog radnog zakonodavstva* iz 2024. godine. Naime, prema najnovijim izmenama slovenačkog Zakona o radnom odnosu mere koje poslodavci moraju usvojiti da bi obezbedili pravo zaposlenih na digitalnu nedostupnost ne proističu neposredno iz same zakonske norme, već bi trebalo da budu utvrđene prvenstveno u kolektivnim ugovorima (npr. na nivou grane ili preduzeća), (Beširević, 2025: 194–195). Ako kolektivni ugovori nisu zaključeni ili ne uključuju pravo na digitalnu

nedostupnost, poslodavac je dužan da te mere definiše internim pravilima ili politikama, uz obavezno učešće predstavnika zaposlenih (npr. radničkog saveta) u konsultacijama pre njihovog donošenja (Beširević, 2025: 195). Sa druge strane, akademska literatura ukazuje da kolektivno pregovaranje povećava legitimnost pravila i doprinosi njihovoj stvarnoj primeni, jer se normativna rešenja formiraju uz učešće zaposlenih (Zlatanović, 2023). Istovremeno ovaj model jača participativnu dimenziju bezbednosti i zdravlja na radu, posebno u oblasti psihosocijalnih rizika i zaštite mentalnog zdravlja na radu.

I preventivno-organizacioni (soft-law) model – pravo na digitalnu nedostupnost kao deo upravljanja rizicima na radu razvija se kroz standarde bezbednosti i zdravlja na radu i organizacione politike poslodavca, bez eksplicitno utvrđenog subjektivnog prava zaposlenog. U ovom pristupu digitalna nedostupnost posmatra se kao deo obaveze poslodavca da upravlja psihosocijalnim rizicima i obezbedi održivu organizaciju rada. Model je posebno povezan sa savremenim konceptima mentalnog blagostanja i psihosocijalne bezbednosne klime, pri čemu se digitalna komunikacija reguliše kroz interne politike, edukaciju menadžmenta i procenu rizika. Iako mnoge kompanije globalno još nemaju formalnu zakonsku obavezu da regulišu pravo na digitalnu nedostupnost zaposlenih, neke velike korporacije su dobrovoljno uspostavile interne politike, mnogo pre pionirske reforme radnog zakonodavstva u Francuskoj iz 2017. godine, koje ograničavaju digitalnu povezanost van radnog vremena kao deo upravljačkog pristupa očuvanju ravnoteže između profesionalnog i privatnog života. Kao jedan od ranih primera, kompanija *Volkswagen* u Nemačkoj je 2011. godine, u saradnji sa radničkim savetom, dogovorila internu meru koja ograničava slanje poslovnih e-poruka zaposlenima van radnog vremena (Eurofound, 2021: 23–24). Konkretno je dogovoreno da kompanijski *Blekberi (BlackBerry)* serveri prestanu da dostavljaju poslovne poruke zaposlenima 30 minuta nakon završetka radnog vremena i ponovo počnu 30 minuta pre početka sledeće smene za određene grupe radnika, čime se smanjuje očekivanje stalne digitalne dostupnosti i podstiče poštovanje rada i odmora (Eurofound, 2021: 23–24).

Istraživanja ukazuju da kontinuirana digitalna dostupnost predstavlja značajan faktor stresa i sagorevanja, zbog čega organizacione mere imaju preventivnu funkciju u očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih (Zlatanović & Sjeničić, 2023). Primena ovakvih mera nadalje ukazuje na to da poslodavci sami prepoznaju dugoročne benefite smanjenja kontinuirane digitalne povezanosti – uključujući smanjenje stresa i uticaj na opšte blagostanje zaposlenih – te da ih uključuju u interne organizacione prakse i prakse upravljanja kao deo strategija zaštite mentalnog zdravlja i organizacione kulture (Eurofound, 2021). Za razliku od statutar-nih modela, ovde pravo na nedostupnost funkcioniše kao standard kulture i etike rada kod poslodavca, a ne kao individualno pravo zaposlenog.

Komparativna analiza pokazuje da se savremeni pravni sistemi sve više kreću ka *kombinovanom (hibridnom) modelu*, koji objedinjuje zakonsko priznanje prava na digitalnu nedostupnost kao deo politike pomirenja profesionalnih i privatnih obaveza, prava na ograničeno radno vreme, kao i prava na bezbednost i zdravlje na radu, kolektivno pregovaranje o načinu njegove primene, ali i organizacione politike upravljanja digitalnim rizicima. Takav pristup potvrđuje *evolutivnu prirodu prava na digitalnu nedostupnost*, pri čemu ono istovremeno pripada domenu radnog vremena, bezbednosti i zdravlja na radu i digitalne regulacije rada. Time se radno pravo transformiše iz sistema koji reguliše trajanje rada u sistem koji reguliše intenzitet i dostupnost rada u digitalnom okruženju. S tim u vezi, pravo na digitalnu nedostupnost predstavlja paradigmatičan primer prelaska od klasične zaštite zaposlenog od fizičkog opterećenja ka zaštiti od kognitivnog i psihološkog opterećenja, odnosno zamora, čime se potvrđuje njegova centralna uloga u savremenom normativnom okviru zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Razvoj prava na digitalnu nedostupnost potvrđuje da savremeno radno pravo prolazi kroz duboku transformaciju uslovljenu digitalizacijom rada i promenom prirode procesa i organizacije rada. Dok je klasično radno pravo bilo usmereno prvenstveno na ograničavanje trajanja rada i zaštitu od fizičkih rizika, digitalno radno okruženje pomera fokus ka regulisanju

dostupnosti zaposlenog i zaštiti njegove psihološke autonomije. U tom smislu pravo na digitalnu nedostupnost ne predstavlja izolovani normativni institut, već deo šire *evolucije zaštitne funkcije radnog prava*.

Pravno-analiitička rasprava pokazuje da se ovo pravo ne može jednoznačno kvalifikovati ni kao potpuno novo subjektivno pravo niti isključivo kao (tehnički) mehanizam tradicionalnog instituta radnog vremena. Njegova pravna priroda je hibridna, te predstavlja *sui generis* pravo digitalnog doba – ono istovremeno operacionalizuje već priznata prava na odmor, privatni život i bezbedne uslove rada, ali i uvodi novu regulatornu dimenziju usmerenu na upravljanje digitalnom dostupnošću kao specifičnim rizikom savremenog rada. Time pravo na digitalnu nedostupnost postaje normativni instrument prilagođavanja tradicionalnih radnopravnih kategorija digitalnoj ekonomiji i digitalnom radu.

Poseban značaj ovog instituta ogleda se u njegovoj vezi sa zaštitom mentalnog zdravlja zaposlenih. Stalna digitalna povezanost proizvodi kontinuirano kognitivno opterećenje i stanje latentne radne pripravnosti koje onemogućava stvarni psihološki oporavak zaposlenog čak i kada formalno ne obavlja rad. U tom kontekstu pravo na digitalnu nedostupnost funkcioniše kao *preventivna mera bezbednosti i zdravlja na radu*, jer omogućava ostvarivanje osnovne svrhe odmora – regeneracije radne sposobnosti i očuvanja mentalnog integriteta zaposlenog.

Istovremeno analiza pokazuje da efikasnost ovog prava ne zavisi isključivo od zakonskog priznanja, već od njegove integracije u *organizacionu kulturu i etiku rada*. Normativne garancije ostaju ograničenog dometa ukoliko nisu praćene odgovarajućim praksama upravljanja, jasnim pravilima digitalne komunikacije i razvojem kulture rada koja poštuje granice između rada i privatnog života.

Savremeni regulatorni trendovi stoga ukazuju na potrebu *integrisanog pristupa* koji objedinjuje radno pravo, bezbednost i zdravlje na radu i organizacioni menadžment. Pravo na digitalnu nedostupnost postaje deo šireg sistema preventivne zaštite u kojem poslodavac nije samo nosilac obaveze poštovanja radnog vremena već aktivni upravljač psihosocijalnim rizicima rada.

Na taj način standard dužne pažnje poslodavca dobija novu sadržinu – obavezu oblikovanja digitalnog radnog okruženja koje omogućava održivu ravnotežu između produktivnosti i dobrobiti zaposlenih.

Stoga se pravo na digitalnu nedostupnost može posmatrati kao jedan od ključnih normativnih pravaca tranzicije ka *humanocentričnom modelu digitalnog rada*. Njegova svrha nije ograničavanje tehnološkog razvoja, već uspostavljanje pravnih granica koje omogućavaju da digitalizacija rada ostane kompatibilna sa osnovnim vrednostima radnog prava – ljudskim dostojanstvom, zdravljem i socijalnom održivošću rada. Time se potvrđuje da budućnost radnog prava ne zavisi samo od regulacije rada kao aktivnosti, već i od regulacije dostupnosti čoveka radu u digitalnom društvu.

6.2.2. Pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva

Institut odsustva sa rada predstavlja jedno od klasičnih i normativno najrazvijenijih prava iz radnog odnosa. Radnopravni značaj prava na plaćeno odsustvo (uz naknadu zarade) i neplaćeno odsustvo (bez naknade zarade) ogleda se prvenstveno u funkciji uspostavljanja ravnoteže između profesionalnog i privatnog života, odnosno cilj je zadovoljenje porodičnih i uopšte životnih potreba i odgovornosti zaposlenih (Lubarda, 2018: 208). Istorijski posmatrano, pravo na odsustvo sa rada razvijalo se paralelno sa afirmacijom socijalne funkcije radnog prava, naročito kroz standarde MOR, uključujući Konvenciju br. 156 o pomirenju profesionalnih i porodičnih obaveza (Lubarda, 2018: 208).

U savremenoj literaturi odsustvo sa rada, naročito pravo na roditeljsko odsustvo, tumači se ne samo kao individualno pravo zaposlenog već i kao instrument javne politike usmeren na prevenciju stresa, stanja anksioznosti i depresije, kao i drugih rizika po mentalno zdravlje (Goodman & Dumet Poma, 2023). Osim toga, radno pravo poznaje i pravo na posebno plaćeno odsustvo koje ima za cilj prevenciju radne invalidnosti, odnosno utvrđivanje prava na korišćenje rekreativnog odmora u trajanju

od sedam radnih dana (Lubarda, 2012: 514), što je oblik odsustva sa rada čiji je cilj zaštita zdravlja i bezbednosti zaposlenih kao mere prevencije i promocije zdravlja.

Normativna evolucija prava na odmore i odsustva sa rada ukazuje na postepeno širenje njihovog obima i funkcije – od klasičnog prava na godišnji odmor, preko odsustva zbog bolesti, roditeljstva i nege, do savremenih oblika odsustva motivisanih potrebom očuvanja mentalnog zdravlja zaposlenih. Navedeni oblici odsustva zasnivaju se na različitim pravnim osnovama. Tako pravo na godišnji odmor predstavlja tradicionalni institut zaštitnog radnog zakonodavstva usmeren na očuvanje bezbednosti i zdravlja na radu i obnovu radne sposobnosti zaposlenog. Nasuprot tome, odsustvo zbog bolesti svoje normativno uporište nalazi prvenstveno u sistemu socijalnog osiguranja, dok odsustva povezana sa roditeljstvom i porodičnim obavezama predstavljaju rezultat savremenih javnopolitičkih pristupa i zakonodavnih intervencija usmerenih ka uspostavljanju ravnoteže između profesionalnih i porodičnih obaveza. Ova odsustva istovremeno reflektuju šire društvene promene, uključujući transformaciju porodičnih uloga, razvoj politika brige o porodici i odgovore pravnih sistema na nepovoljne demografske trendove.

U tom kontekstu savremeni koncepti organizacionog upravljanja ljudskim resursima i radnopravne politike sve češće prepoznaju preventivnu funkciju instituta odsustva sa rada kao mehanizma očuvanja psihofizičkog integriteta zaposlenih i osiguranja socijalnog blagostanja na radu (Eurofound, 2017: 110–112; OECD, 2021). Time se pravo na odsustvo transformiše iz isključivo reaktivne mere – vezane za već nastupilu bolest ili povredu ili situaciju kada zaposleni ima potrebu za dodatnom podrškom, poput onih vezanih za porodični život (sklapanje braka, porođaj supruge/vanbračne partnerke, teža bolest ili smrt člana uže porodice) – u proaktivni instrument prevencije rizika. S tim u vezi, nalazi publikacije Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj “Bistriji um, bolji posao” (*Fitter Minds, Fitter Jobs*, 2021) potvrđuju da odsustva sa rada dobijaju novu pravnu i funkcionalnu dimenziju – ona više ne predstavljaju isključivo posledicu narušenog zdravlja zaposlenog, već potencijalni instrument prevencije

nastanka mentalnih poremećaja i očuvanja radne sposobnosti. Naime, ukazuje se da su rane intervencije na radnom mestu, uključujući fleksibilne oblike odsustva i organizacione mere koje omogućavaju privremeno povlačenje zaposlenog iz stresnog radnog okruženja, značajno efikasnije od naknadnih mera lečenja i dugotrajne socijalne zaštite (OECD, 2021: 98–101).

U tom smislu razvoj novih oblika odsustva – poput preventivnih ili interno uvedenih odsustava usmerenih na očuvanje mentalnog blagostanja na radu – može se tumačiti kao izraz evolucije radnog prava ka modelu upravljanja psihosocijalnim rizicima. Takav pristup istovremeno operacionalizuje obavezu poslodavca da omogući bezbedne i zdrave uslove rada i doprinosi održivosti sistema socijalne sigurnosti, jer smanjuje rizik dugotrajne nesposobnosti za rad i socijalne isključenosti. Stoga odsustvo sa rada radi prevencije mentalnih oboljenja predstavlja *normativno logičan nastavak razvoja zaštitne funkcije radnog prava*, u kojem se fokus pomera sa saniranja posledica na anticipativno očuvanje zdravlja zaposlenih, čime se potvrđuje transformacija savremenog radnog prava ka proaktivnom, integrativnom i javnozdravstveno orijentisanom regulatornom modelu koji podržava javnopolitički pristup zdravlju, odnosno mentalnom zdravlju u svim politikama (od politike obrazovanja, rada i zapošljavanja do politike socijalne sigurnosti).

Na ovim osnovama se u uporednoj praksi poslodavaca pojavljuje i tzv. *pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva*, razvijeno kao interna politika pojedinih poslodavaca u Kini. Reč je o dobrovoljno uvedenoj meri koja zaposlenima omogućava korišćenje ograničenog broja dana (deset radnih dana godišnje) plaćenog odsustva u situacijama subjektivnog osećaja emocionalnog nezadovoljstva ili psihičke opterećenosti, bez obaveze medicinskog dokazivanja privremene sprečenosti za rad (Sibayan, 2024). U literaturi o radnim odnosima u Kini ovakve prakse se analiziraju u širem kontekstu reformi radnog prava i razvoja korporativnih politika usmerenih ka očuvanju mentalnog zdravlja zaposlenih, naročito u uslovima intenzivne konkurencije i visokih zahteva radnog okruženja (Chan & He, 2018; Meng & Wang, 2025).

Sa stanovišta radnog prava pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva nema karakter subjektivnog prava zasnovanog na zakonu, već predstavlja autonomni akt poslodavca, utemeljen u njegovoj organizacionoj i normativnoj autonomiji. Ipak pravna relevantnost ovog prava proizilazi iz šire obaveze poslodavca da obezbedi bezbedne i zdrave uslove rada, uključujući i zaštitu mentalnog zdravlja zaposlenih, što je potvrđeno u međunarodnim standardima i komparativnoj praksi. U tom smislu odsustvo zbog nezadovoljstva može se posmatrati kao instrument implementacije dužnosti pažnje poslodavca u domenu psihosocijalnih rizika i zaštite mentalnog blagostanja na radu.

Poseban značaj ovog mehanizma ogleda se u njenoj preventivnoj a ne reaktivnoj prirodi. Za razliku od odsustva zbog bolesti, koje se aktivira nakon medicinski utvrđene bolesti, odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva deluje u ranoj fazi – pre nego što psihičko opterećenje preraste u klinički manifestovan poremećaj zdravlja. Empirijska istraživanja ukazuju na snažnu vezu između hroničnog radnog stresa, emocionalne iscrpljenosti i kasnijih mentalnih poremećaja, kao i na značaj ranih intervencija u smanjenju dugoročnih posledica po pojedinca-radnika i organizaciju, odnosno po poslodavca (OECD, 2021). U tom smislu pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva može se kvalifikovati kao primer dobre prakse u oblasti upravljanja psihosocijalnim rizicima na radu, na nivou poslodavca.

Sa aspekta javne politike i sistema socijalne sigurnosti ovakve interne mere poslodavaca imaju i širi društveni značaj. Prevencija mentalnih poremećaja i sagorevanja doprinosi smanjenju troškova bolovanja, invaliditeta i dugotrajne nezaposlenosti, čime se indirektno rasterećuju sistemi zdravstvene i socijalne zaštite (Eurofound, 2017; OECD, 2021). Time se potvrđuje da zaštita mentalnog zdravlja na radu nije samo individualno pravo zaposlenog, već i pitanje održivosti tržišta rada i socijalne kohezije.

Stoga, iako pravo na odsustvo zbog osećanja nezadovoljstva još uvek nema univerzalnu normativnu potvrdu u radnom zakonodavstvu, njegova pojava u praksi pojedinih poslodavaca (primer Kine) predstavlja indikativan pravac evolucije radnog

prava ka integrisanju mentalnog zdravlja u okvir preventivne zaštite bezbednosti i zdravlja na radu. Kao proaktivna mera ono reflektuje pomeranje paradigme – od saniranja posledica ka upravljanju rizicima – i može poslužiti kao model za buduće normativne inovacije u oblasti zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih i radno angažovanih lica.

Institut odsustva zbog osećaja nezadovoljstva otvara i šire teorijsko pitanje granica normativne intervencije u domenu subjektivnih emocionalnih stanja zaposlenih. Njegova pojava ukazuje na postupno preoblikovanje radnopravne paradigme – od tradicionalnog modela zaštite usmerenog na fizičku bezbednost i već manifestovanu bolest ka integrisanom pristupu koji u središte stavlja prevenciju psihosocijalnih rizika i očuvanje mentalnog integriteta zaposlenog kao dela njegovog dostojanstva na radu. U tom smislu ovaj institut može se tumačiti kao anticipatorni mehanizam usklađen sa savremenim trendovima u međunarodnim politikama rada i zapošljavanja, koje promoviše MOR i SZO, a koji mentalno zdravlje prepoznaju kao sastavni element prava na bezbedne i zdrave uslove rada. Time institut odsustva zbog osećaja nezadovoljstva prevazilazi okvir pojedinačne korporativne inovacije i postaje indikator moguće buduće normativne evolucije radnog prava u pravcu jačanja preventivne i humanizujuće funkcije radnog zakonodavstva.

6.2.3. Programi blagostanja na radu & zaštite mentalnog zdravlja – organizaciono-pravni aspekt

Programi blagostanja na radu (*Wellness* programi) koji se implementiraju na radnim mestima sve se više prepoznaju kao ključne organizacione inicijative za unapređenje mentalnog zdravlja zaposlenih. Ovi programi obuhvataju niz aktivnosti, od radionica upravljanja stresom, preko programa svesnosti i meditacije, do podrške mentalnom blagostanju putem edukacija i obuka za zaposlene. Empirijska literatura ukazuje da organizacione intervencije – uključujući programe blagostanja i mentalno-zdravstvene programe – imaju pozitivne efekte u pogledu smanjenja

stresa, anksioznosti i sagorevanja, te doprinose opštem blagostanju radne snage (Sarkar et al., 2024).

U pravno-analitičkom kontekstu ovi programi se mogu posmatrati kao deo šireg spektra inicijativa poslodavca usmerenih *na poboljšanje uslova rada*, iako inicijalno potiču iz domena organizacionog upravljanja ljudskim resursima. Programi blagostanja na radu, uključujući one sa fokusom na mentalno zdravlje, često se implementiraju unutar radnog vremena i mogu biti povezani sa *institucionalizacijom pauza tokom radnog vremena*, kao radnopravnog instituta (npr. pauze za odmor, pauze za oporavak), jer podstiču prekide u intenzivnom radu zbog povratka psihičke i fizičke ravnoteže zaposlenih. Konceptualno, ova povezanost omogućava pravnu analizu mera blagostanja na radu u kontekstu obaveze poslodavca da omogući bezbedno i zdravo radno okruženje.

Prema međunarodnim smernicama i standardima psiho-loške bezbednosti na radu, poslodavci ne samo da imaju interes već i pravnu obavezu da upravljaju psihosocijalnim rizicima, uključujući stres i druge faktore koji utiču na mentalno zdravlje (WHO & ILO, 2022). Okvirna direktiva o bezbednosti i zdravlju na radu (89/391/EEC) nalaže identifikaciju, procenu i upravljanje rizicima na radu, što obuhvata i psihosocijalne rizike povezane sa mentalnim zdravljem radnika. Navedene odredbe ukazuju da program blagostanja na radu – makar kao organizaciona mera – može predstavljati deo pravnoobavezujućih ili preporučenih mera zaštite zdravlja u radnom okruženju.

Osim toga, akademske studije ističu da sveobuhvatni programski pristupi koji kombinuju različite strategije – edukaciju, prakse prisutnosti, odnosno svesne pažnje (*Mindfulness* prakse) i organizacione intervencije – pokazuju efikasnost u poboljšanju mentalnog blagostanja zaposlenih. Studije sistematskih analiza mentalnih zdravstvenih intervencija na mestima rada ukazuju da takvi programi mogu značajno doprineti smanjenju stresa i poboljšanju subjektivnog osećaja dobrobiti zaposlenih (Virtanen et al., 2025).

Sa stanovišta radnog prava pauze tokom radnog vremena tradicionalno se sagledavaju kao pravno regulisano vreme

odmora unutar radnog dana. One se zaposlenima sa punim radnim vremenom priznaju ili kao deo efektivnog, plaćenog radnog vremena – što je slučaj u pravu Srbije – ili kao neplaćeno pravo, u skladu sa različitim uporednopravnim modelima evropskog prava (Lubarda, 2018: 200). Pauze funkcionišu kao ključni prostor za obnavljanje psihičke energije zaposlenih, što se može ostvariti i kroz tzv. kratke pauze jačanja (*Booster breaks*), vežbe prisutnosti, odnosno svesne pažnje ili drugih organizacionih mera mentalnog osnaživanja tokom radnog vremena. Sa pravnog aspekta ovakva praksa ima opravdanje u okviru prevencije narušavanja zdravlja – posebno mentalnog – jer poslodavac ima i zakonsku i etičku obavezu da omogući bezbedno i zdravo radno okruženje. Savremeni standardi zaštite zdravlja na radu dodatno naglašavaju odgovornost poslodavca za identifikaciju, procenu i minimiziranje psihosocijalnih rizika, čime se direktno povezuje institucionalizacija pauza u obliku programa blagostanja koja je deo organizacione prakse sa obavezama u oblasti radnog prava i zaštite mentalnog zdravlja i bezbednosti na radu.

Kao takvi, programi blagostanja i zaštite mentalnog zdravlja mogu predstavljati *funkcionalno produženje institucionalnih obaveza* u okviru normi bezbednosti i zdravlja na radu, te mogu biti pravno relevantni pri proceni koji obim organizacionih mera poslodavac mora preduzeti da bi ispunio standarde zaštite bezbednosti i zdravlja zaposlenih. Na primer, programi edukacije o stresu, zatim programi podrške, kao i inicijative promovisanja otvorene komunikacije o mentalnom zdravlju, mogu se smatrati delom šireg sistema zaštitnih mera koje bi poslodavac trebalo da implementira, a koje direktno utiču na radnu sposobnost, produktivnost i odsustvo narušenog mentalnog zdravlja.

Stoga su programi blagostanja i zaštite mentalnog zdravlja na mestima rada, iako *inicijalno organizacione prirode*, u pravnom kontekstu povezani sa obavezama poslodavca u okviru radnog prava da organizuje *bezbedno i zdravo radno okruženje*, uključujući *upravljanje psihosocijalnim rizicima*. Integracija ovih programa u okvir standarda o radnom vremenu, odmora i odsustva, često kroz inicijative koje se manifestuju tokom zakonski predviđenih pauza i odmora, predstavlja pravno relevantnu

dimenziju zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih u savremenom radnom pravu i oblasti bezbednosti i zdravlja na radu.

6.3. KULTURA RADA I ETIČKI STANDARDI KAO ELEMENTI SAVREMENOG RADNOPRAVNOG PORETKA

Integracija kulture i etike rada u radnopravne standarde predstavlja savremen i često nužan pristup usklađivanja organizacionih vrednosti sa pravnim okvirom zaštite zaposlenih, naročito u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, a u kontekstu promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja. Tradicionalna radnopravna regulativa fokusira se pretežno na formalne obaveze poslodavaca u pogledu fizičke bezbednosti na radu i tehničkih aspekata rizika, dok su psihosocijalni faktori rizika i organizacione vrednosti etičke prirode često ostajali van okvira pravnog adresiranja. Međutim, savremene akademske studije jasno ukazuju da etički faktori radne sredine i organizaciona kultura direktno utiču na mentalno zdravlje zaposlenih, te stoga zaslužuju sagledavanje i sa pravnog aspekta (Borrelli et al., 2024).

Ovo, sa druge strane, potvrđuju i savremena teorijska stanovišta o promenjenoj ulozi kompanija u uslovima liberalnog kapitalizma, pri čemu se ukazuje na značaj razvoja „kapitalizma sa ljudskim licem“ koji pored interesa vlasnika kapitala, odnosno ovde poslodavca, adresira i interese šireg kruga društvenih aktera – poput interesa potrošača, zaposlenih i javnog interesa uopšte. Savremena razmatranja društvene odgovornosti kompanija ukazuju na postepenu transformaciju odnosa između ekonomskih ciljeva poslovanja i normativnih zahteva zaštite društvenih vrednosti, pri čemu se granica između dobrovoljne etike poslovanja i pravno obavezujućih standarda sve više briše. Kako istiće Vasiljević (2013), razvoj koncepta društvene odgovornosti kompanija odvija se kroz evolutivni prelaz od političkog i moralnog diskursa ka pravnoj institucionalizaciji odgovornosti, čime kompanije prestaju da budu isključivo nosioci privatnog ekonomskog interesa i postaju akteri sa izraženom društvenom funkcijom

(Vasiljević, 2013). Ovakva transformacija ima neposredne implikacije na radnopravnu sferu, jer integracija kulture i etike rada u radnopravne standarde predstavlja upravo normativni izraz šireg procesa internalizacije društvene odgovornosti u organizaciono upravljanje radom. U tom smislu, zaštita dostojanstva zaposlenih, prevencija psihosocijalnih rizika i afirmacija zdravog radnog okruženja ne mogu više ostati na nivou organizacione politike ili korporativne kulture, već postaju sastavni deo pravnih obaveza poslodavca, čime se etički principi rada postupno prevode u obavezujuće standarde bezbednosti i zdravlja na radu.

Kultura i etika rada koje uključuju zajedničke vrednosti kao što su poštenje, solidarnost, pravednost, transparentnost, potvrđeno su povezane s merljivim ishodima mentalnog zdravlja, uključujući smanjenje simptoma depresije, anksioznosti i stresa. Ove vrednosti ne samo da doprinose etičkoj legitimnosti organizacije već podržavaju i *prevenciju psihosocijalnih rizika* i unapređenje sveukupne psihološke bezbednosti na radu. Studije o integraciji etičkih vrednosti u oblast bezbednosti i zdravlja na radu ukazuju da takav pristup unapređuje poverenje zaposlenih, saradnju i učestalost sprovođenja dobrobiti i programa blagostanja na radu, te da etički integrisani sistemi podstiču *održiv upravljački pristup zdravlju i bezbednosti* (Mixafenti, Karagkouni & Dimitriou, 2025).

S obzirom na evropski komunitarni pravni okvir, Okvirna direktiva EU o bezbednosti i zdravlju na radu (Directive 89/391/EEC) propisuje obavezu procene i upravljanja svim rizicima na radu, uključujući psihosocijalne rizike (prema preovladavajućem akademskom stanovištu). Direktiva uspostavlja pravne temelje za zaštitu zaposlenih i naglašava da poslodavci moraju imati sistematski pristup zaštiti zdravlja i bezbednosti zaposlenih. Ipak sama Direktiva ne definiše eksplicitno uvođenje etičkih i kulturnih normi kao obavezu. Međutim, dominantno javnopolitičko i akademsko zagovaranje integrativnog i holističkog pristupa bezbednosti i zdravlju na radu otvara prostor da se pravni standardi prošire i nadgrade kroz instrumente koji bi integrisali ključne etičke principe i kulturu organizacije u pravne obaveze poslodavaca.

Jedan od savremenih pristupa organizacionog menadžmenta koji se može primeniti u okviru zaštite mentalnog zdravlja na radu je *koncept psihosocijalne bezbednosne klime, odnosno kulture (Psychosocial Safety Climate – PSC)*. Psihosocijalna bezbednosna klima se definiše kao organizacioni okvir koji odražava upravljačku posvećenost očuvanju psihološkog zdravlja zaposlenih kroz strateško upravljanje psihosocijalnim rizicima, kvalitet liderstva, dizajn poslova, kontrolu radnih zahteva i razvoj međuljudskih odnosa (Amoadu, Ansah & Sarfo, 2023). Studije pokazuju da organizacije koje prioritetizuju mentalno zdravlje kroz jasne politike, participaciju zaposlenih i otvorenu komunikaciju ostvaruju povoljnije ishode mentalnog zdravlja, smanjuju stres i sagorevanje, te povećavaju osećaj psihološke sigurnosti i zadovoljstva radom (Amoadu, Ansah & Sarfo, 2023). Psihosocijalna bezbednosna klima podstiče integraciju psihosocijalnih faktora u ključne organizacione procese, omogućavajući proaktivno upravljanje rizicima i formalizaciju programa blagostanja na radu čime se kreira adekvatno definisan model dobre prakse koji može poslužiti kao vodič za uključivanje etike i kulture rada u radnopravne standarde zaštite mentalnog zdravlja (Amoadu, Ansah & Sarfo, 2023).

Naime, uvođenje koncepta psihosocijalne bezbednosne klime kao standardizovanog elementa sistema bezbednosti i zdravlja na radu može doprineti formalizaciji obaveza poslodavca ne da samo prepoznaje psihosocijalne rizike već i da proaktivno kreira radne uslove koji smanjuju negativne uticaje na mentalno zdravlje, zatim može doprineti povećanju uloge menadžmenta u zaštiti mentalnog zdravlja kroz jasno postavljene politike, odgovornosti i indikatore uspeha, kao i razvoju pravno merljivih indikatora organizacione kulture i bezbednosne klime koji bi se mogli koristiti u zakonskim i standardizovanim procenama rizika kao dodatak tradicionalnim tehničkim merama. Psihosocijalna bezbednosna klima predstavlja relevantan organizacioni okvir upravljanja koji se može primeniti u kontekstu integracije mentalnog zdravlja u radnopravne standarde. Ovaj koncept naglašava ulogu menadžmenta, organizacione politike i komunikacije u proaktivnom upravljanju psihosocijalnim rizicima, te može

poslužiti kao osnov za formalizaciju prava i obaveza poslodavaca u oblasti zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Tako se na osnovu literature o organizacionoj etici i bezbednosnoj kulturi mogu definisati sledeće preporuke za integraciju kulture i etike rada u radnopravne standarde: (1) uvođenje etičkih kriterijuma u procenu rizika – zakonodavstvo i pravilnici u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu trebalo bi da uključuju obavezu procene etičkog uticaja organizacije na dobrobit zaposlenih, uz analizu organizacionih obrazaca ponašanja, prakse liderstva i međuljudskih odnosa; (2) uvođenje standardizovanih indikatora organizacione kulture putem razvoja indikatora za ocenu kulture bezbednosti i etike rada koji bi se vrednovali kroz periodične interne i eksterne provere, čime se podstiče proaktivnost u identifikaciji etičkih nedostataka i obezbeđuje (pravna) merljivost etičkih standarda; (3) predviđanje zakonske obaveze etičkog obrazovanja i obuke – uključivanje etičke obuke i edukacije o mentalnom zdravlju u obavezne specijalizovane programe obuke za poslodavce, odnosno rukovodioce, menadžment i zaposlene sa ciljem unapređenja psihološke otpornosti i smanjenja stigmatizacije povezane sa mentalnim zdravljem; (4) razvoj participativnih mehanizama – pravnim standardima se može propisati obaveza uključivanja zaposlenih i njihovih predstavnika u razvoj i evaluaciju politika vezanih za bezbednost i zdravlje na radu, posebno u domenu mentalnog zdravlja – čime se osigurava legitimitet i etička odgovornost i konačno (5) formalizacija programa blagostanja na radu (*Wellness* programi) – programi blagostanja na radu i mentalno-zdravstveni programi mogu se formalno priznati kao deo obaveze poslodavca za upravljanje psihosocijalnim rizicima, čime se ove organizacione mere pretvaraju u standardizovane pravne obaveze.

Integracija kulture i etike rada u radnopravne standarde predstavlja *evolutivnu normativnu inovaciju* koja prepoznaje da *zaštita mentalnog zdravlja na radu* ne zavisi samo od ispunjavanja minimalnih tehničkih standarda već i od organizacione klime i moralnih vrednosti unutar radne sredine. Akademaska literatura ukazuje da etički pozitivna radna okruženja poboljšavaju mentalno zdravlje, utiču na smanjenje stresa na radu i podstiču

bezbednosnu svest (Borrelli et al., 2024; Mixafenti, Karagkouni & Dimitriou, 2025).

U tom smislu savremeni pristup zaštiti bezbednosti i zdravlja na radu sve više napušta isključivo reaktivni model pravne regulacije, zasnovan na *post factum* odgovornosti, i prelazi ka preventivnom i organizaciono-upravljanom modelu u kojem pravne norme deluju kao okvir za razvoj zdrave radne kulture. Empirijska istraživanja potvrđuju da organizacije sa razvijenom etičkom klimom beleže niže nivoe depresije, anksioznosti i profesionalnog sagorevanja zaposlenih, što ukazuje da etički standardi predstavljaju funkcionalni element sistema upravljanja rizicima, a ne samo deklarativnu vrednost (Borrelli et al., 2024). Paralelno koncept psihosocijalne bezbednosne klime pokazuje da percepcija zaposlenih o stvarnoj posvećenosti menadžmenta zaštiti zdravlja ima direktan uticaj na učestalost psihosocijalnih rizika i nivo organizacionog poverenja (Amoadu, Ansah & Sarfo, 2023).

Iz perspektive radnog prava to implicira potrebu normativnog proširenja standarda dužne pažnje poslodavca tako da oni obuhvate ne samo fizičke uslove rada već i organizacione prakse, stil rukovođenja i etičke obrasce odlučivanja. Integracija kulture i etike rada može se operacionalizovati kroz obavezno uključivanje procene psihosocijalnih rizika u procene rizika na radu, *institucionalizaciju etičkih kodeksa* kao instrumenata prevencije, participativne modele upravljanja koji uključuju zaposlene u donošenje odluka o radnim uslovima, kao i kontinuiranu edukaciju menadžmenta i zaposlenih o mentalnom zdravlju i organizacionoj odgovornosti. Na taj način kultura i etika rada postaju normativno relevantne kategorije koje konkretizuju sadržinu pravnog standarda bezbednog i zdravog radnog okruženja. S tim u vezi, u kontekstu transformacije ekonomsko-socijalnog sistema i procesa digitalizacije, koje se mogu okarakterisati kao turbulentne okolnosti, ključna je integracija fleksibilnog i participativnog pristupa upravljanju u kojem zaposleni aktivno učestvuju u identifikaciji i prevenciji rizika (Jovanović, Zlatanović & Čudanov, 2023: 617–619). Primena ovog principa u radnopravni okvir omogućava promovisanje etičke i sigurnosne kulture na radu u kojoj transparentnost, odgovornost i saradnja postaju

integralni deo organizacionih pravila i procedura. Takva integracija stvara sinergiju između pravne regulative, etičkih standarda i organizacione kulture, doprinoseći održivom sistemu bezbednosti i blagostanja zaposlenih.

Ovde je, međutim, potrebno dodatno naglasiti da digitalna transformacija tržišta rada nameće potrebu napuštanja parcijalnih i sektorski ograničenih regulatornih pristupa u korist razvoja holističkog modela javnih politika koji integriše radno pravo, obrazovne politike, sistem socijalne zaštite i savremene koncepte organizacionog upravljanja ljudskim resursima. Kao jedan od mogućih načina povezivanja organizacionih instrumenata i normativnog okvira radnog prava sve više se ističe pristup dužne pažnje zasnovan na ljudskim pravima (*Human rights due diligence model*), koji omogućava preventivno i sistemsko sagledavanje rizika po radna i socijalna prava zaposlenih. Ovaj model se posebno primenjuje u kontekstu zaštite ranjivih kategorija radnika, naročito starijih zaposlenih, pri čemu se koncept dostojanstvenog rada proširuje sa sfere individualnih radnih prava na nivo strateškog upravljanja demografskim promenama kroz javne politike i korporativno upravljanje (Zlatanović & Jovanović, 2023).

Posmatrano iz perspektive bezbednosti i zdravlja na radu, isti pristup je regulatorno prenosiv i na zdravstveno ranjive kategorije zaposlenih, uključujući osobe sa mentalnim poteškoćama, jer omogućava integraciju organizacionih preventivnih mera, procene psihosocijalnih rizika i radnopravnih standarda zaštite u jedinstven okvir odgovornog upravljanja radnim okruženjem. Na taj način model dužne pažnje zasnovan na ljudskim pravima može predstavljati primer dobre prakse funkcionalnog povezivanja organizacionog menadžmenta i radnopravnih standarda u cilju unapređenja mentalnog zdravlja i održivosti rada u digitalnoj ekonomiji.

Integracija navedenih elemenata, tj. pravila organizacionog upravljanja, etike i kulture rada u radnopravne standarde doprinosi transformaciji radnopravnog sistema iz minimalnog zaštitnog mehanizma u proaktivni regulatorni okvir usmeren ka očuvanju *ljudskog dostojanstva na radu*. Takav pristup omogućava usklađivanje radnog prava sa savremenim konceptima

održivog upravljanja ljudskim resursima i javnozdravstvenim ciljevima, čime se potvrđuje da zaštita mentalnog zdravlja predstavlja zajedničku odgovornost radnog prava, organizacionog menadžmenta i etike rada kao međusobno povezanih normativnih i društvenih sistema.

Ovakvo normativno usmerenje nalazi teorijsku potvrdu i u analizi korporativnog upravljanja koju iznosi Vasiljević (2009), naglašavajući da se savremeni koncept upravljanja kompanijom više ne može svesti isključivo na zaštitu interesa vlasnika kapitala, već podrazumeva uvažavanje interesa zaposlenih i drugih relevantnih interesnih grupa. U okviru razmatranja agencijskih problema autor posebno ističe da kvalitet upravljačkih odluka i stepen odgovornosti menadžmenta imaju neposredan uticaj na stabilnost organizacije i njen društveni legitimitet, čime društvena odgovornost kompanije postaje sastavni deo standarda dobrog upravljanja (Vasiljević, 2009).

U skladu sa ovim, u okviru prava EU afirmisani su ekološki, socijalni i standardi upravljanja kompanijama, poznati kao *ESG* standardi (*Environmental, Social, and Governance*), koji predstavljaju međunarodno priznate kriterijume za procenu održivosti i društvene odgovornosti kompanija. *ESG* standardi obuhvataju ekološke performanse, socijalnu odgovornost i načine upravljanja kompanijama, pružajući okvir za integrisano i odgovorno poslovanje (Sovilj & Zlatanović, 2024).

Primena *ESG* standarda transformiše korporativnu odgovornost u pravni okvir koji integriše poslovno pravo, radno pravo i zaštitu ljudskih prava kroz koncept održivog upravljanja kompanijama. U tom kontekstu princip dužne pažnje nalaže da poslodavci sistematski identifikuju, procenjuju i minimiziraju rizike po mentalno zdravlje zaposlenih, prepoznajući psihosocijalne aspekte radnog okruženja kao ključnu komponentu etičkog i održivog poslovanja. Integracija zaštite mentalnog zdravlja u korporativne politike u kombinaciji sa *ESG* standardima omogućava holistički pristup upravljanju ljudskim resursima, smanjuje pravne i reputacione rizike, te doprinosi stvaranju radnog okruženja koje podstiče mentalno i socijalno blagostanje, angažovanost i produktivnost zaposlenih.

Polazeći od takvog shvatanja, može se zaključiti da integracija organizacionog upravljanja, etike i kulture rada u radno-pravne standarde nije samo normativna inovacija već logična posledica evolucije koncepta korporativne odgovornosti. Ukoliko se odgovornost uprave posmatra šire u odnosu na ekonomski rezultat, tada se i zaštita mentalnog zdravlja zaposlenih nameće kao inherentni deo te odgovornosti, jer organizacioni propusti, nedostatak transparentnosti i neadekvatno upravljanje ljudskim resursima predstavljaju izvore psihosocijalnih rizika. Time se potvrđuje da savremeni radnopravni okvir, oslonjen na principe društvene odgovornosti i standarde dobrog korporativnog upravljanja, mora uključiti i proaktivne mehanizme očuvanja dostojanstva i mentalnog integriteta zaposlenih, čime se zatvara normativni krug između korporativnog upravljanja, radnog prava i etike rada.

7. NORMATIVNI OKVIR ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU U PRAVU REPUBLIKE SRBIJE – STANJE I PERSPEKTIVE RAZVOJA

Normativni okvir zaštite mentalnog zdravlja na radu predstavlja sve značajniji segment savremenog evropskog radnog prava, dok u Republici Srbiji uključuje opšte norme bezbednosti i zdravlja na radu, ali i specifične standarde usmerene na sprečavanje zlostavljanja na radu i mobinga. Mentalno zdravlje zaposlenih u opštem smislu odnosi se na sposobnost pojedinca da se nosi sa stresom, radnim zahtevima i psihosocijalnim rizicima koji, ukoliko se ne prepoznaju na vreme i ne regulišu, odnosno ukoliko se njima ne upravlja na adekvatan način, mogu imati ozbiljne posledice po zaposlene, ali i po organizaciju rada, tj. po poslodavca. Osim toga, značajan je i aspekt nepovoljnog uticaja lošeg stanja mentalnog zdravlja na radu na javno zdravlje i na javni interes države. Stoga je angažovanje socijalnih partnera u prevenciji i zaštiti od psihosocijalnih rizika na radu, posebno u uslovima transformacije ka digitalnom ekonomsko-socijalnom sistemu, kao i u promociji mentalnog zdravlja na radu, od velikog značaja. Naime, psihosocijalni rizici, poput prekomernog radnog opterećenja, nejasnih radnih uloga, nedostatka podrške i slabih komunikacionih kanala, direktno utiču na mentalno zdravlje i zahtevaju adekvatnu pravnu regulaciju.

Ključni domaći pravni akt u ovoj oblasti jeste *Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu* (Sl. glasnik RS, br. 35/2023), koji propisuje obavezu poslodavca da omogući bezbedno i zdravo radno okruženje, sprovede procenu rizika i preduzme odgovarajuće preventivne mere. Sa druge strane, *Zakon o radu* (Sl. glasnik RS, br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 – odluka US, 113/2017, 95/2018 – autentično tumačenje i 109/2025 – dr. zakon) u čl. 12, st. 1 utvrđuje pravo zaposlenih na „bezbednost i zdravlje na radu, zdravstvenu zaštitu, zaštitu

ličnog integriteta, dostojanstvo ličnosti i druga prava u slučaju bolesti, smanjenja ili gubitka radne sposobnosti i starosti...". Ovim se pravo na bezbednost i zdravlje na radu stavlja u širi kontekst zaštite ličnog integriteta i dostojanstva zaposlenog, što omogućava interpretaciju koja uključuje i dimenziju socijalnog i ličnog blagostanja zaposlenih, implicirajući indirektnu povezanost sa zaštitom mentalnog zdravlja i ukupnim psihosocijalnim stanjem zaposlenog.

Kako Zakon o radu (2005) tako i Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu (2023) ne sadrže izričitu definiciju zdravlja na radu, pa se zdravlje zaposlenog može tumačiti na način da uključuje zdravlje u širem smislu, a shodno definiciji zdravlja SZO. Dakle, tako da pored fizičkih uključuje i psihičke zdravstvene sposobnosti pojedinca-radnika, čime se psihosocijalni rizici indirektno izjednačavaju sa fizičkim rizicima. Međutim, nedostatak jasne definicije zdravlja na radu, referisanja na mentalno zdravlje i psihosocijalne rizike savremenog radnog okruženja predstavljaju značajnu pravnu prazninu domaćeg zakonodavstva u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, čime se odstupa od međunarodnih i evropskih javnopolitičkih i regulatornih inicijativa koje prioritizuju zaštitu mentalnog zdravlja uopšte, kao i mentalnog zdravlja na radu, naročito u postpandemijskom periodu.

Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu (Sl. glasnik RS, br. 35/2023) predstavlja osnovni pravni okvir zaštite zaposlenih u Republici Srbiji koji obuhvata sve aspekte bezbednog i zdravog radnog okruženja, uključujući fizičke, hemijske, biološke i psihosocijalne rizike. Analitički gledano, zakon funkcioniše na više nivoa – propisuje obaveze poslodavca u proceni rizika, preventivnim merama, edukaciji zaposlenih, kontroli i nadzoru, kao i odgovornost za povrede bezbednosti i zdravlja na radu. U kontekstu zaštite mentalnog zdravlja Zakon u čl. 4, st. 1, tačka 5 formalno prepoznaje da zdravlje zaposlenog uključuje „obezbeđenje uslova rada koji smanjuju povrede na radu, profesionalne bolesti i bolesti u vezi sa radom sa ciljem ostvarivanja fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja zaposlenih”, što se može tumačiti tako da uključuje i psihosocijalne faktore u procenu rizika.

Tako Zakon detaljno definiše obavezu poslodavca da izvrši procenu i otklanjanje rizika na radnom mestu, odnosno da preduzme odgovarajuće preventivne mere (čl. 13, st. 1, tačka 2–3), što uključuje i rizike koji proizilaze iz organizacionih, socijalnih i psiholoških faktora radne sredine. Navedena odredba daje pravnu osnovu za sistematsko upravljanje stresom, preopterećenjem, konfliktima i drugim oblicima psihosocijalnih rizika, čime se zakonski utemeljuje zaštita mentalnog zdravlja. Poslodavac je takođe dužan da organizuje obuku zaposlenih (čl. 12, čl. 33–37), uvede procedure za prijavu incidenata i osigura aktivno praćenje radnog okruženja, što omogućava preventivnu reakciju pre nego što dođe do štetnih posledica po mentalno zdravlje u kontekstu organizacije rada i procesa rada.

U kontekstu savremenog holističkog i integrativnog pristupa bezbednosti i zdravlju na radu Zakon integriše principe participativnog upravljanja, jer zahteva uključivanje zaposlenih u identifikaciju i procenu rizika – tako što u čl. 38, st. 2 utvrđuje pravo zaposlenog da poslodavcu „daje predloge, primedbe i obaveštenja o pitanjima bezbednosti i zdravlja na radu” – što stvara osnovu za participativnu kulturu rada i etički odgovorno ponašanje unutar organizacije. Takav pristup, u kombinaciji sa normama *ratione materiae* o sprečavanju zlostavljanja na radu, odnosno mobinga, omogućava sinergiju između pravne regulative, etičkih standarda i organizacione kulture, čime se unapređuje celokupni sistem zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Iako Zakon daje određenu osnovu da se indirektno adresiraju pitanja psihosocijalnih faktora rizika i zaštite mentalnog zdravlja u okviru postojećih mera bezbednosti i zdravlja na radu, u praksi postoji izazov u delotvornoj primeni psihosocijalnih aspekata rizika na radu, posebno u sektorima sa visokim stresom ili promenljivim uslovima rada. Ovo je naročito značajno u kontekstu nedovoljne informisanosti kako poslodavaca tako i zaposlenih o važnosti psihosocijalnih uslova rada za očuvanje zdravlja i blagostanja na radu u okviru domaćeg pravnog sistema. Akademaska literatura ukazuje da je neophodno razviti dodatne smernice i implementacione protokole, posebno kroz podzakonske opšte akte, odnosno pravilnike, kojima bi

se precizno definisali postupci procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima povezanim sa digitalizacijom radnih procesa, uključujući stres, izgaranje na radu i konfliktne situacije (Zlatanović & Stevanović, 2023). Na ovaj način Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu ne samo da funkcioniše kao pravni okvir koji integriše radnopravnu obavezu poslodavca, zaštitu mentalnog zdravlja i etičku kulturu rada, već i naglašava potrebu za dodatnom institucionalnom podrškom, uspostavljanjem efektivnog sistema nadzora i kontrole kako bi se osigurala stvarna i održiva primena normi u praksi.

Poseban značaj u radnopravnoj zaštiti mentalnog zdravlja ima Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu (Sl. glasnik RS, br. 36/2010), koji zabranjuje zlostavljanje na radu i u vezi sa radom, te predstavlja pravnu specijalizaciju u okviru radnog prava. Član 4 Zakona ukazuje na *ratio legis* donošenja propisa, odnosno na obavezu poslodavca da obezbedi *zdravu i bezbednu radnu sredinu*, čime se jasno postavlja pravni okvir za klasifikaciju i regulisanje zlostavljanja na radu unutar sistema bezbednosti i zdravlja na radu. Ipak ni Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu, ni povezani podzakonski akti ne adresiraju direktno mentalno zdravlje i blagostanje zaposlenih, niti sistemski prepoznaju značaj psihosocijalnih faktora rizika iz radne sredine koji doprinose pojavama zlostavljanja. Ovaj nedostatak ukazuje na potrebu za integracijom propisa o bezbednosti i zdravlju na radu sa normama koje regulišu prevenciju zlostavljanja, uz šire definisanje psihosocijalnih rizika i šteta (poput stresa na radu i posebnog oblika tzv. tehnostresa, sindroma sagorevanja na radu i drugih poremećaja mentalnog zdravlja na radu i u vezi sa radom), kako bi se uspostavio sveobuhvatan pravni okvir koji se sastoji od fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja zaposlenih.

Zlostavljanje na radu u opštem smislu u radnopravnoj teoriji definiše se kao način ponašanja na mestima rada gde jedno ili više lica kontinuirano i u dužem vremenskom periodu psihički zlostavlja i zastrašuje drugo lice, uz neophodnost postojanja namere osporavanja profesionalnog ugleda i moralnog integriteta zaposlenog i dostojanstva uopšte, sa ciljem stvaranja nepodnošljivih uslova rada koji uključuju lošu komunikaciju i neprijateljsko

okruženje kako bi sam zaposleni otkazao ugovor o radu, kako bi se izbegla isplata naknade zbog otkaza ugovora i vođenje radnog spora (Lubarda, 2018: 155). Pojam zlostavljanja stoga uključuje tri ključna elementa: (1) sistematsko zlostavljanje ili zastrašivanje; (2) učestalost i produženo trajanje neprijateljskog ponašanja i (3) stvaranje produženog stresa zbog straha, neprijateljskog ili nepodnošljivog radnog okruženja, sa ciljem da zaposleni sam otkáže ugovor o radu (Lubarda, 2018: 156). Međutim, do danas ne postoji univerzalno prihvaćena definicija zlostavljanja na radu, tzv. mobinga, s tim da bi trebalo imati u vidu da je izazov definisanja pojma zlostavljanja na radu posledica multidisciplinarnosti izučavanja i primarnog sagledavanja u okviru nauke organizacione psihologije i posledično organizacionog upravljanja. Osim toga, postoji saglasnost u literaturi da je osnovna karakteristika zlostavljanja na radu ona povezana sa vremenskim trajanjem neprijateljskog ponašanja, gde se zahteva da se takvo ponašanje vrši često – najmanje jednom nedeljno – tokom dužeg vremenskog perioda – najmanje u periodu od šest meseci, pri čemu dolazi do „značajnih duševnih, psihosomatskih i socijalnih patnji”, tj. do posledica po zdravlje zaposlenih (Urdarević, 2022: 124). Stoga se u radnopravnoj teoriji ističe da, iako zlostavljanje na radu nije moguće u potpunosti eliminisati, njegov obim i štetne posledice mogu se značajno umanjiti kroz razvoj efikasnog pravnog okvira, kontinuiranu društvenu prevenciju i sistemsko unapređivanje institucionalnih mehanizama zaštite i javne odgovornosti (Urdarević, 2022: 125).

Shodno navedenom, zlostavljanje na radu i u vezi sa radom predstavlja poseban oblik povrede mentalnog zdravlja zaposlenog-radnika i posebnu vrstu psihosocijalne štete. U pravnom kontekstu jasno definisanje i prepoznavanje zlostavljanja na radu omogućava uspostavljanje efektivnog normativnog i preventivnog okvira koji povezuje radnopravnu odgovornost poslodavca sa zaštitom mentalnog zdravlja i blagostanja zaposlenih, pri čemu loša komunikacija i neefikasna organizacija rada predstavljaju ključne faktore koji direktno pogoduju pojavi zlostavljanja, čime se jasno ukazuju međusobna povezanost organizacionih praksi i pravne zaštite zaposlenih.

Analiza domaćeg Zakona o sprečavanju zlostavljanja na radu (2010) ukazuje na nekoliko ključnih elemenata njegovog pravnog značaja. Prvo, zakon precizno definiše zlostavljanje na radu kao ponovljeno ili kontinuirano aktivno ili pasivno ponašanje koje narušava dostojanstvo, lični ili profesionalni integritet ili ugled zaposlenog i koje izaziva strah, te stvara neprijateljsko, uvredljivo ili ponižavajuće radno okruženje, pogoršava uslove rada i može dovesti do izolacije ili prekida radnog odnosa (čl. 6, st. 1). Ova definicija omogućava pravno prepoznavanje ponašanja koje ima negativan psihološki efekat na radnika, i uključuje kako lica koja su u radnom odnosu tako i lica angažovana po osnovu ugovora kojim se ne zasniva radni odnos, čime zakon direktno povezuje pravnu zaštitu sa očuvanjem mentalnog zdravlja. Drugo, zakon propisuje obaveze poslodavca da preduzme preventivne mere u smislu „organizovanja rada na način kojim se sprečava zlostavljanje na radu” (čl. 4), uključujući obaveštavanje zaposlenih o zabranama zlostavljanja na radu i u vezi sa radom, s tim da nedostaju odredbe o edukaciji i osposobljavanju za prepoznavanje uznemiravanja i stresnih situacija, što čini okvir zaštite nepotpunim, budući da praksa ukazuje na nedovoljnu informisanost i poslodavaca i radnika o formama zlostavljanja na radu. Treće, zakon omogućava zaposlenom zaštitu prava putem podnošenja zahteva poslodavcu i uređuje postupak zaštite prava (čl. 13–28), a u slučaju neefikasnog reagovanja mogućnost podnošenja tužbe pred nadležnim sudom, uključujući i naknadu materijalne i nematerijalne štete zbog povrede dostojanstva, profesionalnog i ličnog integriteta na radu (čl. 29–33).

Tako Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu (2010) funkcioniše kao preventivni i represivni instrument. Preventivni aspekt ogleda se u obavezama poslodavca da stvori kulturu tolerancije i odgovornog ponašanja, dok represivni aspekt omogućava sankcionisanje neprimerenog ponašanja i pravnu zaštitu žrtava. Ipak u praksi se pokazuje da primena zakona još uvek zavisi od proaktivnog angažmana poslodavaca i sindikata, što otkriva potrebu za dodatnim mehanizmima nadzora i implementacije. Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu (2010), u kombinaciji sa Zakonom o bezbednosti i zdravlju na radu (2023), stvara

pravni okvir koji direktno povezuje zaštitu mentalnog zdravlja sa odgovornošću poslodavaca, ali se još uvek suočava sa izazovima u doslednoj primeni i sistematizaciji preventivnih mera.

Naime, uprkos na ovim osnovama definisanom pravnom okviru, zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji i dalje je fragmentarna. Fragmentarnost se ogleda u činjenici da postojeće odredbe tretiraju zlostavljanje i psihosocijalne rizike posredno, kroz opšte norme bezbednog i zdravog rada, dok sistematsko pravno normiranje upravljanja mentalnim zdravljem zaposlenih nije u potpunosti institucionalizovano. Akademski literatura naglašava potrebu za unapređenjem zakonodavstva kroz specifične standarde za prevenciju i upravljanje psihosocijalnim rizicima koji nisu ograničeni samo na zlostavljanje na radu već uključuju širi spektar savremenih psihosocijalnih rizika, poput (tehno)stresa na radu, nedostatka autonomije, loše komunikacije, povrede ravnoteže između profesionalnog i privatnog života, stalne dostupnosti radnika poslodavcu putem digitalnih uređaja; zatim izradu planova podrške mentalnom zdravlju uz specijalizovanu edukaciju kako poslodavaca tako i zaposlenih; kao i jasnu pravnu odgovornost poslodavaca, uz koordinaciju službi medicine rada, radnopravnog i zdravstvenopravnog sistema, ali i socijalnih partnera (Zlatanović & Stevanović, 2023).

Perspektive razvoja pravnog okvira trebalo bi da teže sinergiji međunarodnih standarda, nacionalnih politika i normi, kao i etičkih principa, stvarajući održiv sistem koji promoviše bezbednost, mentalno zdravlje i ukupno blagostanje zaposlenih. Pravna regulativa, organizaciona praksa, etički standardi i kultura rada zajedno omogućavaju integrisan pristup koji je neophodan za suočavanje sa savremenim izazovima digitalizacije, promena u organizaciji rada i psihosocijalnim rizicima, čime se unapređuje pravna zaštita i odgovornost poslodavaca.

Zaključno normativni okvir u Srbiji pokazuje napredak kroz propise o bezbednosti i zdravlju na radu i o sprečavanju zlostavljanja na radu, ali je potrebno dalje sistematsko i strukturalno unapređenje. Preporuke za reformu uključuju: (1) uspostavljanje posebnih pravnih standarda za prevenciju i upravljanje savremenim psihosocijalnim rizicima povezanim sa digitalnom radnom

sredinom; (2) obavezu implementacije specijalizovanih planova i programa podrške mentalnom zdravlju zaposlenih, uključujući edukaciju za prepoznavanje različitih oblika psihosocijalnih rizika; (3) jačanje saradnje između službe medicine rada, radnopravnog, odnosno zdravstvenopravnog sistema i predstavnika radnika, odnosno sindikata i socijalnih partnera uopšte i (4) kontinuirano usklađivanje sa međunarodnim standardima i smernicama EU u oblasti promocije, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i blagostanja na radu. Implementacija navedenih mera omogućava održiv, etički i pravno adekvatan sistem zaštite mentalnog zdravlja koji podržava ukupno blagostanje zaposlenih i odgovorno organizaciono upravljanje.

8. UMETO ZAKLJUČKA – ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADU *PRO FUTURO*

U savremenom kontekstu ubrzane digitalizacije procesa i organizacije rada, automatizacije i primene veštačke inteligencije, zaštita mentalnog zdravlja na radu postaje centralni element savremenog radnog prava, bezbednosti i zdravlja na radu, kao i teorije organizacionog menadžmenta. Dok su tradicionalni pravni okviri fokusirani prvenstveno na fizičke opasnosti, odnosno na opasnosti od fizičkih povreda i ugrožavanja telesnog integriteta zaposlenog-radnika u industrijskoj ekonomiji, poput onih uzrokovanih povredama zbog neadekvatnog rukovanja sredstvima i opremom za rad, padovima ili izloženosti toksičnim supstancama iz radne sredine, psihosocijalni rizici – uključujući preopterećenje, nejasne radne uloge, ograničenu autonomiju, nesigurnost zaposlenja i intruzivne digitalne nadzorne sisteme – često su marginalizovani, iako savremena empirijska i teorijska istraživanja potvrđuju njihov merljiv negativni uticaj na mentalno zdravlje i blagostanje zaposlenih, ali i na produktivnost i stabilnost organizacija, odnosno poslodavaca.

U tom smislu standard dužne pažnje, čiji se normativni koreni nalaze u anglosaksonskom privatnopravnom konceptu odgovornosti, pre svega u oblasti deliktne i kompanijskog prava, evolutivno je transponovan u evropski javnopravni regulatorni okvir u kome dobija funkciju preventivnog principa upravljanja rizicima. Njegova refleksija u Direktivi EU 89/391/EEC o bezbednosti i zdravlju na radu potvrđuje transformaciju ovog instituta iz instrumenta *post factum* odgovornosti u pravni standard anticipativne zaštite kojim se poslodavcima nameće obaveza kontinuiranog identifikovanja, procene i kontrole svih razumno predvidivljih rizika po bezbednost i zdravlje zaposlenih, uključujući psihosocijalne opasnosti i organizacione faktore rada.

Time se konstituiše integrativni model bezbednosti i zdravlja na radu, zasnovan na prevenciji i sistemskom upravljanju radnim okruženjem, koji prevazilazi tradicionalnu reaktivnu paradigmu pravne intervencije usmerene isključivo na sanaciju nastale štete.

Psihosocijalni rizici i opasnosti, tj. štete na radu, proističu iz interdisciplinarnog odnosa radnog prava, prava zdravstvene zaštite i organizacione psihologije, obuhvatajući organizacione elemente rada, upravljačke prakse i socijalnu podršku. Kada se ovi faktori zanemare, oni direktno ugrožavaju mentalno zdravlje zaposlenih, manifestujući se kroz stres, sindrom sagorevanja na radu, anksioznost, odnosno depresiju i druge ozbiljne psihološke i poremećaje mentalnog zdravlja, što otvara pravna i etička pitanja odgovornosti poslodavaca. Digitalna transformacija rada dodatno produbljuje ove izazove – algoritamsko raspoređivanje zadataka, nadzor putem sistema veštačke inteligencije i automatizacija procesa rada mogu povećati produktivnost, ali istovremeno smanjiti osećaj kontrole, pravičnosti i autonomije kod zaposlenih, što potencijalno pojačava psihološki stres i pravnu izloženost poslodavaca. Takvi trendovi zahtevaju preciznu pravnu evaluaciju i prilagođavanje tradicionalnih sistema bezbednosti i zdravlja na radu savremenim uslovima rada, kao i integraciju principa proaktivne i holističke zaštite mentalnog zdravlja na radu.

Praktična implementacija ovih principa na nivou poslodavca zahteva razvoj procedura procene i upravljanja psihosocijalnim rizicima, participativnih procesa u odlučivanju, edukacije menadžmenta i integrisanje politika koje povezuju zdravlje, bezbednost i organizacioni razvoj. Fokus na holističko upravljanje radnim okruženjem, umesto isključivog fokusiranja na fizičke povrede, omogućava poslodavcu povećanje produktivnosti, smanjenje pravnih rizika i delotvornu zaštitu od odgovornosti za povredu prava zaposlenih, zatim smanjenje odsustva sa rada i fluktuacije zaposlenih, dok istovremeno obezbeđuje pravnu i društvenu legitimnost strategija razvoja poslovanja, odnosno korporativnog upravljanja generalno. Ova praksa zahteva kontinuirani nadzor i evaluaciju učinaka mera, uključujući digitalne

radne procese i sisteme veštačke inteligencije, te transparentno izveštavanje o rezultatima, čime se stvara održiva kultura mentalnog zdravlja u radnom okruženju.

Na javnopolitičkom nivou preporučuje se eksplicitno uključivanje psihosocijalnih rizika i mehanizama zaštite mentalnog zdravlja na radu u domaće i evropske radnopravne akte i standarde bezbednosti i zdravlja na radu (1), zatim razvoj posebnih standarda prevencije i procene rizika kod digitalizovanog i automatizovanog rada i podrška malim i srednjim organizacijama kroz smernice i resurse (2), kao i jačanje participativnih struktura odlučivanja koje omogućavaju učešće radničkih predstavnika u kontinuiranom unapređenju organizacione klime u kontekstu dostojanstvenog rada (3). Takav integrativni, holistički i proaktivan pristup mentalnom zdravlju na radu ne samo da obezbeđuje pravnu usklađenost i zaštitu osnovnih prava na radu i u vezi sa radom već predstavlja i strateško ulaganje u otpornost radne snage, održivost ekonomskih sistema i razvoj zaštite mentalnog zdravlja u eri digitalne transformacije i veštačke inteligencije *pro futuro*.

U savremenom radnom okruženju, koje karakterišu digitalizacija, automatizacija i kultura stalne dostupnosti putem digitalnih uređaja, zaštita mentalnog zdravlja na radu zahteva uvođenje novih pravnih mehanizama koji direktno adresiraju psihosocijalne rizike. Pravo na digitalnu nedostupnost tako postaje ključni instrument koji omogućava radnicima da jasno odvoje radno vreme od privatnog života, smanjujući psihološki stress, kao i osećaj stalne obaveze odgovaranja na zahteve poslodavca izvan radnog vremena. Priznavanje prava na digitalnu nedostupnost osnažuje radnike da zaštite mentalno zdravlje, dok poslodavcima daje okvir za implementaciju politika koje unapređuju ravnotežu profesionalnog i privatnog života, što je prepoznato u akademskoj i stručnoj literaturi kao centralni faktor za dugoročno zdravlje radne snage, produktivnost i organizacionu otpornost. EU inicijative, uključujući rezolucije Evropskog parlamenta, ističu potrebu za obavezujućim standardima koji omogućavaju radnicima da se isključe iz digitalnih komunikacija van radnog vremena bez straha od odmazde, što je od suštinskog značaja za

prevenciju psihosocijalnih rizika i održavanje principa ravnoteže između profesionalnog i privatnog života.

Pored toga uvođenje posebnog plaćenog odsustva sa rada zbog osećaja nezadovoljstva, psihološke iscrpljenosti ili preopterećenosti predstavlja progresivan pravni odgovor na izazove mentalnog zdravlja u uslovima modernog rada. Takva prava, često definisana u literaturi kao dani mentalnog zdravlja (*Mental health days*) ili psihološka odsustva sa rada (*Psychological leave*), omogućavaju radnicima da preventivno reaguju na stres i negativne psihosocijalne faktore umesto da čekaju pojavu ozbiljnijih zdravstvenih problema. Ovi instituti reflektuju holistički pristup zaštiti mentalnog zdravlja koji posmatra dobrobit zaposlenih kao integralni deo organizacione sigurnosti i produktivnosti i radno-pravnih standarda. Integracija prava na digitalnu nedostupnost i prava na odsustvo sa rada zbog osećaja nezadovoljstva u okviru javnopolitičkog i normativnog koncepta ravnoteže profesionalnog i privatnog života ne samo da štiti mentalno zdravlje već i doprinosi dugoročnoj održivosti organizacije, smanjujući pravne rizike, odsustva sa rada i fluktuaciju radne snage.

Upravo ovakav pravni okvir – koji povezuje prevenciju psihosocijalnih rizika, proaktivnu zaštitu mentalnog zdravlja i princip ravnoteže profesionalnog i privatnog života – predstavlja strukturnu promenu u modernom radnom pravu i standardima bezbednosti i zdravlja na radu, usklađujući tradicionalne obaveze poslodavaca sa zahtevima digitalnog doba i radnog okruženja. Na taj način omogućava se da poslodavci mentalno zdravlje prepoznaju ne samo kao integralnu komponentu održivog i dostojanstvenog rada već i kao relevantan indikator kvalitetnog upravljanja ljudskim resursima u uslovima digitalne transformacije i primene veštačke inteligencije. Time se uspostavljaju međusobno usklađeni pravni i organizacioni mehanizmi usmereni na prevenciju stresa, sindroma sagorevanja na radu i drugih psihosocijalnih hazarda, čime se proaktivno unapređuje dobrobit zaposlenih i jača dugoročna otpornost organizacija, a u skladu sa ciljevima Agende UN o održivom razvoju 2030.

U Republici Srbiji pravni okvir zaštite bezbednosti i zdravlja na radu tradicionalno je strukturiran oko Zakona o bezbednosti

i zdravlju na radu (Sl. glasnik RS, br. 35/2023), koji je stupio na snagu 7. maja 2023. godine, i predstavlja normativnu reformu zakonodavstva starog gotovo dve decenije, sa ciljem unapređenja uslova rada, nacionalnih standarda bezbednosti i zdravlja na radu. Međutim, uprkos formalnom usklađivanju opštih principa sa osnovnim zahtevima Okvirne direktive EU 89/391/EEC o bezbednosti i zdravlju na radu i međunarodnim konvencijama, postoje značajne praznine u sadržaju i obimu zaštite, posebno kada je reč o psihosocijalnim rizicima i pravima koja su ključna za mentalno zdravlje zaposlenih i radno angažovanih lica.

Prema primenjenom zakonodavnom pristupu, fokus domaćeg zakonodavstva ostaje na tradicionalnim fizičkim rizicima i organizacionim merama usmerenim ka sprečavanju povreda na radu i profesionalnih oboljenja, dok su integralni koncepti, poput procene psihosocijalnih rizika i zaštite mentalnog zdravlja, po pravilu implicitno ili periferno adresirani, a ne eksplicitno definisani kao samostalne obaveze poslodavaca, što ostavlja pravni vakuum u kontekstu primene u praksi. Tako se u praksi, prema dostupnim analizama, psihosocijalni rizici u srpskom zakonodavstvu adresiraju uglavnom indirektno kroz opšte odredbe o bezbednom obavljanju radnih zadataka ili zaštiti od štetnih uslova rada, bez jasnih kriterijuma, standarda ili posebnih normi koje bi omogućile preventivno identifikovanje i upravljanje stresorima radnog okruženja i digitalnih zahteva posla, kao što to čini pristup Evropske agencije za bezbednost i zdravlje na radu integrativnog upravljanja psihosocijalnim rizicima.

U poređenju sa sveobuhvatnim preporukama EU, koje naglašavaju da gotovo 45% radnika u EU doživljava faktore rizika koji negativno utiču na mentalno zdravlje i da su preventivni, holistički i sistemski pristupi upravljanju rizicima neophodni (EU-OSHA Pulse survey, 2022), srpsko zakonodavstvo ostaje fragmentarno jer ne sadrži jasno definisane obaveze za procenu i kontrolu psihosocijalnih rizika u radnom okruženju, uključujući savremene izazove digitalizacije, automatizacije i kulture stalne dostupnosti koja utiče na ravnotežu profesionalnog i privatnog života. Ova neusaglašenost se ogleda i u odsustvu pravnih instituta poput prava na digitalnu nedostupnost ili specifičnih pravila

o odsustvu iz razloga mentalnog stanja ili psihološke iscrpljenosti koji bi formalno garantovali radnicima racionalnu granicu između profesionalnih obaveza i privatnog života.

Pored toga, nedostatak specifičnih mehanizama za podršku mentalnom zdravlju u radnim sredinama dovodi do situacija u kojima se radnici oslanjaju na opšte odredbe Zakona o radu ili odsustva sa rada zbog bolesti po osnovu socijalnog osiguranja, što pravno ne adresira uzroke niti procesno štiti radnike u prevenciji psihosocijalnih rizika. Sve to ukazuje da, iako je novi zakon značajan korak ka normiranju savremenih sistema bezbednosti i zdravlja na radu, zakon u sadašnjem obliku nije u potpunosti usklađen sa standardima i preporukama EU politika i pristupa Evropske agencije za bezbednost i zdravlje na radu upravljanju psihosocijalnim rizicima i zaštiti mentalnog zdravlja na radu. Navedeno zahteva ponovnu zakonodavnu reformu, izmenu i dopunu pozitivnopravnih standarda, koja bi uključila eksplicitne norme o proceni i upravljanju psihosocijalnim rizicima, pravima zaposlenih-radnika u digitalizovanom radnom okruženju i dodatnim mehanizmima za ostvarivanje osnovnih radno-socijalnih prava koji omogućavaju primenu holističkog i preventivnog modela zaštite mentalnog zdravlja u praksi.

LITERATURA

- A Human Right to Health (1990). *Bulletin of PAHO* 24(4). Preuzeto sa: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/27100/ev24n4p624.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alli, B. (2008). *Fundamental Principles of Occupational Health and Safety* (Second edition). Geneva: International Labor Office.
- Almroth, M., Hemmingsson, T., Sörberg Wallin, A., Kjellberg, K., Burström, B. & Falkstedt, D. (2021). Psychosocial working conditions and the risk of diagnosed depression: A Swedish register-based study. *Psychological Medicine*, 52(15), 1–9. <https://doi.org/10.1017/S003329172100060X>
- Amodu, M., Ansah, E. W. & Sarfo, J. O. (2023). Influence of psychosocial safety climate on occupational health and safety: A scoping review. *BMC Public Health*, 23, 1344. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16246-x>
- Antić, O. (2007). *Obligaciono pravo*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu & Službeni glasnik.
- Atkinson, J. (2025). A legal obligation on UK employers to conduct labour law due diligence: A substantive proposal. *Industrial Law Journal*, 54(1), 87–116. <https://doi.org/10.1093/indlaw/dwae021>
- Babu, A. & Joseph, A. (2024). Artificial intelligence in mental healthcare: transformative potential vs. the necessity of human interaction. *Front. Psychology*, Volume 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1378904>
- Backović, D. (2010). Mentalno zdravlje i mentalna higijena između dva milenijuma. *Medicinski pregled*, 63(11–12), 833–838.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands – resources model: State of the art. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 309–329. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bertolote, J. M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7, 113–116.
- Beširević, I. (2025). The Right to Rest and Disconnect in the Slovenian Legal System – A Legal Reform in the Making. *LexEconomica*, 16(2), 189–218. <https://doi.org/10.18690/lexconomica.16.2.189-218.2024>
- Bjørnshagen, V. (2021). The mark of mental health problems. A field experiment on hiring discrimination before and during COVID-19. *Soc Sci Med*, 283:114181. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114181>
- Bond, R. R., Mulvenna, M. D., Potts, C., O'Neill, S., Ennis, E. & Torous, J. (2023). Digital transformation of mental health services. *Mental Health Research*, 2:13. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00033-y>

- Boorse, Ch. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–573.
- Borowiec, A. A. & Drygas, W. (2022). Work-life balance and mental and physical health among Warsaw specialists, managers and entrepreneurs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 492. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010492>
- Borrelli, I., Melcore, G., Perrotta, A., Santoro, P. E., Rossi, M. F. & Moscato, U. (2024). Workplace ethical climate and its relationship with depression, anxiety and stress. *Occupational Medicine*, 74(6), 449–454. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae065>
- Bosak-Sojka, M. (2021). Prevention of Employee's Mental Health and Employment Law. *Studies on Labour Law and Social Policy*, 28(2), 157–165. <https://doi.org/10.4467/25444654SPP.21.013.13403>
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C. & Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434.
- Car, P. (2023). *Digital rights and principles. At a Glance – Digital issue in focus*. European Parliamentary Research Service.
- Castleberry, C. (2015). A Human Right to Health: Is there one and, if so, what does it mean? *Intercultural Human Rights law Review*, 10, 189–232.
- Cefaliello, A. & Kullmann, M. (2022). Offering false security: How the draft Artificial Intelligence Act undermines Fundamental Workers' rights. *European Labor Law Journal*, 13(4), 542–562.
- Chalmers, M. H. & Rai D, S. (2023). Digital Health Applications (DIGA) in Germany – An Observation of Clinical Evidence Submissions. *Value in Health*, 26(11), S2. Preuzeto sa https://www.ispor.org/heor-resources/presentations-database/presentation/euro2023-3787/133151?utm_source=chatgpt.com
- Chan, C. K. C. & He, Y. (2018). The transformation of employment relations in contemporary China. In: A. Wilkinson, T. Dundon, J. Donaghey & R. B. Freeman (Eds.), *The Routledge companion to employment relations* (pp. 458–470). Abingdon Oxfordshire: Routledge.
- Chieriegato, E. (2020). A work-life balance for all? Assessing the inclusiveness of Directive (EU) 2019/1158. *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, 36(1), 59–80. <https://doi.org/10.54648/IJCL2020004>
- Chin, H., Song, H., Baek, G., Shin, M., Jung, C., Cha, M., Choi, J. & Cha, C. (2023). The Potential of Chatbots for Emotional Support and Promoting Mental Well-Being in Different Cultures: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*, 20;25: e51712. <https://doi.org/10.2196/51712>
- CIPD (2023, September 20). *Managing psychosocial risks in the workplace*. Chartered Institute of Personnel and Development. Preuzeto sa

<https://www.cipd.org/ie/views-and-insights/thought-leadership/insight/managing-psychosocial-risks>

- Claude – Olivier, D. (2015). The emergence of the concept of “mental health” from the 1940s to the 1960s: The origin of a psychopolitics. *PRA-TIQUES en santé mentale*, 1. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0003>
- Coie Law Firm. Preuzeto sa <https://perkinscoie.com/insights/update/new-utah-ai-laws-change-disclosure-requirements-and-identity-protections-target>
- Connolly, U. (2002). Sutherland v Hatton: A Solution to Ireland’s Occupational Stress Question?. *Irish Law Times*, 20. <https://doi.org/10.13025/23244>
- Cosgrove, L. & Shaughnessy, A. (2020). Mental Health as a Basic Human Right and the Interference of Commercialized Science. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 61–68.
- Council of Europe (CE) ((Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO)) (2024). *Developments in the field of bioethics in the Decisions of the European Committee of Social Rights (ECSR)*. Strasbourg: Council of Europe.
- Daniels, K., Watson, D. & Gedikli, Ç. (2017). Well-Being and the Social Environment of Work: A Systematic Review of Intervention Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 918. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080918>
- Da Silva, M. (2018). The International Right to Health Care: A legal and moral defense. *Michigan Journal of International Law*, 39, 343–384.
- Davies, A. C. L. (2022). Stress at work: Individuals or structures?, *Industrial Law Journal*, 51(2), 403–434. <https://doi.org/10.1093/indlaw/dwab006>
- Dawson, J. & Szmukler, G. (2006). Fusion of mental health and incapacity legislation. *British Journal of Psychiatry*, 188(6), 504–509.
- Deady, M., Sanatkar, S., Tan, L., Glozier, N., Gayed, A., Petrie, K., Dalgaard, V. L., Stratton, E., LaMontagne, A. D. & Harvey, S. B. (2024). A mentally healthy framework to guide employers and policy. *Frontiers in Public Health*, 22(12):1430540. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1430540>
- De Freitas, J. & Cohen, G. I. (2024). The health risks of generative AI-based wellness apps. *Nature Medicine*, 30, 1269–1275. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02943-6>
- De Freitas, J., Uguralp, A. K., Oguz-Uguralp, Z. & Puntoni, S. (2024). Chatbots and mental health: Insights into the safety of generative AI. *Journal of Consumer Psychology*, 34(3), 481–491.
- De Oliveira, C., Saka, M., Bone, L. & Jacobs, R. (2023). The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167–193. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00761-w>

- De Ruijter, A. (2019). *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- De Stefano, V. (2018). „Negotiating the algorithm”: Automation, artificial intelligence and labour protection. Geneva: ILO.
- De Stefano, V. & Wouters, M. (2022). *AI and digital tools in workplace management and evaluation: An assessment of the EU’s legal framework*. European Parliamentary Research Service.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Dold, M. (2025). The narrative that should guide applied behavioural science. *Behavioural Public Policy*, 9(2), 338–344. <https://doi.org/10.1017/bpp.2024.21>
- Donkin A., Goldblatt P., Allen J., Nathanson V., Marmot M. (2017). Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health*, 3: e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>
- Dumančić, K. (2025). Hi boss, don’t send me an e-mail when I sleep: Implementation of “the right to disconnect” into the EU law. *EU and Comparative Law Issues and Challenges Series (ECLIC)*, 9, 42–63. <https://doi.org/10.25234/eclic/38090>
- ECHR (2022). *The European Convention of Human Rights – Living instrument*. Strasbourg: European Court of Human Rights Press.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining ‘health’ and ‘disease’. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 40, 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>
- Eurofound & EU-OSHA (2014). Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention (Report). Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/70971>
- Eurofound (2017). Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2018). Game changing technologies: Exploring the impact of production processes and work. Dublin: Eurofound.
- Eurofound (2021). Right to disconnect: Exploring company practices. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2022). Psychosocial risks, European Industrial Relations Dictionary. Dublin. Preuzeto sa <https://www.eurofound.europa.eu/en/european-industrial-relations-dictionary/psychosocial-risks>
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2012). *Psychosocial risks and mental health at work*. Preuzeto sa <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2012). *Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of*

- the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2017). *Worker participation in the management of occupational safety and health: qualitative evidence from ESENER-2: European Risk Observatory overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2024). *Guidance for workplaces on how to support individuals experiencing mental health problems*. Brussels: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2802/675164>
- European Committee of Social Rights (ECSR) (1969). *Conclusions I, Statement of the Interpretation Article 11, I_Ob_-43/Ob/EN*. Preuzeto sa https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=I_Ob_-43/Ob/EN
- European Committee of Social Rights (ECSR) (2005). *Conclusions II, Statement of the Interpretation of Article 11, 2005_Ob_1-1/Ob/EN*. Preuzeto sa https://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=2005_Ob_1-1/Ob/EN
- European Committee of Social Rights (ECSR) (2009). *Statement of Interpretation on Article 11 of the Revised European Social Charter*. Strasbourg: Council of Europe.
- European Committee of Social Rights (ECSR) (2016). *Conclusions XXI-1*. Strasbourg: Council of Europe.
- European Trade Union Confederation (ETUC) (2024). *ETUC resolution on specific demands for a European Directive on the prevention of psychosocial risks at work*. Preuzeto sa <https://www.etuc.org/en/document/etuc-resolution-specific-demands-european-directive-prevention-psychosocial-risks-work>
- European Trade Union Institute (ETUI) (2024). *New survey shows the mental health of European workers is increasingly at risk*. Preuzeto sa <https://www.etui.org/news/new-survey-shows-mental-health-european-workers-increasingly-risk>
- FALCK (2014). *Increase the workplace's focus on mental health*. Preuzeto sa <https://kund.falcksverige.se/en/life-and-work/mental-health-at-work/>
- FERMA (2017). *Duty of care owed by European organisations to their mobile workers: European legal review* (October 2017 ed.). Federation of European Risk Management Associations & International SOS Foundation. Preuzeto sa <https://learn.internationalososfoundation.org/FERMA-Paper-2017>
- Foster, N. et al. (2014). *Principles of OHS Law*. The Core Body of Knowledge for Generalist OHS Professionals. Tullamarine: VIC. Safety Institute of Australia.
- France: Right to Disconnect Takes Effect. (2017, January 13). Library of Congress. Preuzeto sa <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2017-01-13/france-right-to-disconnect-takes-effect/>

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14:2, 231–233.
- Gooding, P. (2015). Navigating the ‘flashing amber lights’ of the right to legal capacity in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Responding to major concerns. *Human Rights Law Review*, 15(1), 45–71.
- Goodman, J. M. & Dumet Poma, L. (2023). Paid parental leave and mental health: The importance of equitable policy design. *The Lancet Public Health*, 8(1), e2–e3. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00319-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00319-X)
- Gostin, L. (2001). The human right to health: A right to the highest attainable standard of health. *The Hastings Center Report*, 31(2), 29–31.
- Gostin, L. & Gable, L. (2004). The human rights of persons with mental disabilities: A global perspective on the application of human rights principles to mental health. *Maryland Law Review*, 63(1), 20–121.
- Gostin, L. (2008). *Public Health Law – Power, Duty, Restraint* (Second edition). Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Gostin, L. Monahan, J. T., Kaldor, J., DeBartolo, M., Friedman, E. A., Gottschalk, K., ... & Yamin, A. E. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *Lancet*, 393, 1857–1910.
- Graham, C. (2005). Insights on Development from the Economics of Happiness. *The World Bank Research Observer*, 20(2), 201–231.
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
- Gregg, B. (2012). *Human Rights as Social Construction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greve, B. (2008). What is welfare?. *Central European Journal of Public Policy*, 2(1), 50–72.
- Gupta, H., Shillcutt, D. & Pelkey, M. (2025). *Utah Law Aims to Regulate AI Mental Health Chatbots*. Blog – Health Law Advisor, Epstein Becker Green Attorney. Preuzeto sa <https://www.healthlawadvisor.com/utah-law-aims-to-regulate-ai-mental-health-chatbots>
- Hadady-Lukács, A. (2024). The Future of Work – Artificial Intelligence and Labour Law. *DANUBE*, 15(3), 188–202.
- Hahn, R. & Muntaner, C. (2020). Why a Right to Health Makes No Sense, and What Does. *Health Equity*, 4(1), 249–254. <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0116>
- Hahn, R. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of Public Health Research*, 10: 2324. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324>
- Harvey, T. & McHale, J. (2015). *European Union Health Law: Themes and Implications*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Hayashi, K., Kamata, N., Okuyama, Y., Obayashi, C. & Minatodani, S. (2025). Contemporary issues in employers' duty of care and workplace mental health. *Journal of Occupational Health Law*, 4(1), 105–112.
- Heather Kenyon, K., Forman, L. & Brolan, C. E. (2018). Deepening the Relationship between Human Rights and the Social Determinants of Health: A Focus on Indivisibility and Power. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 1–9.
- Hofmann, H. C. H. (2020). The duty of care in EU public law: A principle between discretion and proportionality. *Review of European Administrative Law*, 13(2), 87–112.
- Houtman, I., van Zwieten, M., Leka, S., Jain, A. & de Vroome, E. (2020). Social dialogue and psychosocial risk management: Added value of manager and employee representative agreement in risk perception and awareness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3672. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103672>
- Hupke, M. (2012). *Psychosocial risks and workers health*. EU-OSHA wiki. Preuzeto sa <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-workers-health>
- Huppert, F. A. & T. C. So, T. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Soc Indic Res.*, 110, 837–861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- ILO (2022). *Working time and work-life balance around the world*. Geneva: International Labour Office.
- Imalingat, T. & Majwana, N. (2024). Digital health and human rights in an unequal world. *Resilient Health*, 71–87. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-18529-8.00007-X>
- Jain, A., Torres, L. D., Teoh, K. & Leka, S. (2022). The impact of national legislation on psychosocial risks on organisational action plans, psychosocial working conditions, and employee work-related stress in Europe. *Social Science & Medicine*, 302, 114987. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114987>
- Jarota, M. (2023). Artificial intelligence in the work process. A reflection on the proposed European Union regulations on artificial intelligence from an occupational health and safety perspective. *Computer Law & Security Review*, 49 (105825). <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2023.105825>
- Jovanović, P., Zlatanović, S. S. & Čudanov, M. (2023). Insights into health sector governance in a turbulent environment – towards best-practice approach. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 151(9–10), 613–619. <https://doi.org/10.2298/SARH220629084J>
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental

- disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683–697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Kelly, B., Duffy, R. & Gulati, G. (2020). Is There a Human Legal Right to Mental Health?. *Studies in Arts and Humanities*, 6(1), 5–13.
- Keoghs (2017). *Foreseeability in workplace stress claims*. Keoghs Insight. Preuzeto sa <https://keoghs.co.uk/keoghs-insight/foreseeability-in-workplace-stress-claims>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Kinney, E. (2001). The International Human Rights to Health: What does this mean for our Nation and World?. *Indiana Law Review*, 34, 1457–1475.
- Kovačević, Lj. (2021). *Zasnivanje radnog odnosa*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Kovalchuk, V., Melnychenko, B. B., Marysyuk, K. B., Slotvinska, N. D., Shulga, M. V. (2022). Right to Health in the Decisions of the European Court of Human Rights. *Informa*, 55(1–2), 1–26.
- Krings, B. J., Nierling, L., Pedaci, M. & Piersanti, M. (2009). *Working time, gender and work-life balance*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven – Higher Institute of Labour Studies.
- Kritikos, M. & Iphofen, R. (2023). Introduce the right to disconnect as a fundamental right. *Ethical AI Surveillance in the Workplace*. Emerald. <https://doi.org/10.1108/S2398-601820230000010008>
- Lancman, S., de Campos Bicudo, S. P. B., da Silva Rodrigues, D., de Fatima Zandoni Nogueira, L., de Oliveira Barros, J. & de Lima Barroso, B. I. (2024). Mental Health and Work: A Systematic Review of the Concept. *Healthcare*, 12(23), 2377. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232377>
- LawAI Working Paper No. 4-2021. Preuzeto sa https://www.researchgate.net/publication/336198524_A_Legal_Definition_of_AI
- Lee, J. & Zarnic, Z. (2024). *The Impact of Digital Technologies on Well-Being: Main Insights from the Literature – Working Paper No. 29*. OECD: The OECD Papers on Well-being and Inequalities Series.
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S. & Di Tecco, C. (2015). An evaluation of the policy context on psychosocial risks and mental health in the workplace in the European Union: Achievements, challenges, and the future. *BioMed Research International*, 213089. <https://doi.org/10.1155/2015/213089>
- Leka, S. & Jain, A. (2017). *Mental health in the workplace in the Europe: Consensus paper*. Brussels: European Commission.
- Leka, S. & Jain, A. (2024). *Conceptualising work-related psychosocial risks: current state of the art and implications for research, policy and practice*. ETUI: Report 2024.09.

- Lerouge, L. (Ed.) (2017). *Psychosocial risks in labour and social security law: A comparative legal overview from Europe, North America, Australia and Japan*. Springer Cham.
- Lerouge, L. & Trujillo Pons, F. (2022). Contribution to the study on the 'right to disconnect' from work: Are France and Spain examples for other countries and EU law?. *European Labour Law Journal*, 13(3), 450–465. <https://doi.org/10.1177/20319525221105102>
- Lerouge, L. (2025). The concepts of 'mental health in the workplace' and 'psychosocial risks': A clarification from a legal perspective. *European Labor Law Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/20319525251336018>
- Lewis, S. (2009). *Work-life balance, gender and policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Liswandi, L. & Muhammad, R. (2023). The Association between Work-Life Balance and Employee Mental Health: A Systemic Review. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(3): i2565, 1–18. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v18i3.2565>
- L Ollé-Espluga, M. & Moncada, S. (2014). *Literature review on workers' representative participation in psychosocial risk prevention*. ISTAS/E-IMPRO Project. Preuzeto sa <https://istas.net/descargas/E-IMPRO%20literature%20review.pdf>
- Lochner, J., Carlbring, P., Schuller, B., Torous, J. & Bosse Sander, L. (2025). Digital interventions in mental health: An overview and future perspectives. *Internet Interventions*, 40 (100824). <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100824>
- London, L. (2008). What is a human rights-based approach to health and does it matter?. *Health and Human Rights*, 10(1), 65–80.
- Lougarre, C. (2023). *A Right to Health in the European Union?*. *Opinio Juris*. Preuzeto sa <https://opiniojuris.org/2023/06/13/a-right-to-health-in-the-european-union/>
- Lubarda, B. (2012). *Radno pravo – rasprava o dostojanstvu na radu i socijalnom dijalogu*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Lubarda, B. (2018). *Uvod u radno pravo*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van der Wel, K. A. & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *European Journal of Public Health*, 24(3), 422–427. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku010>
- Lytsy, P. & Friberg, E. (2020). *Psychosocial work environment: health and well-being – Two systematic reviews*. Gävle: Swedish Agency for Work and Environmental Expertise.
- Maarse, H. (2023). *Health Policy Analysis – An Introduction*. Maastricht: Maastricht University Press|Maastricht University.

- Maitele Ndou, M. (2020). Mental Illness, Harassment and Labour Laws: Some Thoughts on Harassment by Employees Suffering from Mental Illness. *OBITER*, 41(3), 538–554. Preuzeto sa https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-58532020000300005
- Makarevičienė, A., Nightingale, M., Skubiejūtė, G., Hutton, E., Gineikytė-Kanclerė, V. & Kazlauskaitė, D. (2023). *Minimum health and safety requirements for the protection of mental health in the workplace*. Luxembourg: European Parliament – Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies.
- Makera, Y. & McSherry, B. (2024). Human rights and the social determinants of mental health: fostering interdisciplinary research collaboration. *Psychiatry, Psychology and Law*, 31(6), 1015–1028.
- Malla, A. & Gold, I. (2024). Public discourse on mental health: a critical view. *Psychiatry Neuroscience*, 3;49(2). <https://doi.org/10.1503/jpn.230161>
- Marphy, Th. (2009). Repetition, revolution, and resonance: an introduction to new technologies and human rights. In: T. Marphy (ed.), *New technologies and human rights*. New York: Oxford University Press.
- Mason Meier, B. (2017). Human Rights in the World Health Organization: Views of the Director-General Candidates. *Health and Human Rights Journal*, 19(1), 293–298.
- Maulik, P. K. (2017). Workplace stress: A neglected aspect of mental health wellbeing. *Indian Journal of Medical Research*, 146(4), 441–444. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1298_17
- Medina-Garrido, J. A., Biedma-Ferrer, J. M. & Sanchez-Ortiz, J. (2020). I Can't Go to Work Tomorrow! Work-Family Policies, Well-Being and Absenteeism. *Sustainability*, 12:5519. <https://doi.org/10.3390/su12145519>
- Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (deseta revizija, knjiga 1). (2010). Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“.
- Meng, X. & Wang, Y. (2025). Administrative embedding and employee health protection in China. *Frontiers in Public Health*, 13, 1719365. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1719365>
- Milinković, I. (2021). The moral and legal status of artificial intelligence (Present dilemmas and future challenges). *Law and Business*, 1(1), 29–36. <https://doi.org/10.2478/law-2021-0004>
- Milinković, I. (2024). One Health approach: Legal and ethical perspectives. In: *Challenges and perspectives of the development of legal systems in the XXI century* (pp. 19–36). Banja Luka: Faculty of Law, University of Banja Luka. <https://doi.org/10.7251/NSTT12401019M>
- Miller, H. & Redhead, R. (2019). Beyond 'rights-based approaches'? Employing a process and outcomes framework. *The International Journal of Human Rights*, 23:5, 699–718. <https://doi.org/10.1080/13642987.2019.1607210>

- Mishiba, T. (2022). *Workplace mental health law: Comparative perspectives*. London: Routledge.
- Mishiba, T. (2023). The Legal Regulation of Psychological Hazards at Work: The Hypothesis regarding the Benefits of the Mental Health Approach Compared to the Psychosocial Risk (PSR) Approach. *Journal of Work Health and Safety Regulation*, 2, 97–109.
- Mitchell, G., Murphy, E., Bojarcz, S. & Cohen, Sh. (2023). *Is an Eu-Wide Approach to the Mental Health Crisis Necessary?*. Brussels: TASC/Foundation for European Progressive Studies.
- Mixafenti, S., Karagkouni, A. & Dimitriou, D. (2025). Integrating Business Ethics into Occupational Health and Safety: An Evaluation Framework for Sustainable Risk Management. *Sustainability*, 17(10), 4370. <https://doi.org/10.3390/su17104370>
- Montgomery, J. (2003). *Health Care Law* (Second edition). Oxford: Oxford University Press.
- Morel-Zifonte, C. (2025, November 19). *Mental health at work: EU psychosocial risk assessment requirements*. IRIS. Preuzeto sa <https://www.iris.co.uk/blog/hr/mental-health-at-work-eu-psychosocial-risk-assessment-requirements>
- Murdoch, B. (2021). Privacy and artificial intelligence: challenges for protecting health information in a new era. *BMC Medical Ethics*, 22:122. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00687-3>
- Müller, K. (2020). *The right to disconnect*. European Added Value in Action, EPRS Briefing PE 642.847. European Parliamentary Research Service. Preuzeto sa [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/642847/EPRS_BRI\(2020\)642847_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/642847/EPRS_BRI(2020)642847_EN.pdf)
- Nielsen, T. H. (2023). *Philosophical Foundations of Health Assessment: Towards a Dynamic and Integrative Conception of Health*. Ph.D. thesis. SDU. Syddansk Universitet: Det Humanistiske Fakultet. <https://doi.org/10.21996/29c7-wn09>
- Northumberland County Council [1995] 1 All ER 737. Legal Case Summary. Preuzeto sa <https://www.lawteacher.net/cases/walker-v-northumberland-county-council.php>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Nyman, C., Alexanderson, K., Svedberg, P. & Friberg, E. (2023). Provisions regarding organizational and social work environment and future sickness absence in Sweden. *European Journal of Public Health*, 33(Suppl. 2), ckad160.1339. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1339>

- OECD (2013). *Mental health and work: Sweden*. OECD: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264188730-en>
- OECD (2017). *Behavioural Insights and Public Policy: Lessons from Around the World*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270480-en>
- OECD (2021). *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.
- OECD (2022). *Rights in the Digital Age – Challenges and Way Forward*. OECD Digital Economy Papers, No. 347.
- Oliveira, Á., De la Corte-Rodríguez, M. & Lütz, F. (2020). The new Directive on work-life balance: Towards a new paradigm of family care and equality?. *European Law Review*, 45(3), 295–323.
- On, P. S. (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030: We must rise to the challenge. *Indian J Psychiatry*, 63(5), 415–417.
- Opinio Juris (2023, May 15). *EU corporate human rights due diligence obligations: From means to results*. Preuzeto sa <https://opiniojuris.org/2023/05/15/eu-corporate-human-rights-due-diligence-obligations-from-means-to-results/>
- Oratz, L. T., Chowdhry, Z. A. & Van Hoogenstyn, N. (2025). *New Utah AI Laws Change Disclosure Requirements and Identity Protections, Target Mental Health Chatbots*. Perkins. Preuzeto sa <https://www.jdsupra.com/legalnews/new-utah-ai-laws-change-disclosure-4962331/>
- Orwat, C., Bareis, J., Folberth, A., Jähnel, J. & Wadehul, C. (2024). Normative challenges of risk regulation of artificial intelligence. *NanoEthics*, 18(2), Article 11. <https://doi.org/10.1007/s11569-024-00454-9>
- Pape, M. (2024). *Addressing AI risks in the workplace: Workers and algorithms*. EPRS: European Parliamentary Research Service.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P. & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
- Pilgrim, D. (2015). *Understanding Mental Health. A critical realist exploration*. London: Routledge.
- Ponce Del Castillo, A. & Taes, S. (2025). Artificial intelligence and labor law. In: N. A. Smuha (Ed.), *The Cambridge handbook of the law, ethics and policy of artificial intelligence* (pp. 339–366). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009367783.021>
- Porsdam Mann, S., Bradley, V. J. & Sahakian, B. J. (2016). Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. *Health and Human Rights Journal*, 18(1), 263–275.
- Pūras, D. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*. UN Human Rights Council, A/HRC/35/21.

- Razmetaeva, Y., Barabash, Y. & Lukianov, D. (2022). The Concept of Human Rights in the Digital Era: Changes and Consequences for Judicial Practice. *Access to Justice in Eastern Europe*, 3(15), 41–56. <https://doi.org/10.33327/AJEE-18-5.3-a000327>
- Roberts, T. (2025). *Understanding Digital Rights: Definitions, Conceptions, and Myths*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Rodrigues, T. M. L. C., Dal, R. D. B. & Ventura, C. A. A. (2023). Legal and normative aspects applicable to workers' mental health: Bill to regulate psychosocial risks in Brazil. *Medical Research Archives*, 11(8). <https://doi.org/10.18103/mra.v11i8.4209>
- Roussos, P. L. (2023). The psychosocial risks and impacts in the workplace assessment tool: Construction and psychometric evaluation. *Behavioral Sciences*, 13(2), 104. <https://doi.org/10.3390/bs13020104>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, K. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727.
- Salil, R., Jose, B., Cherian, J., Sheeja, P. R. & Vikraman, N. (2025). Digitalized therapy and the unresolved gap between artificial and human empathy. *Front. Psychiatry*, 15:1522915. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.152291>
- Sarkar, S., Menon, V., Padhy, S. & Kathiresan, P. (2024). Mental health and well-being at the workplace. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S353–S364. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_608_23
- Sauni, R., Koskela, K. & Westerholm, P. (2019). *OSH system at national level – Sweden*. EU-OSHA OSHwiki. Preuzeto sa <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/osh-system-national-level-sweden>
- Schramm, L. & Carbon, C. C. (2024). Critical success factors for creating sustainable digital health applications: The German DiGA case. *Digital Health*. <https://doi.org/10.1177/20552076241249604>
- Schuett, J. (2021). Defining the scope of AI regulations. *Law, Innovation and Technology*, 15(1), 60–82. <https://doi.org/10.1080/17579961.2023.2184135>
- Scott, R. & Freckelton, I. (2023). The duty of care to protect employees against the risk of psychiatric harm from vicarious trauma: Kozarov v Victoria. *Journal of Law and Medicine*, 30(2), 358–389.
- Seemüller, F. (2023). ICD-11 and mental disorders: important changes, controversies, and future directions. *BMC Psychiatry*, 23(698). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05186-w>

- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press. Preuzeto sa <https://psycnet.apa.org/record/2010-25554-000>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Shchitova, A. A. (2020). Definition of Artificial Intelligence for Legal Regulation. *Advances in Economics, Business and Management Research*, 56, 616–620.
- Sibayan, K. (2024, October 16). *Expert says 'unhappy leave' is the new solution to employee disengagement*. New York State Society of Certified Public Accountants. Preuzeto sa <https://www.nysscpa.org/article-content/expert-says-unhappy-leave-is-the-new-solution-to-employee-disengagement-101624>
- Silveira, A., Araújo Coelho, L., Costa, M. I. & Cabral, T. S. (Eds.). (2024). *The Charter of Fundamental Rights of the European Union: A Commentary*. Portugal/Braga: JusGov/UMinho Law School & Escola de Direito da Universidade do Minho.
- Smith, K. A., Blease, C., Faurholt-Jepsen, M., Firth, J., Van Daele, T., Moreno, C., Carlbring, P., ... & Cipriani, A. (2023). Digital mental health: challenges and next steps. *BMJ Mental Health*, 26:1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300670>
- Solymosi-Szekeres, B. & Zlatanović, S. S. (2024). Approaching quiet quitting from the labor law perspective: A case study of Hungarian and Serbian legislation. *Pravni zapisi*, 15(1), 218–238. <https://doi.org/10.5937/pravzap0-50313>
- Sovilj, R. & Zlatanović, S. (2024). Approaching ESG compliance concept from business law and labour law perspectives. *Law and Business*, 4(1), 45–55. <https://doi.org/10.2478/law-2024-0004>
- Strasbourg Observers. (2014, January 20). *ECtHR extends its case law on the right to information on health risks under Article 8*. Preuzeto sa <https://strasbourgobservers.com/2014/01/20/ecthr-extends-its-case-law-on-the-right-to-information-on-health-risks-under-article-8/>
- Strasbourg Observers. (2019). *Rooman v. Belgium: when linguistic problems lead to a violation of core human rights*. Preuzeto sa <https://strasbourgobservers.com/2019/03/15/rooman-v-belgium-when-linguistic-problems-lead-to-a-violation-of-core-human-rights/>
- Szmukler, G., Daw, R. & 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.
- Škobo, M., Zlatanović, S. S. & Sjeničić, M. (2024). Mental health challenges in the educational landscape of Serbia: Exploring academic and legal perspectives. *Medicine, Law & Society*, 17(1), 109–130. <https://doi.org/10.18690/mls.17.1.109-130.2024>

- Tavory, T. (2024). Regulating AI in Mental Health: Ethics of Care Perspective. *JMIR Ment Health*, 11: e58493. <https://doi.org/10.2196/58493>
- Thorell A. (2024). Health and Disease: Between Naturalism and Normativism. *Philosophy of Science*, 91(2), 449–467. <https://doi.org/10.1017/psa.2023.113>
- UN (2008). *Right to Health, Fact Sheet No. 31*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Right.
- UN (Committee on Economic, Social and Cultural Rights). (2000). *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, UN Doc. E/C.12/2000/4.
- UN (CRPD Committee). (2014). *General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law*, CRPD/C/GC/1.
- UNESCO (2024). *Outcome document of the first meeting of the AHEG: First draft of a recommendation on the ethics of neurotechnology* (First Version). Preuzeto sa <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000391074>
- UNI Global Union (2025). *Mental Health at Work: A Fundamental Right a Practical Guide for Trade Unions*. Preuzeto sa https://uniglobalunion.org/wp-content/uploads/Mental-Health-at-Work-A-Fundamental-Right_EN-.pdf
- Urdarević, B. (2022). Usluge platformskog rada iz ugla sudske prakse. U: *XXI vek – vek usluga i uslužnog prava: zbornik radova*, knj. 13 (str. 157–168). Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu. <https://doi.org/10.46793/XXIv-13.157U>
- Urdarević, B. (2022). Zaštita zaposlenih od zlostavljanja na radu u pravu Republike Srbije. U: *Usklađivanje pravnog sistema Srbije sa standardima Evropske unije*, knj. 10 (str. 123–134). Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu. <https://doi.org/10.46793/UPSSX.123U>
- Urdarević, B. (2023). Reafirmacija prava na rad. U: *Usklađivanje pravnog sistema Srbije sa standardima Evropske unije*, knj. XI (str. 145–155). Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu. <https://doi.org/10.46793/UPSSXI.145U>
- Urdarević, B. (2024). Platformski rad i stvaranje „treće kategorije“ radnika. U: *Usklađivanje pravnog sistema Srbije sa standardima Evropske unije*, knj. 12 (str. 151–163). Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu. <https://doi.org/10.46793/UPSSXII.151U>
- van Bekkum, M. & Zuiderveen Borgesius, F. (2023). Using sensitive data to prevent discrimination by artificial intelligence: Does the GDPR need a new exception?. *Computer Law & Security Review*, 48:105770. <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2022.105770>
- van Druten, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, D., Kerckhoffs A. P. M. & Nahar-van Venrooij, L. M. W. (2022). Concepts of health in

- different contexts: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22:389. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>
- van Kolfschooten, H. (2025). Towards an EU Charter of Digital Patients' Rights in the Age of Artificial Intelligence. *Digital Society*, 4:6. <https://doi.org/10.1007/s44206-025-00159-w>
- Vasiljević, M. (2007). *Korporativno upravljanje – pravni aspekti*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu & Profinvest.
- Vasiljević, M. (2009). Korporativno upravljanje i agencijski problemi – II deo. *Anali Pravnog fakulteta u Beogradu*, 57(2), 5–28.
- Vasiljević, M. (2013). Društvena odgovornost kompanija (Od politike, preko morala, do prava). *Anali Pravnog fakulteta u Beogradu*, LXI(1), 5–28.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health justice: An argument from the capabilities approach*. Polity Press.
- Virtanen, M., Lallukka, T., Elovainio, M., Steptoe, A. & Kivimäki, M. (2025). Effectiveness of workplace interventions for health promotion. *The Lancet Public Health*, 10(6), e512–e530. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00095-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00095-7)
- Votruba, N., Thornicroft, G. & FundaMentalSDG Steering Group. (2016). Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative. *Global Mental Health*, 3(e26), 1–6. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.20>
- Weigl, M., Müller, A., Paramythelli, A., Angerer, P. & Petru, R. (2017). Checklist for psychosocial risk evaluation: a prospective evaluation study. *Occupational Medicine*, 67(1), 7–12. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw151>
- WHO (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008). *Right to Health. Fact Sheet No. 31*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.
- WHO (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). *Mental health: Strengthening our response*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2021). *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*. Geneva: World Health Organization. Preuzeto sa <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>
- WHO (2022). *European framework for action on mental health 2021–2025*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2022). *WHO Guidelines at Mental Health at Work*. Geneva: World Health Organization.

- WHO & ILO (2022). *Mental health at work: Policy brief*. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization. Preuzeto sa <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>
- WHO (2023). *Regulatory Considerations on Artificial Intelligence for Health*. Geneva: WHO.
- WHO & UN (2023). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. Geneva: WHO.
- WHO (2025). *Social Determinants of Health*. Preuzeto sa https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- WHO (2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 1. Introduction, purpose and use of the guidance (Guidance on mental health policy and strategic action plans)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO – European Region, Ministry of Health, Republic of Poland & Digital Transformation of Health Lab. (2025). *Addressing the digital determinants of youth mental health and well-being. Policy Brief*. Geneva: WHO.
- WHO (2025). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision), v2025-01*. Preuzeto sa <https://www.findacode.com/icd-11/chapter-06.html>
- Yadav N., Pandey S., Gupta A., Dudani P., Gupta S. & Rangarajan K. (2023). Data Privacy in Healthcare: In the Era of Artificial Intelligence. *Indian Dermatol Online Journal*, 27;14(6), 788–792. https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_543_23
- Zlatanović, S. S. (2019). *Genetički i drugi zdravstveni osnovi diskriminacije na radu*. Beograd: Institut društvenih nauka.
- Zlatanović, S. S. & Ostojić, I. (2021). Labour law status of platform workers – between autonomy and subordination. In: M. Reljanović (Ed.), *Regional law review* (pp. 269–281). Belgrade: Institute of Comparative Law; University of Pécs Faculty of Law; “Josip Juraj Strossmayer” University of Osijek Faculty of Law. https://doi.org/10.18485/iup_rlr.2021.2.ch16
- Zlatanović, S. S. & Jovanović, P. (2023). Workforce aging and decent work in the era of the digital economy – towards a holistic public policy approach. *Stanovništvo*, 61(1), 53–68. <https://doi.org/10.2298/STNV230220001S>
- Zlatanović, S. S. (2023). Pravo na digitalnu (ne)dostupnost u oblasti rada – novo pravo svojstveno radu u digitalnom dobu. U: J. Perović Vujačić (ur.), *Međunarodni pravni odnosi i pravda* (str. 555–569). Kopaonička škola prirodnog prava – Slobodan Perović.
- Zlatanović, S. S. & Sovilj, R. (2023). Dužnost lojalnosti i institut (anti) konkurencije u radnom i kompanijskom pravu. *Strani pravni život*, 67(3), 523–549. https://doi.org/10.56461/SPZ_23309KJ

- Zlatanović, S. S. & Stevanović, A. (2023). Upravljanje psihosocijalnim rizicima i izazovi zaštite mentalnog zdravlja u savremenom radnom pravu. *Radno i socijalno pravo: časopis za teoriju i praksu radnog i socijalnog prava*, 27(1), 227–249.
- Zlatanović, S. S. & Škobo, M. (2023). The 'twilight' of health, safety, and well-being of workers in the digital era – Shaping the right to disconnect. *Journal of Work Health and Safety Regulation*, 2(2), 129–144. <https://doi.org/10.57523/jaohlev.0a.23-003>
- Zlatanović, S. S. & Sjeničić, M. (2024). Normative approach to workers' mental well-being in the digital era. *Review of European and Comparative Law*, 57(2), 55–75. <https://doi.org/10.31743/recl.17235>
- Zlatanović, S., Sovilj, R. & Maksimović, M. (2025). The quiet quitting phenomenon in digital workplaces: A legal-theoretical and comparative analysis. *Review of European and Comparative Law*, 62(3), 133–153. <https://doi.org/10.31743/recl.18618>

Pravni izvori

- Council of Europe (1997). *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine (Oviedo Convention)* (ETS No. 164).
- European Commission (2021a). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The European Pillar of Social Rights Action Plan* (COM(2021) 102 final).
- European Commission (2021b). *EU strategic framework on health and safety at work 2021–2027* (COM(2021) 323 final).
- European Commission (2023). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health* (COM(2023) 298 final). Brussels.
- European Commission (2024). *Commission decision establishing the European Artificial Intelligence Office* (C(2024) 390 final).
- European Parliament (2022). *European Parliament resolution of 10 March 2022 on a new EU strategic framework on health and safety at work post-2020 (including better protection of workers from exposure to harmful substances, stress at work and repetitive motion injuries)* (2021/2165(INI)).
- European Union (1989). Council Directive 89/391/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. *Official Journal of the European Communities*, L 183, 1–8.

- European Union (1990). Council Directive 90/270/EEC of 29 May 1990 on the minimum safety and health requirements for work with display screen equipment. *Official Journal of the European Communities*, L 156, 14–18.
- European Union (2003). Directive 2003/88/EC of the European Parliament and of the Council concerning certain aspects of the organisation of working time. *Official Journal of the European Union*, L 299, 9–19.
- European Union (2012a). Charter of Fundamental Rights of the European Union. *Official Journal of the European Union*, C 326/391.
- European Union (2012b). Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. *Official Journal of the European Union*, C 326.
- European Union (2017a). *European Pillar of Social Rights*. Brussels: Publications Office of the European Union.
- European Union (2017b). Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council on medical devices. *Official Journal of the European Union*, L 117.
- European Union (2017c). Regulation (EU) 2017/746 of the European Parliament and of the Council on in vitro diagnostic medical devices. *Official Journal of the European Union*, L 117.
- European Union (2019). Directive (EU) 2019/1158 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU. (2019). *Official Journal of the European Union*, L 188, 79–93. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2019/1158/oj>
- European Union (2024). Directive (EU) 2024/2831 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2024 on improving working conditions in platform work. (2024). *Official Journal of the European Union*, L 2024/2831.
- European Union (2024). Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act). *Official Journal of the European Union*, 2024/1689.
- United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations General Assembly (1966a). *International Covenant on Civil and Political Rights*. *United Nations Treaty Series*, 999, 171.
- United Nations General Assembly (1966b). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. *United Nations Treaty Series*, 993, 3.
- United Nations General Assembly (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. *United Nations Treaty Series*, 1249.

- United Nations General Assembly (1989). *Convention on the Rights of the Child*. *United Nations Treaty Series*, 1577.
- United Nations General Assembly (1990). *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. *United Nations Treaty Series*, 2220.
- United Nations General Assembly (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (A/RES/61/106).
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (2011). *Rio political declaration on social determinants of health*. Rio de Janeiro: WHO.
- Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu, *Službeni glasnik RS*, br. 35/2023.
- Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu, *Službeni glasnik RS*, br. 36/2010.
- Zakon o radu, *Službeni glasnik RS*, br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 – odluka US, 113/2017, 95/2018 – autentično tumačenje i 109/2025 – dr. zakon.

Sudska praksa

- Barber v Somerset County Council* [2004] UKHL 13, [2004] 1 WLR 1089 (House of Lords).
- Court of Justice of the European Union (2007, June 14). *Commission of the European Communities v. United Kingdom* (Case C-127/05). EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX:62005CJ0127>
- Court of Justice of the European Union (2013, April 11). *HK Danmark (Ring and Werge)* (Joined Cases C-335/11 and C-337/11). EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:62011CJ0335>
- Easton v. B&Q plc [2015] EWHC 1810 (QB). Preuzeto sa <https://www.cipp.org.uk/resources/news/etstressatworki.html>
- European Committee of Social Rights (2023, October 17). *Mental Disability Advocacy Centre v. Czechia* (Application No. 188/2019). Publicity: 14 February 2024. https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFkJmH2bYG/content/no-188-2019-validity-v-czech-republic-complaint-no-188-2019
- European Court of Human Rights (1979, October 24). *Winterwerp v. the Netherlands* (Application No. 6301/73). <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-57597%22%7D>
- European Court of Human Rights (2012, January 17). *Stanev v. Bulgaria* (Application No. 36760/06). <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-108690%22%7D>

- European Court of Human Rights (2012, October 22). *Konstantin Markin v. Russia* (Application No. 30078/06, Grand Chamber). <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-109868>
- European Court of Human Rights (2013, December 5). *Vilnes and Others v. Norway* (Applications Nos. 24130/11 & 29758/11). Descriptions available at Fullegal and Strasbourg Observers. Preuzeto sa <https://www.fullegal.com/en/court-cases/european-court-of-human-rights-cases/vilnes-and-others-v-norway-1872002>
- European Court of Human Rights (2014, July 24). *Brincat and Others v. Malta* (Applications Nos. 60908/11, 62110/11, 62129/11, 62312/11 & 62338/11). [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-145790%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-145790%22])
- European Court of Human Rights (2017, September 12). *Bărbulescu v. Romania* (Application No. 61496/08, Grand Chamber). [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-177082%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-177082%22])
- European Court of Human Rights (2019, January 31). *Rooman v. Belgium* (Application No. 18052/11, Grand Chamber). [https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:\[%22001-189902%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:[%22001-189902%22])
- High Court of Justice (England and Wales), Court of Appeal. (2002, February 5). *Hatton v Sutherland* [2002] EWCA Civ 76. <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Civ/2002/76.html>
- High Court of Justice (England and Wales), Court of Appeal (Civil Division). (2007, February 7). *Intel Corporation (UK) Ltd v Daw* [2007] EWCA Civ 70. <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Civ/2007/70.html>
- High Court of Justice (England and Wales), Queen's Bench Division. (2015, July 3). *Easton v B&Q plc* [2015] EWHC 1810 (QB). Preuzeto sa <https://www.cipp.org.uk/resources/news/etstressatworki.html>

LABOUR RIGHTS AND MENTAL HEALTH IN THE DIGITALIZATION ERA: CHALLENGES, OPPORTUNITIES, AND PERSPECTIVES FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

SUMMARY

In the contemporary legal and organizational landscape, digitalization, automation, and the integration of artificial intelligence (AI) into work processes have profoundly transformed the conceptualization of occupational safety and health (OSH) and, more broadly, labour law. Traditional legal frameworks, historically oriented toward physical hazards such as machinery-related injuries, falls, or exposure to toxic substances, have proven insufficient to address the multidimensional and complex nature of psychosocial risks emerging in modern work environments. These risks – including workload intensity, role ambiguity, limited autonomy, job insecurity, and algorithmically mediated digital surveillance – exert measurable effects on employees' mental health and well-being, with implications for productivity, organizational stability, and the broader socio-economic ecosystem.

Doctrinally, the peripheral treatment of psychosocial risks highlights the anthropocentric and mechanistic bias embedded in traditional OSH law, which prioritizes physical harm over intangible, yet legally significant, psychological and cognitive stressors. The conceptual framework of due diligence, originating in Anglo-Saxon legal traditions and codified within European law, including Directive 89/391/EEC, provides a normative foundation for reorienting labour law toward a proactive and preventive model. Due diligence obliges employers to anticipate, evaluate, and mitigate all reasonably foreseeable risks, extending beyond immediate physical harm to encompass psychosocial

hazards and organizational dysfunctions. This standard marks a paradigmatic shift from reactive, liability-based approaches to anticipatory governance, where the law functions not merely as a corrective instrument but as a structural enabler of organizational resilience and human well-being. The principle aligns with broader theories of regulatory foresight and preventive governance, emphasizing the interdependence between legal norms, organizational culture, and human psychological capacities.

Psychosocial risks occupy an inherently interdisciplinary domain, arising at the intersection of labour law, health law, organizational psychology, and management science. Organizational structures, managerial practices, and systems of social support function both as potential sources of harm and as levers for preventive intervention. Neglecting these dimensions generates stress, burnout, anxiety, depression, and other mental health impairments, producing ethical and legal obligations that challenge traditional understandings of employer responsibility. Digital transformation amplifies these concerns: algorithmic task allocation, AI-mediated performance monitoring, and automated processes enhance operational efficiency while potentially diminishing employee autonomy, perceived fairness, and control, thereby intensifying psychosocial strain and increasing organizational legal exposure. This context underscores the necessity of reconceptualizing occupational safety as a socio-legal construct integrating mental health and organizational ethics.

Operationalizing these theoretical insights requires the development of organizational procedures and governance mechanisms capable of translating abstract legal obligations into actionable strategies. Participatory decision-making, managerial education on psychosocial risk recognition, and the integration of safety, health and organizational development policies are essential for implementation. Holistic management, rather than exclusive attention to physical injury, enhances organizational legitimacy, productivity, and sustainability while mitigating legal and ethical risk. Continuous monitoring, evaluation, and transparent reporting of psychosocial interventions – particularly within digitalized and AI-mediated workplaces

– constitute both a normative and empirical imperative, embedding mental health protection within organizational governance.

From a policy-theoretical perspective, the explicit integration of psychosocial risks and mental health protection into labour legislation and OSH standards constitutes a normative imperative for contemporary legal systems. Policy instruments should establish preventive risk assessment standards adapted to digitalized and automated work environments, promote participatory governance, and provide guidance and resources for small and medium-sized enterprises. Conceptually, such measures reflect a holistic and proactive approach, bridging the traditional dichotomy between legal compliance and organizational ethics. Protecting mental health is not merely instrumental for productivity; it constitutes a normative commitment to human dignity, personal autonomy, and the ethical organization of work, grounded in a human-rights-based approach and responsive to technologically mediated work environments.

Legal innovations such as the right to disconnect and psychological leave – exemplified by China’s employer-led practice of so-called “right to unhappy leave” – illustrate the practical operationalization of this framework. The right to disconnect allows workers to delineate boundaries between professional and private life, mitigating stress associated with constant digital availability. Psychological leave enables preventive engagement with stressors before they escalate into clinically significant disorders, reflecting recognition of the interdependence between worker well-being, organizational stability, and societal sustainability. These instruments conceptualize work as a relational, psychosocially mediated activity rather than solely an economic function, affirming mental health as a legal and organizational value essential for sustainable employment and systemic resilience.

In the Serbian context, the 2023 Occupational Safety and Health Act represents a formal reform of legislation nearly two decades old, aligning nominally with EU Directive 89/391/EEC. However, theoretical and normative analyses reveal significant gaps in addressing psychosocial risks and digital-era challenges. Domestic legislation predominantly emphasizes traditional

physical hazards, while psychosocial risk assessment and mental health protection remain peripheral. The absence of explicit norms regarding mental health leave or the right to disconnect illustrates fragmented regulatory protection and the limitations of formal compliance models, underscoring the need for systemic reconceptualization of labour law that integrates psychosocial risk management, digital work realities, and participatory governance.

European policy instruments, including EU-OSHA surveys and European Parliament resolutions, provide benchmarks for preventive, holistic, and systemic approaches. Empirical evidence indicates that approximately 45–46% of EU workers encounter psychosocial risk factors adversely affecting mental health, highlighting the inadequacy of fragmented or reactive legislation. These findings reinforce the theoretical premise that effective legal regulation must be anticipatory, integrative, and embedded in organizational culture rather than merely procedural. Integrating mental health protection into modern OSH frameworks represents a paradigmatic evolution of legal theory, linking preventive governance, organizational ethics, and human-centered regulatory design.

Mental health protection serves both normative and instrumental functions: it is essential for legal compliance, risk mitigation, and ethical governance of work, while contributing to organizational resilience, employee engagement, and sustainable economic development. Digitalization, automation, and AI necessitate continuous reassessment of normative structures, requiring legal theory to engage with emerging technologies, psychosocial dynamics, and the intersection of law, organizational culture, and human cognition. The theoretical challenge is reconciling the anthropocentric foundations of law with complex sociotechnical realities of digitalized work, ensuring normative coherence while maintaining operational effectiveness.

Ultimately, the protection of mental health at work constitutes a critical site for theoretical innovation in labour law and OSH field. By embedding mental health as a legal, ethical, and organizational value, contemporary legal systems can

articulate a holistic framework addressing psychosocial risks, ensuring participatory governance, and adapting to technological transformation. This approach envisions labour law not merely as a reactive, hazard-focused discipline but as a multidimensional regulatory system that operationalizes ethical commitments to human dignity, well-being, and sustainability in digitally mediated workplaces. Such a reconceptualization lays the foundation for practical, policy, and legislative innovations that secure mental health protection, enhance organizational resilience, and promote sustainable and ethical labor relations in the contemporary world of work.

Traditional labour law theory continues to grapple with the integration of insights from organizational psychology and management into its normative framework. Psychosocial risks are still frequently treated as non-legal or purely technical issues within OSH regimes, which narrows the regulatory approach and risks undermining the effective protection of fundamental rights, particularly the right to work and the right to health. Such a fragmented perspective is increasingly difficult to sustain in light of contemporary scholarship and international standards.

Modern approaches need to emphasize the indivisibility of technical, organizational, and social dimensions of work, recognizing that legal regulation must address the full complexity of human work systems. Psychosocial risk factors – such as work intensity, job insecurity, and organizational culture – are structurally embedded in work organization and therefore fall squarely within the scope of legal responsibility. The failure to adequately regulate these risks may lead not only to deteriorating working conditions but also to violations of legally protected rights, including health, and dignity at work.

From a legal-analytical perspective, this calls for a reconceptualization of labour law as an integrative discipline that incorporates interdisciplinary knowledge while maintaining its normative core. Rather than treating psychosocial risks as ancillary concerns, contemporary labour law must recognize them as central to the regulation of working conditions, aligning with a rights-based and systemic understanding of worker protection.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

349.2:004
613.86
331.45

ЗЛАТАНОВИЋ, Сања, 1986–

Radna prava i mentalno zdravlje u eri digitalizacije : izazovi, mogućnosti i perspektive bezbednosti i zaštite na radu / Sanja Zlatanović. – Beograd : Institut društvenih nauka, 2026 (Beograd : RIC Grafičkog inženjerstva Tehnološko-metalurškog fakulteta). – 273 str. ; 22 cm

Tiraž 70. – Napomene i bibliografske reference uz tekst. – Bibliografija: str. 248–268. – Summary: Labour rights and mental health in the digitalization era: challenges, opportunities, and perspectives for occupational safety and health.

ISBN 978-86-7093-296-8

- а) Ментално здравље – Правни аспект
- б) Заштита на раду
- в) Радно право – Дигитализација

COBISS.SR-ID 198943753