PRAVNI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U SPLITU

ZBORNIK RADOVA S MEĐUNARODNOG KONGRESA

„1. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM”

3. - 5. studenoga 2017. godine

Zbornik radova s međunarodnog kongresa
„1. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“

Nakladnik
Sveučilište u Splitu
Pravni fakultet
Domovinskog rata 8
21000 Split

Za nakladnika
Izv.prof.dr.sc. Željko Radić

Suorganizatori
Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Urednik nakladničke djelatnosti
Izv.prof.dr.sc. Mirko Klarić, predsjednik Povjerenstva za izdavačku djelatnost

Urednici izdanja
prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, prof. dr. sc. Jozo Čizmić, prof. dr. sc. Vesna Rijavec,
izr. prof. dr. sc. Suzana Kraljić, prof. dr. sc. Hajrija Mujović
mr. sc. Ante Klarić, Miran Cvitković, dr. med.,
prof.dr. sc. Damjan Korošec, prof.dr.sc. Šimun Anđelinović
doc. dr. sc. Ivan Vukušić

Tehnički urednik
Doc. dr. sc. Ivan Vukušić

Priprema i tisak
Dalmacijapapir-Split
Naklada 300 kom.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
S V E U Č I L I Š N A K N J I Ž N I C A
U S P L I T U

HRVATSKI simpozij medicinskog prava (3 ;
2017 ; Osijek)
Zbornik radova s Međunarodnog kongresa
3. hrvatski kongres medicinskog prava,
Osijek, 3.-5. studenog 2017. godine /
<urednici Anita Kurtović Mišić ... et
al.>. - Split : Pravni fakultet ; <Zagreb>
: Hrvatska liječnička komora, 2017.

Bibliografija uz svaki rad. - Summaries.

ISBN 978-953-8116-16-2

1. Kurtović Mišić, Anita
I. Medicinsko pravo -- Zbornik

170116097

Ovaj Zbornik predstavlja rezultat međunarodnog kongresa „1. hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem “ održanog u Osijeku 3. - 5. studenoga 2017. godine.

PRAVNI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U SPLITU

ZBORNIK RADOVA S MEĐUNARODNOG KONGRESA

„1. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM”

Osijek, 3. - 5. studenoga 2017. godine

MEĐUNARODNI KONGRES

„1. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem “

Datum održavanja
3. - 5. studenoga 2017. godine

Suorganizatori
Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Voditelji kongresa
prof.dr.sc. Anita Kurtović Mišić
prof.dr.sc. Jozo Čizmić
Miran Cvitković, dr.med.
mr.sc. Ante Klarić, mag.iur.

Organizacijski odbor
prof.dr.sc. Željko Radić
prof.dr.sc. Anita Kurtović Mišić
prof.dr.sc. Jozo Čizmić
dr.sc. Trpimir Goluža
Miran Cvitković, dr.med.
mr.sc. Ante Klarić, dipl.iur.
izr.prof.dr.sc. Suzana Kraljić,
prof.dr.sc. Vesna Rijavec,
prof.dr.sc. Hajrija Mujović

Radni jezik: hrvatski, slovenski, engleski

Mjesto održavanja
Osijek
„Hotel Osijek“

SADRŽAJ

ČLANCI

Prof.dr.sc. Dubravko Habek, dr.med. (KB Sv.Duh)
Carski rez u 21. stoljeću - ide li Hrvatska putem estetske kirurgije ili lošom kliničkom praksom? 9

Doc.dr.sc. Željko Duić, dr.med. (MEF Zagreb, KB Merkur), prim.dr.sc. Vanja Fenzl, dr.med. (KB Merkur), Tihana Duić (studentica MEF Zagreb)

Stav zatkom kao obligatno pravo na carski rez? 19

Lucija Kuder, dr.med., Nejc Kozar, dr.med., Veronika Anzeljc, dr.med., doc.dr.sc. Faris Mujezinović, dr.med.(UKC Maribor)
The analysis of the state of cesarean sections according to Robson classification – Department of Perinatology, UMC Maribor, from 2008. to 2013. 29

Izv.prof.dr.sc. Damir Roje, dr.med. (KBC Split, MEF Split)
Fetalna hipoksija, CTG i carski rez: medicinsko-pravne dvojbe ili koliko imamo hipoksične djece 33

Deana Švaljug, bacc. med. tehn., mag. rehab. educ. (Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci)
Porođaj u kući u Hrvatskoj: od zakonskih okvira do tajnovitih porođaja..... 45

Dr.sc. Branko Brkić, mag.iur. (Ustavni sud RH)
Odgovornost liječnika kod liječenja na zahtjev u RH 61

Željka Kuljak, bacc. obs., mag. med. techn. (Škola za primalje, Zagreb)
Postoji li tim za porođaje - Uloga drugih zdravstvenih radnika pri porodu 81

Prof.dr.sc. Jozo Čizmić (Pravni fakultet u Splitu)
Aktualno stanje na područja medicinskog prava 83

Ivica Veselić, mag.iur. (Županijski sud u Zagrebu)
Materijalno-pravni značaj dijagnostičko-terapijskih smjernica u odlučivanju 125

Mag. Boštjan Valenčić (Okružni državni tužilac, Republika Slovenija)
Kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja (179. Čl. KZ-1) pri bolniku s težko boleznijo – subsumpcija dejanskega stanu pod zakonsko normo „in concreto“ 131

Dr.sc. Nina Mišić Radanović, mag.iur.
(Sveučilišni odjel za forenzične znanosti Sveučilišta u Splitu)
Odgovornost liječnika u slučaju timskog rada 147

Prof.dr.sc. Hrvoje Kačer (Pravni fakultet u Splitu)
Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine 191

Izr.prof.dr.sc. Suzana Kraljić (Pravni fakultet u Mariboru)
Informirana privolitev in pravica pacienta do obveščenosti v enotah intenzivne medicine (s pregledom europske sodne prakse) 213

Doc.dr.sc. Suzana Vuletić (Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku); dr. sc. Amabilis Jurić (Katolički bogoslovni fakultet u Zagrebu)
Utjecaj vjerskog uvjerenja na tijek liječenja bolesti 227

Doc.dr.sc. Blanka Kačer (Pravni fakultet u Splitu)
Doniranje organa - pravni pogledi 247

Vlasta Merc, dr.med., Vlasta Klarić, dr.med. (KB Dubrava)
Eksplantacija i transplantacija- medicinsko etičke dvojbe i standardi 279

Prof.dr.sc. Lada Zibar, dr.med. (KBC Osijek)
Je li dozvoljeno umrijeti? 289

Miran Cvitković, dr.med., mr.sc. Ante Klarić, mag.iur. (HLK)
Smije li liječnik dopustiti smrt..... 299

Davor Lazić, LL.M., mag.iur. (Odvjetnički ured Lazić)
Ugovori o (sub)specijalističkom usavršavanju – pravilnici i odluke Vrhovnog i Ustavnog suda RH, stav HLK i trenutna (sudska) praksa 323

Prof.dr.sc. Hajrija Mujović (Institut društvenih nauka, Beograd)
Specijalizacije lekara u Srbiji i zemljama izvan EU 335

Izv.prof.dr.sc. Mirko Klarić (Pravni fakultet u Splitu)
Položaj i uloga liječničke profesije u javnoj zdravstvenoj službi 353

Snježana Cerjan, mag.iur. (Udruga pravnika u zdravstvu)
Specijalističko usavršavanje s pozicije poslodavca ustanove koja provodi specijalističko usavršavanje 379

Prof.dr.sc. Renata Perić (Pravni fakultet u Osijeku), doc.dr.sc. Zoran Šinković (Pravni fakultet u Splitu)
Oporezivanje zdravstvenih usluga porezom na dodanu vrijednost..... 397

Izv.prof.dr.sc. Ines Medić (Pravni fakultet u Splitu)
Pravni aspekti prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika – europska i globalna perspektiva..... 423

SAŽETCI I PREZENTACIJE

Doc. dr.sc. Iris Jerončić Tomić, prof. dr.sc. Rosanda Mulić (MEF Split)
Loša komunikacija kao liječnička pogreška 445

Doc.dr.sc. Ivan Fistonić, dr.med. (Ordinacija Fistonić), Amila Filipović, dr.med. (Poliklinika Medikol)
Medicinsko-pravna veza između izvanbolničke i bolničke ginekološke i opstetričke skrbi i prakse 447

Doc.dr.sc. Marija Selak (Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)
Tko je žena, tko (što) je dijete..... 453

Mr.sc. Jasna Karačić (Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata)
Carski rez kao pravo pojedinca 455

Jablanov Zoran, mag.iur., univ.spec.med.iur (Dom zdravlja Dubrovnik)
Znak pristupačnosti kao dio medicinske dokumentacije 457

Zoričić Dijana, mag.iur., Tenšek Ivona, mag.iur. (Odvjetnički ured Zoričić)
Pravna regulativa sestrinstva 463

ČLANCI

CARSKI REZ U 21. STOLJEĆU - IDE LI HRVATSKA PUTEM ESTETSKE KIRURGIJE ILI LOŠOM KLINIČKOM PRAKSOM ?

UDK: 618 : 342.746 (497.5)
Primljeno: 29. rujna 2017.
Stručni članak

Prof. prim. dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.
Klinika za ginekologiju i porodništvo
Kliničke bolnice «Sveti Duh»
Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu
dhabek@unicath.hr

Carski rez je abdominalna kirurška intervencija koja je medicinski indicirana u slučajevima nemogućnosti rađanja prirodnim rodničkim putem, a preporuča se u 10-15 % opstetričkih slučajeva. Porast broja carskih rezova iznad ovoga broja u svijetu i u nas koji je medicinski neopravdan, temeljem perinatalnih statistika ne smanjuje ukupni perinatalni pomor, dok se perinatalni morbiditet u nas sustavno ne registrira, posebice kratkoročni i dugoročni povezan s nepovoljnim perinatalnim zbivanjima. Elektivni, primarni carski rez povezan je sa značajnim pobolom u novorođenačkoj, dojenačkoj, dječjoj i odrasloj dobi kroničnim upalnim i nezaraznim bolestima zbog izostanka prolaska djeteta kroz porođajni kanal majke i modulacije fizioloških čimbenika majčinog i djetetovog mikrobioma koji imaju značajan učinak na zdravlje. Carski rez na zahtjev, na želju trudnice, koji hrvatsko medicinsko pravo ne prepoznaje valja izbjegavati jer primarni elektivni carski rez na zahtjev nije zahvat bez rizika: on je kirurška intervencija s narušavanjem tjelesnog integriteta, ne spada u kategorije izbornih estetskih zahvata ispravljanja naružnjenja, već naprotiv, izaziva ožiljke i dizrupciju tjelesnog integriteta. Usprkos suvremenim tehnikama operiranja i anestezije, povezan je s brojnim ranim i kasnim komplikacijama operacije i anestezije, te kratkoročnim i dugoročnim posljedicama na zdravlje. Ne postoje znanstvene studije koje su dokazale suprotno dobroj kliničkoj praksi. Medicinsko pravno i deontološki nedopuštena je diskriminacija trudnica koje nisu bolesnice i imaju drugačije financijsko-ekonomsko stanje od onih koje nemaju i ne mogu birati izborni elektivni carski rez. Brojne zemlje Europske unije i svijeta zbog opetovanog porasta maternalnog mortaliteta i značajnog pobola uzrokovanim elektivnom carskim rezovima i legislativnih posljedica povezanih sa ovim zahvatom upozoravaju i usmjeravaju na njegovo smanjenje u medicinski prihvatljive okvire. I hrvatska opstetrička forenzika primjećuje uzlazni porast litigacija zbog povećanog broja izvođenja carskih rezova koji je u Hrvatskoj u uzlaznoj fazi značajno iznad 20 %, što je već postalo daleko od dobre kliničke prakse.

Carski rez ne smije biti banalizirani mondeni estetski kirurški zahvat iz trenutne ili virtualne tokofobične indikacije ili pak želje: nerođenu djetetu i majci valja osigurati dužnu pažnju i porođaj temeljem suvremene opstetričke struke, a zanemarene opstetričke vještine dobre kliničke prakse vratiti u rađaonice.

Porast broja izvođenja ovoga zahvata valja shvatiti kao potencijalno nerazumno štetno postupanje, posebice u nemedicinski indiciranim slučajevima, jer su protivna temeljnim načelima prava na zdravlje i život.

Ključne riječi: carski rez, trudnoća, operacijski zahvat, estetska kirurgija, dobra klinička praksa, pravo pacijenta, prava djeteta, dugoročni pobol

UVOD

U više od 80 % slučajeva rađanje rodničkim putem je primarno antropološki i medicinski siguran način rađanja. Carski rez je operacijski zahvat koji se izvodi u slučajevima nemogućnosti rađanja rodničkim, prirodnim putem i njegovo izvođenje treba se kretati od 10-15 %. Prema klasifikaciji operacijskih zahvata spada u teže operacijske zahvate, izvan okvira tzv. male kirurgije, s obzirom na zahtijevanje uporabe opće ili regionalne anestezije i otvaranja trbušne šupljine i shvaćanja trudnoće kraja trećega tromjesečja značajnim anesteziološkim i kirurškim problemom. Kroz povijest izvođenja carskoga reza od najranijih civilizacija, on je bio mortuorna operacija jer se izvodio na umirućoj ili mrtvoj ženi, s klauzulom poštivanja života nerođena djeteta kao individualno pravo na život od postojanja svih civilizacija uređenih pravnim sustavom. Tek će se od renesanse carski rez početi izvoditi na živoj ženi, no pomor je bio gotovo sto postotni zbog nešivanja maternice i iskrvarenja: postoje vrlo rijetki izvještaji preživljenja ovoga zahvata, a zahvat se izvodio omamom preparatima opijuma ili opijanjem rodilje. Tek će krajem 19. stoljeća i početkom 20. stoljeća carski rez postajati sigurnijom operacijom zahvaljujući razvojem anestezije, reanimacije, transfuzije, a kasnije i antibioze.

Od spomenutih stotinu godina carski rez postaje sigurnijom operacijom, a zadnjih dvadesetak godina njegovo „sigurno" izvođenje se znanstvenim i stručnim dokazima potkrijepljuje novim tehnikama izvođenja. Danas je *state-of-the-art* izvođenje carskoga reza u regionalnoj anesteziji tehnikom po Starku (Misgav Ladach metoda). On je kompleksni operacijski zahvat prilikom kojega se otvara trbušna šupljina, u nerijetkom slučajevima odvaja od okolnih struktura, oštro otvara maternica, izvade dijete i sekundine (posteljica, plodova voda, pupkovina i plodovi ovoji), a potom maternica i prednja trbušna stijenka sašiju. Operacijski zahvat se obavlja u općoj endotrahealnoj ili regionalnoj (spinalna, epiduralna) anestezija. Kao operacijski zahvat u anesteziji on nije zahvat bez rizika, dapače, spada u visokorizične operacijske zahvate jer je poznato da je maternalni pobol i pomor povezan sa zahvatom, značajnije visok.

Prema suvremenim udžbenicima danas ukupni maternalni mortalitet iznosi 22/100 000 carskih rezova, što iznosi u ukupnoj perinatalnoj maternalnoj

smrtnosti 0,1-1%. Do prije dvadeset godina maternalni pobol i pomor izravno povezan za carskim rezom bio je značajno nizak, dok se posljednjih godina jasno upozorava na povišenje majčinog pobola i pomora, posebice nakon više izvođenih (opetovanih) carskih rezova, a uzrok ovih nepovoljnih zbivanja je najčešće placenta previja i morbidna adherentna malplacentacija sa svim čimbenicima rizika i posljedicama koje ona uključuje (reanimacijsko-anesteziološko-transfuzijski postupci, zahtijevni drugi operacijski zahvati, neuvježbanost dežurnih opstetričkih timova za ovakve kompleksne operacijske zahvate i postupke). Posebice se invazivna placentacija može zamijetiti u arhaičnim tehnikama operiranja gdje se mokraćni mjehur preko ožiljka navlači, pa je placentacija izravna prema mokraćnome mjehuru. Navedeno opterećuje zdravstveni i ekonomski sustav i inducira brojne legislativne posljedice zbog lošeg ishoda liječenja i možebitnih teških i smrtonosnih posljedica po zdravlje mlade žene i nerođena djeteta ili pak dugoročne posljedice kao izravne posljedice obavljanja carskog reza elektivnim načinom, što se primjećuje posljednjih godina u Hrvatskoj, s brojnim primjerima iz svakodnevne sudske i forenzičko opstetričke prakse.

Opstetričar će procijenti apsolutne i relativne indikacije za ovaj zahvat, imat će obvezu informirati trudnicu / rodilju o potrebi operacijskoga zahvata, mogućim komplikacijama i posljedicama zahvata za kratko i dulje vrijeme na zdravlje žene i djeteta. Može se izvoditi primarno, bez početka znakova porođaja (prsnuće vodenjaka i / ili trudova) i sekundarno (u porođaju). Nekada je značajniji odnos bio u korist sekundarnog carskoga reza, dok je taj odnos danas invertan u korist primarnog i to elektivnog carskog reza, tzv. planiranog carskog reza.

U ovome će se radu prikazati aktualni medicinski, deontološki i medicinsko pravni prijepori i kritični osvrti na nerazuman porast carskih rezova izvan okvira dobre kliničke prakse s poveznicom na prava zdravih trudnica i rodilja i (ne)rođene djece, s posebnim osvrtom na elektivni, primarni carski rez.

Medicinski pogledi

Hrvatska stvarnost unatrag desetak godina jasno razlaže otklon od uvriježene i dobre kliničke prakse u hrvatskim rodilištima: značajno smanjenje broja porođaja i rođene djece godišnje uz kritično prosječno povišenje stope izvršenih carskih rezova (2014. 20,73 %, 2015. 21,91 %, 2016. 23,15 %) uz stacionaran višegodišnji perinatalni pomor. Međutim, u hrvatskim nacionalnim statistikama ne postoje podatci o perinatalnom morbiditetu, onom ukupnim i možebitno povezanim sa carskim rezom. Studija Nelsonove ukazala je da povišena stopa izvođenja carskih rezova više ne smanjuje incidenciju cerebralne

paralize čija je incidencija već gotovo šest desetljeća ostala nepomijenjena. Godine 1997. carskim rezom porođeno je u SAD 172,49/1000 živorođenčadi, a već 2000. godine 253,23/1000 živorođenčadi s porastom majčina pomora sa 1 na 1,4:10000 porođaja, što se u tim zamljama povezuje sa izbornim carskim rezovima, ali i paradoksalnog porasta broja litigacija.

Kako je spomenuto, carski rez nije zahvat bez rizika: možebitni su akutni i kronični maternalni i fetalni / neonatalni rizici povezani sa zahvatom i anestezijom. Godine 1990. navodi se podatak od 1,7 smrti /100 0000 anesteziranih bolesnica tijekom carskoga reza povezanih s anestezijom. Opća anestezija podiže rizik smrtnosti povezan s anestezijom 16,7 puta u odnosu na regionalnu anesteziju. Gubitak krvi dvostruki je prilikom carskoga reza u odnosu na rodnički porođaj. Tromboembolični incidenti češći su 4-8 puta uz visoku smrtnost povezanih sa tromboembolijama 10 puta u odnosu na rodnički porođaj. Oštećenja mokraćnoga mjehura i mokraćovoda značajan je kod carskoga reza, posebice kod konvencionalne Dörfflerove tehnike operiranja i opetovanih carskih rezova, češće su infekcije rane (0,4 % kod rodničkoga rađanja vs. 1,19 % primarnim carskim rezom i 2,29 % kod sekundarnog carskog reza) te uroinfekcije. Oštećenja nerođena djeteta skalpelom pojavljuje se od 1 - 2%.

Znanstvene su spoznaje jasne: tzv. preventivno izvođenje carskoga reza ne sprječava fekalnu i urinarnu inkontinenciju kao ni seksualnu disfunkciju. Ne postoje dokazi u niti jednom segmentu struke da je izvođenje carskoga reza protektivno za statiku zdjelice ili pak psihičko zdravlje.

Smanjivanje kliničkoga rizika temelj je dobre kliničke prakse, a povišeni broj litigacija iz opstetricije nije povezljiv s izvođenjem carskih rezova: mada se smatra da je zakašnjeli carski rez uzrokom litigacija, njegova povišena incidencija paradoksalna je, jer je ukupni perinatalni pomor ostao isti, kao i broj teških neuromotornih oštećenja, uključujući i cerebralnu parezu.

Medicinsko pravni čimbenici i pogledi

Medicinskopravni autoriteti spominju indicirani carski rez i carski rez na želju, na zahtjev, odnosno medicinski neindicirani carski rez. Ova podjela jasno razgraničava što je medicinski indicirano, pravno definirano i ono što je uvjetovano željom odnosno zahtjevom bez medicinske indikacije koja nema uporišta u niti jednom aktualnom zakonu i pravilnicima. Carski rez nije estetski zahvat, jer u estetskoj kirurgiji zdravi čovjek ŽELI estetsku korekciju iz raznih razloga. Pojam estetske kirurgije nije jasno razlučen, jer brojne zahvate izvode liječnici raznih specijalnosti i u Hrvatskoj je još uvijek anarhičan odnos u ovom dijelu struke. Estetskom kirurgijom prema američkim sustavima se

mogu baviti liječnici raznih specijalnosti: u Hrvatskoj tako kirurg glave i vrata i čeljusti obavlja estetske operacijske zahvate na dojci i trbušnoj stijenci što je neprihvatljivo. Tako je moguće da će kirurg za glavu i vrat se možda usuditi učiniti carski rez na zahtjev ako ga se smatra estetskim zahvatom. Carski rez ne služi korekciji estetskih poremetnji ili želja za bolji izgled. Kao i svi teški operacijski zahvati, ima istu kiruršku kategoriju.

Temeljni postulati (sub) specijalizacije fetomaternalne medicine i opstetricije jest održavati zdravlje nerođena djeteta i trudnice, odnosno, prvenstveno ne škoditi (Hipokrat). U narušenje zdravlja nerođena djeteta spadaju i postupci dijagnostike i terapije tijekom trudnoće i porođaja koji su možebitno rizični, odnosno štetni, a medicinsko pravno su protivni pravu djeteta na zdravlje i život, poput npr. ordiniranja neutemeljene i štetne terapije benzodiazepinima u trudnoći koja se još uvijek preporučuje od strane hrvatskih ginekologa i obiteljskih liječnika (po FDA skupina D). Valja razlučiti pojmove bolesti i zdravlja, pa tako i indikacije za carski rez.

Također, potrebito je razlikovati pojam zdrave trudnice i bolesne trudnice, koje je po svojoj vokaciji pacijent, odnosno bolesnik, onaj koji zahtijeva medicinsku pomoć u bilo kojemu obliku. Zdrava trudnica ne zahtijeva medicinsku pomoć, već (primaljsku) skrb nad normalnom trudnoćom koja je definirana više ili manje, a time i očekivani normalni porođaj. Desetljetne prakse zapadnoga svijeta upravo čvrsto podupiru navedeno jer takve trudnoće, porođaje, babinje i skrb nad novorođenčadi vode primalje, a ne liječnici.

Temeljem spoznaja suvremene medicine treba konstatirati da je izvođenje elektivnog carskog reza (naravno, i onoga na zahtjev, bez početka porođaja) čimbenik rizika peripartalnog perinatalnog programiranja, odnosno moduliranja fizioloških i morfoloških funkcija pojedinih organa i organskih sustava drugačijim uvjetima od onih fizioloških što može uzrokovati trajni invaliditet, odnosno trajni kronični pobol u djece i odrastanju, a opetovani carski rez značajni je čimbenik rizika invazivne morbidne malplacentacije sa svim svojim komplikacijama na zdravlje i život majke i nerođena djeteta. Naravno da u svim slučajevima treba procijeniti rizike „konflikta interesa" majka – dijete.

Intraoperacijske i postoperacijske komplikacije povezane sa carskim rezom nerijetko su razlogom sudskih parnica. Sudska praksa u Hrvatskoj još uvijek je nejednolika i različito tumači ovako komplekse slučajeve. Odvjetnici se razložno bore za prava pacijenata, a na sudskim vještacima iz opstetricije i ginekologije jest zadaća pomoći sustavu. Iz opravdane recentne sudske prakse valja spomenuti nekoliko ispravnih suvislih pitanja odvjetnika u slučaju rodilje kod koje se desila komplikacija krvarenja tijekom carskoga reza i učinjena je histerektomija iz životno ugrožavajućeg stanja:

1. Da li je oštećenica bila informirana da se tijekom carskoga reza može ozlijediti maternična arterija, zadobiti po život opasno krvarenje i završiti na histerektomiji zbog navedenog razloga ?
2. U kojem postotku dolazi i da li dolazi do oštećenja maternične arterije tijekom carskoga reza s ovakvih ishodom?
3. Da li je zbog navedenoga morala biti učinjena histerektomija u životnoj dobi bolesnice od 26 godina i ostati posljedično jatrogeno neplodna ?

Želja o izvođenju operacijskoga zahvata o čijem izvođenju i svim možebitnim komplikacijama pacijentica ne može biti informirana u dostatnoj mjeri, posebice u ovim rijetkim, ali možebitno pogibeljnim, ne smije biti iznad činjenja dobroga sebi i djetetu, a time preuzima odgovornost kratkoročnih i dugoročnih možebitnih poremetnji zdravlja i kroničnih nezaraznih bolesti. Stoga informirani obrazac za carski rez mora sačinjavati : podatke o ranim i kasnim operacijskim komplikacijama, ranim i kasnim posljedicama na zdravlje majke i djeteta u kasnijem životu. Vodilja mora biti i pravo djeteta na zdrav život, a ne bolest uzrokovana elektivnim zahvatom zbog trenutne želje ili nametnutog straha.

Pa stoga nužno je danas postaviti pitanje: Jesu li djeca rođena elektivnim carskim rezom rizična za svoje buduće zdravlje? Ako neki neonatolozi ili pedijatri djecu koja su rođena vakuumskom ekstrakcijom proglašuju neurozičnima, bez ikakvih dokaza i otklona od neuromotornoga razvoja a za što nema nikakvih znanstvenih dokaza, onda s pravom moramo tumačiti da su djeca rođena elektivnim carskim rezom rizična za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti temeljem znanstvenih dokaza.

Deontološko - moralni i komunikacijski čimbenici

Zdrava trudnica nije bolesnik, nije u užem smislu pojma pacijent (lat. *patiens, patnja*), pa uvjeti koji vladaju u nekim pravilnicima, pa i zakonima, sustav može tumačiti na drugačiji način, jer ne postoje stoga regulirana prava zdrave trudnice na primjerice, izvođenje carskoga reza na zahtjev. Bolesna trudnica, odnosno pacijent ionako zahtijeva postupanje prema medicinskim indikacijama. U posljednje vrijeme u Hrvatskoj se primjećuje radna dijagnoza tokofobije, koja se koristi za podebljanje dijagnoze za izvođenje carskoga reza iz medicinske psihijatrijske indikacije. Primjećuje se da je strah od trudnoće i porođaja banalizirana i evidentno krivo interpretirana, jer u pojedinim rodilištima, za sada sporadičnim, postoji toliki visoki postotak dijagnoze tokofobije. Kada se opstetrička statistika u tim rodilištima bude retrospektivno evaluirala, što se u Hrvatskoj još uvijek ne radi niti okvirno, neće se moći uklopiti u postojeće indikacije za carski rez. „Dijagnoza“ tokofobije je zasigurno

krivo shvaćena. Da li od tokofobije istinski pate samo trudnice / rodilje ili pak i liječnici i primalje ? Pa upravo je zadatak materinske skrbi, odnosno svih onih koji sudjeluju u procesu zaštite materinstva otklanjanje tokofobije. No, u našim izvabolničkim sustavima, nije se moguće toliko posvetiti pojedinačnim trudnoćama zbog postojeće organizacije zaštite materinstva, bez upliva primalje kao samostalnog zdravstvenog djelatnika.

Hrvatski Ustav i zakonici jasno tumače da ostvarivanje prava na zdravlje i život, na zdravstvenu zaštitu ima svaka osoba. Pa tako npr. čl. 22. ZZZ, jasno tumači da svatko ima pravo na jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite i zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakoga sadržaja. Iz navedenog jasno proizlazi da je korisnike usluga nedopustivo diskriminirati na one koji svojim dopunskim ili drugim osiguranjima mogu omogućiti možebitno izvođenje estetskih zahvata (koji se ne izvode u bolničkim ustanovama, već isključivo u privatnim ustanovama), u nekim zemljama svijeta tako i carskoga reza na zahtjev, i one korisnike usluga koji si ne mogu dopustiti navedeno, što je deontološki i medicinsko pravno neprihvatljivo. Slično tumači i Zakon o zaštiti prava pacijenata gdje se navodi sukladnost pružanja zdravstvene skrbi temeljem stručnih standarda i etičkim načelima. Izvođenje zahvata nemedicinski indiciranog ili pod krinkom drugih virtualnih, lepršavih dijagnoza nije u najboljem interesu pacijenta / pacijenata (nerođena djeca / dijete) i jasno je protivno zakonskim okvirima aktualnim u Republici Hrvatskoj. Navedeno ima jako uporište činjenje protivno dobre kliničke prakse: povreda prava na tjelesni integritet (osobna dobra), jer je svaki kirurški zahvat povreda tjelesnog integriteta za što se razlažu brojne parnice u našoj državi. Stoga se izvođenjem takvih zahvata ne poštiva pravo na fizički i mentalni integritet, kao niti poštivanje pacijenta kao ljudskoga bića. Izvođenje carskoga reza na želju je diskriminacijski, jer stavlja trudnice i rodilje koje nemaju mogućnost financijskog u značajan potcjenjivački i inferiorni položaj, dakle, one ne mogu „birati" način rađanja.

Da li je izvođenje nemedicinski indiciranog zahvata postupanja dobrom kliničkom praksom i dužnom pažnjom ? Valja znati da najveći dio porodničara na svijetu ne akceptira porođaj carskim rezom na zahtjev, na želju trudnice prema istraživanjima iz kasnih devedesetih godina i od prije osam godina. Njemački autori tumače širinu naziva nemedicinski indiciranog carskog reza: *„carski rez na želju", „carski rez po dogovoru", carski rez "olakšanim"/„lakšim" putem*, što jasno razlaže korištenje operacijskog zahvata za ispunjavanje želja, bez razlika u odnosu na estetsku kirurgiju. Ukoliko se odluči na elektivni primarni nemedicinski indicirani carski rez na želju, usprkos navedenom, suvremeni jurističari smatraju da je narušenje zdravlja trudnice i novorođenčeta (posebice

kasne tahidispneje), *malpractice*, pa se valja u slučajevima narušenja zdravlja i možebitnih poznatih komplikacija, referirati na navedene preporuke.

Da li opstetričar – operater ima profesionalnu, medicinskopravnu i deontološku odgovornost za izvođenje operacijskoga zahvata bez medicinske indikacije uz nastupanje komplikacija vezanih sa zahvatom ? Ne smije se dopustiti da opstetricija postaje defenzivna struka, da od struke prepune manualnih i operacijskih vještina dokazano korisne i evaluirane, ostaje struka samo secenata po izvornom nazivu carskoga reza (*sectio caesaea*), odnosno liječnika sa samo jednom vještinom, koji će obavljati samo carske rezove, poput kirurga iz srednjega vijeka do 19. stoljeća. Ne bi bilo od koristi nikome povratak u navedeno stanje minoriziranja zahvata i struke, međutim čini se da u pojedinim rodilištima osim carskoga reza i sve manje epiziotomija, druge vještine hlape (porođaj zatkom, vakuumska ekstrakcija, okret). Primalje će preuzeti normalno vođenje porođaja i šivanje epiziotomija jer je to njihov posao, opstetričari će se pretvoriti u kirurge-cezariste, za što specijalizacija iz opstetricije (porodništva) gubi iskonski smisao: obavljanje zahvata moći će se svrstati u temeljne kirurške vještine, pa ga može obaviti i svaki opći kirurg, upravo poput onih iz doba renesanse i humanizma, čije postulate prosvjetljenja bismo trebali kao struka podržavati, a ne odbacivati prava na zdravlje i život u pravom smislu riječi. No, također valja spomenuti da u urgentnim peripartalnim situacijama koje nerijetko viđamo u forenzičkoj perinatologiji, upravo manualna vještina dolazi do izražaja kao i spretnost s iskustvom što izravno korelira s dobrim perinatalnim ishodom. I suprotno ! Tamo gdje neće biti vremena i ne postoji indikacija za carski rez, izvođenje opstetričkih zahvata od strane neuvježbanoga osoblja korelira s lošim i pogibeljnim ishodom.

Carski rez ne smije biti banalizirani mondeni estetski kirurški zahvat iz trenutne ili virtualne tokofobične indikacije ili pak želje: nerođenu djetetu i majci valja osigurati dužnu pažnju i porođaj temeljem suvremene opstetričke struke, a zanemarene opstetričke vještine dobre kliničke prakse vratiti u rađaonice. Porast broja izvođenja ovoga zahvata valja shvatiti kao potencijalno nerazumno štetno postupanje, posebice u nemedicinski indiciranim slučajevima. U zaključku ovog izlaganja uz literaturne izvore i osobna iskustva forenzičara valja spomenuti, uz navedeno:

- Carski rez se ne smije postati izborni zahvat od strane laika
- Carski rez je neprirodan način rađanja: on je operacijski zahvat s narušenjem tjelesnog integriteta po medicinskoj i pravnoj vokaciji, s mogućnošću perioperacijskih ranih i kasnih poslijeoperacijskih komplikacija
- Ne postoje dokazi da je, primjerice, kod rađanja blizanaca, perinatalni ishod drugoga blizanca bolji u odnosu na rađanje rodničkim putem

- Ne postoje znanstveni dokazi o rađanju carskim rezom kao metodom koja ima pozitivne uplive u anatomsko-fiziološke i seksološke sastavnice
- Majčin pobol i pomor značajno je veći u odnosu na rađanje rodničkim putem
- Kratkoročne i dugoročne posljedice na zdravlje djece koja su rođena elektivnim carskim rezom, povezljive su i znanstveno neosporive
- Financijske, socijalne i kulturološke sastavnice ne smiju prevagati dobru kliničku praksu i moralna načela medicine
- Smanjenje kliničkoga rizika temelji se na smanjenju nepovoljnoga učinka na pacijenta i utjecaja na njegovu sigurnost *(patient safety)* te legalnoga, pravnoga rizika
- Treba poštivati međusobno profesionalno povjerenje između liječnika i trudnice / pacijentice; poštivati prava (doslovnost)
- Poštivanje dobre kliničke prakse uz uvažavanja nepoželjnih ishoda u urgentnim i nepredvidim situacijama te smanjenje carskih rezova u okvire medicinski indiciranog smanjit će nesporazume i litigacije

LITERATURA

Anthuber C, Hepp H. Wunschsectio – aktueller Stand des Irrturms. Gynäkologe 2000;33:247-248.

Gerstner GJ. Forensische Geburtshilfe. Geburtshilfliche Gutachten in Verfahren. De Gruyter Verlag, 2012.

Habek D. Porodničke operacije. Medicinska naklada Zagreb, 2009.

Habek D, Petrović D, Vidović D, Gudelj G. Placenta praevia percreta with silent uterine incomplete rupture complicated by puerperal haemolytic-uremic syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;131:103-105.

Habek D (ur.). Opstetrički šok. Kompendij Znanstvenog simpozija s međunarodnim sudjelovanjem, Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu, 2016.

Habek D. Opstetričke i neopstetričke indikacije za carski rez. U: Habek D. i sur. Forenzička ginekologija i perinatologija. Medicinska naklada i Hrvatsko katoličko sveučilište (in press).

Konar H. Shock in obstetrics. DC Dutta's Textbook of Obstetrics. 8th Edition. Jaypee New Delhi-London-Philadelphia-Panama 2015;699-716.

Mehlman MJ. Medical Practice Guidelines as Malpractice Safe Harbors: Illusion or Deceit? J. Law, Med. Ethics 2012;40(2):286–300.

Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Dtsch Ärztebl Int 2011;112:489-495.

Paterson – Brown S. Should doctor perform an elective caesarean section on request ? Yes, as long at the woman is fully informed. BMJ 1998;317:462-463.

Roeca C, Little SE, Carusi DA. Pathologically Diagnosed Placenta Accreta and

Hemorrhagic Morbidity in a Subsequent Pregnancy. Obstet Gynecol 2017;129(2):321-326.
Schuller RC, Surbek D. Sectio caesarea: Aktuelle Kontroversen. Therapeutische Umschau 2014;71:717-722.
Stark M. (Hrsg). Der Kaiserschnitt. Urban & Fischer Verlag, München – Jena 2009.
Tzeel A. Clinical practice guidelines and medical malpractice. Physician Exec 2002; 28(2): 36–39.

SUMMARY

CAESAREAN SECTION IN THE 21ST CENTURY - DOES CROATIA GO THROUGH AESTHETIC SURGERY OR BAD CLINICAL PRACTICE?

Caesarean section should not be trivialized by aesthetic surgical intervention from current or virtual tocophobic indications or desires: the unborn child and mother should be given due care and birth based on the contemporary obstetric profession and neglected obstetrical skills of good clinical practice to return in maternity hospital. The increase in the number of this operation should be understood as potentially unreasonable harm, especially in non-genetic indications, as they are contrary to the fundamental principles of health and life rights.

Key words: caesarean section, pregnancy, surgery, aesthetic surgery, good clinical practice, patient's right, child's right, long-term illness

STAV ZATKOM KAO OBLIGATNO PRAVO NA CARSKI REZ?

UDK: 618 : 342.746
Primljeno: 2. listopada 2017.
Prethodno priopćenje

doc.dr.sc. Željko Duić, dr.med.,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
velebit_karlobag@yahoo.com
Klinika za ženske bolesti i porode, KB Merkur
prim.dr.sc. Vanja Fenzl, dr.med.,
Klinika za ženske bolesti i porode, KB Merkur,
Tihana Duić,
studentica Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Autori u radu analiziraju obligatorno pravo na carski rez. Glavni zaključak se očituje u konstataciji da rizične terminske trudnoće u stavu zatkom završavaju se izbornim planiranim carskim rezom oko termina ili u najkasnije u prvo porođajno doba, a izbor prikladnih trudnoća i postojanje i primjena odgovarajuće intrapartalne brige i nadzora majke i ploda može doprinijeti da planirani vaginalni porođaj u stavu zatkom postigne sigurnost kao i planirani porođaj u stavu glavom.

Ključne riječi: carski rez, stav zatkom, prava i obveze

DEFINICIJA I PROBLEMATIKA

Pridjev obligatan prema Anić Goldstein-ovom rječniku stranih riječi opisuje onog koji je pravno ili moralno obvezujući, koji je zadan obligacijom i koji je neizostavan, obvezan, obligatoran, obvezatan. Dok se obligacija definira kao a) čin čijeg vezivanja moralnim, društvenim ili pravnim obvezama b) obvezujuća snaga zakona, ugovora, obećanja ili osjećaja dužnosti (1).

„Smjernice u kliničkoj praksi nemaju zakonsku snagu, niti ikog obvezuju ni na što. Smjernice predstavljaju sustavne protokole razvijene za ispomoć kliničarima i pacijentima u izboru adekvatnih mjera zdravstvene zaštite prema zadanim okolnostima“ (2).

Porođaj nije nikako moguć vaginalnim putem u sljedećim situacijama: a) kod apsolutno sužene zdjelice (suženje zdjelice 4.stupnja konjugata vera manja od 6 cm) - kod takvih zdjelica vaginalni porođaj nije moguć ni kod mrtvog, perforiranog ploda; b) kod suženja 3. stupnja (konjugata vera 6-.8 cm), porođaj je moguć embriotomijom ploda, c) također porođaj nije moguć

kod poprečnog položaja ploda, d) mentoposteriornog stava licem, f) stražnjeg parijetalnog Litzmanovog asinktlitizma, g)nazoposteriornog stava čelom, e) i perzistentnog visokog uzdužnog stava glave (3).

Tablica 1. Kada porođaj nije moguć vaginalnim putem

Apsolutno sužena zdjelica (suženje zdjelice 4. stupnja, konjugata vera <6 cm)	kod takvih zdjelica vaginalni porođaj nije moguć ni kod mrtvog, perforiranog ploda; (apsolutna indikacija za carski rez)
Suženje zdjelice 3. stupnja (konjugata vera 6-8 cm)	porođaj je moguć embriotomijom ploda te predstavlja relativnu indikaciju za carski rez
Poprečni položaj ploda	
Perzistentni visoki uzdužni stav glave	
Mentoposteriornog stava licem	
Nazoposteriorni stav čelom	
Stražnjeg parijetalnog Litzmanovog asinktlitizma	

Da li je stav ploda zatkom zakonom obvezujuća norma za dovršenje porođaja carskim rezom?

Stav ploda zatkom označuje nepravilnost stava u kojem se zadak fetusa pojavljuje kao vodeći dio u porođajnom kanalu. Učestalost pojavljivanja se smanjuje sa napredovanjem trudnoće, a stav zatkom čini 3-4% od ukupnog broja porođaja (4,5). Može biti jednostavni (simplex) 50-70%, potpuni (completa) i nepotpuni (incompleta) u 5-10%, nožicama (pedum podalica) 10-30% i rijetko koljenima (genuum). Učestalost prezentacije zatkom češća je kod prijevremenih porođaja, tako je u sredini trudnoće stav zatkom fiziološka pojava i nalazi se u do 50% trudnoća (6). U vaginalnom porođaju dijete je izloženo riziku traume i hipoksije, međutim ti rizici su veći kod vaginalnog porođaja djeteta u stavu zatkom nego u stavu glavom. U vaginalnom porođaju često se udružuju djelovanje traume i hipoksije. Ozljede nastaju često zbog neke operacijske intervencije koja se poduzima radi hipoksije. Traumatska krvarenja koja nastaju zbog povlačenja za trup fetusa uz deflesiju glavice znakovita su za ekstrakciju ili ručnu pomoć pri stavu zatkom. Rezultat traume je subduralno krvarenje najčešće u stražnjoj lubanjskoj jami. Cerebralna hemoragija nađena je u 14% donošene i 70% nedonošene djece porođene vaginalno u stavu zatkom. Vulnerabilnost moždanih krvnih žila nedonoščadi je presudan činitelj u nastanku hipoksičnih paraventrikularnih i intraventrikularnih krvarenja ne samo kod stava zatkom nego i kod stava glavom. Traumatska subduralna krvarenja tipična su za donošenu, a hipoksična paraventrikularna

za nedonošenu djecu (6). Prema današnjim tumačenjima za postavljanje ploda u stav zatkom bitni su prostorni odnosi djeteta, maternice i ulaza zdjelice. Stav zatkom češći je kod oligohidramnija, kod mrtvog ploda, uske zdjelice, hidrocefalusa i anencefalusa, razvojnih anomalija maternice majke, u fetusa s kongenitalnom luksacijom kukova (6).

Godine 2000. provedeno je veliko internacionalno multicentrično randomizirano kliničko ispitivanje usporedbe izbornog planiranog carskog reza s planiranim vaginalnim porođajem kod terminskog jednoplodnog porođaja u stavu zatkom (Term Breech Trial). U tom istraživanju perinatalni mortalitet, neonatalni mortalitet i ozbiljni novorođenački morbiditet bili značajno niži među skupinom planiranog carskog reza u usporedbi s skupinom planiranog vaginalnog porođaja 17/1 039 (1,6%) nasuprot 52/1039 (5%), dok nije bilo razlike u morbiditetu ili mortalitetu majki među promatranim grupama. Na temelju ove studije ACOG Committe on Obstetric Practice 2001 godine preporučio je da jednoplodne trudnoće u stavu zatkom u terminu treba porađati planiranim carskim rezom, a trudnice koje odbijaju porođaj carskim rezom potpisuju informirani pristanak (9). U USA većina plodova u stavu zatkom porađa se carskim rezom. Tako je 2002 godine stopa carskog reza u terminskih jednoplodnih trudnoća u stavu zatkom bila 86,9% (8). S obzirom na tako veliku učestalost te operacije javlja se pitanje rizika za majku. Dugoročna posljedica ovakvog pristupa porođaju u stavu zatkom je nestajanje opstetričara koji su osposobljeni, izvježbani i imaju vještinu i iskustvo u vaginalnom porađanju plodova u stavu zatkom, i potom je uspostavljen krug da su nestali oni koji znaju i imaju iskustvo, a novi se nisu osposobili, niti su imali priliku za adekvatnu edukaciju i dobivanje iskustva, kompetencije i vještine vaginalnog porađanja plodova u stavu zatkom. Analizirajući u nizozemskoj studiji 35453 terminska porođaja zatkom Rietberg et al (2005) izračunali su da je potrebno učiniti 174 carska reza da se izbjegne jedna fetalna smrt. Učestalost carskog reza kod stava zatkom dva mjeseca nakon objavljene publikacije Term Breech Trial porasla je s 50% na 80% i ostala je dalje povišena (10). Slijedom gore navedenog dana je prednost izbornom carskom rezu nad vaginalnim porođajem pa se tako učestalost carskog reza nerijetko navodi između 50 i 100% (5). Najnovije studije i na njima bazirane preporuke u skladu su s istraživanjem i stavom Petrovića i sur. koji navode da uz uračunati rizik, potrebno iskustvo, objektivnu prepartalnu i intrapartalnu kliničku procjenu te pouzdani intrapartalni trajni nadzor fetusa i rodilje, učestalost carskim rezom dovršenih porođaja ne bi smjela prekoračiti prag od 35-45% (5). Iako je Term Breech Trial, najveće randomizirano kliničko istraživanje provedeno o načinu porađanja plodova u stavu zatkom u terminu, pružilo mnogo informacija o porođaju zatkom,

ipak imalo je nekoliko glavnih ograničenja koja su od presudne je važnosti za procjenu prave opasnosti porađanja fetusa u stavu zatkom. Nedostaci ove velike studije TBT se mogu grupirati na sljedeći način: 1) neadekvatan izbor trudnica u stavu zatkom za planirani vaginalni porođaj kao i neadekvatno intrapartalno vođenje 2) rodilišta različite razine vještina grupirana su zajedno 3) kratkotrajni morbiditet se koristio kao zamjenski marker za dugotrajno neurološko oštećenje (11).

Novije studije potvrđuju nedostatke Term breech Trial studije. Najnovije smjernice utjecajnih stručnih društava ukazuju da ispravno i dobro odabrane terminske jednoplodne trudnoće u stavu zatkom se mogu pokušati završiti planiranim vaginalnim porođajem. Uz vrlo važan uvjet postojanje dobro educiranih opstetričara u vođenju vaginalnog porođaja u stavu zatkom te ispunjavanje kriteriji za selekciju pacijenata kao što su: gestacijska dob preko 37 tjedana, jednostavni ili potpuni stav zatkom, adekvatna-primjerena zdjelica majke, procijenjena težina ploda ultrazvučnim mjerenjima između 2500 i 4000 grama, primjerena količina plodove vode, definirana kao okomiti džepovi do 3 cm, fleksija glavice. Ne primjenjivati indukciju i augmentaciju porođaja oksitocinom, kontinuirani nadzor ploda i majke u porođaju, uredno napredovanje porođaja (8,12,13,14).

Tablica 2. Kriteriji uključenje za planirani vaginalni porođaj terminskih plodova u stavu zatkom (8,12,13,14)

Gestacijska dob preko 37 tjedana	Fleksija glavice
Jednostavni ili potpuni stav zatkom,	Ne primjenjivati indukciju i augmentaciju porođaja oksitocinom
Primjerena količina plodove vode, definirana kao okomiti džepovi do 3 cm	Kontinuirani nadzor ploda i majke u porođaju
Adekvatna primjerena zdjelica majke	Uredno napredovanje porođaja
Procijenjena težina ploda ultrazvučnim mjerenjima između 2500 i 4000 grama,	,

Rezultati novijih istraživanja daju zaključiti da su uz određene uvjete, oba načina dovršenja porođaja jednako dobri glede ranog i dugoročnog ishoda majke i djeteta (5). Tako su isti autori Term Breech Trial u nastavku proveli tri studije usporedbe dva načina dovršenja porođaja u stavu zatkom praćenjem ishoda majki nakon 3 mjeseca poslije porođaja isto kao i ishoda majki i djece dvije godine od porođaja. Nakon 3 mjeseca rizik inkontinencije urina niži je u skupini žena s planiranim carskim rezom; međutim te razlike nema nakon dvije godine. Dvije godine po porođaju morbiditet majki, koji je procijenjen putem upitnika u 917 od 1159 (79,1%), nije se razlikovao u većini

parametara, uključujući dojenje, bol, depresiju, menstrualne probleme, umor i uznemirujuća/neugodna sjećanja na iskustvo porođaja. Studija praćenja ishoda djece u dvogodišnjem periodu uključila je 85 centara koji su sudjelovali u primarnom istraživanje. Većina djece, 923 od 1159 (79,6%), procijenjena su putem probirnog upitnika, koji je kompletiran s njihovim roditeljima. Abnormalni rezultati su dalje evaluirani kliničkom procjenom neurorazvoja i pregledima. Rizik smrti ili zaostajanja u neurorazvoju nije se razlikovao u skupini planiranog carskog reza u usporedbi s planiranim vaginalnim porođajem, 14 djece (3,1%) nasuprot 13 djece (2,8%); (relativni rizik,1,09;95% CI, 0,52-2,30;P=0,85) (8,11).

Oba načina porođaja i planirani carski rez i planirani vaginalni porođaj imaju jednake dugoročne ishode i za majku i za novorođenče. Dok neki podaci sugeriraju dugoročne trajne zdravstvene dobrobiti u korist djece rođene vaginalno (15).

Velika prospektivna multicentrična deskriptivna studija PREMODA provedena je na 8195 žena u 174 centra u Francuskoj i Belgiji. Postotak žena koje su pokušale vaginalni porođaj razlikovao se od centra do centra u rasponu od 47,8 do 89%. Ukupna stopa planiranog carskog reza bila je 69%, a pokušaj vaginalnog porođaja u 31% trudnica u stavu zatkom u terminu. Slaba progresija prvog porođajnog doba dva ili više sati dogodila se u 3,8% porođaja, a aktivno drugo porođajno doba koje je trajalo dulje od 60 minuta dogodilo se samo u 0,2%. Samo 0,6% žena u kojih je planiran izborni carski rez porodilo se vaginalno, i svi plodovi su bili u stavu zatkom. Nije bilo razlike u perinatalnom mortalitetu (0.08% vs. 0.15%) niti u ozbiljnom neonatalnom morbiditetu (1.6% vs. 1.45%) između skupine u koje je pokušan vaginalni porođaj i skupine s planiranim carskim rezom. Jedina razlika je bila je u nešto većoj incidenciji Apgar skora <4 u petoj minuti u skupini vaginalnog porođaja od 0,16% naspram 0,02% u skupini planiranog carskog reza (12,16).

Prednosti carskog reza u smanjenju morbiditeta novorođenčeta mora se uravnotežiti sa neposrednim i dugoročnim rizicima carskog reza. Naknadni rizici koji se odnose na buduće rađanje uključuju potencijalnu mogućnost rupture ožiljaka u porođaju, kirurške rizike ponovljenog carskog reza (13). Premda se ozljede djeteta kod porođaja carskim rezom javljaju znatno rjeđe no kod vaginalnog rađanja porođaj carskim rezom kod stava zatkom ne isključuje mogućnost ozljeda djeteta (prijelome femura, ozljede brahijalnog pleksusa, intrakranijalna krvarenja).

Nema jedinstvenog stava danas o načinu dovršenja jednoplodnih terminskih trudnoća u stavu zatkom, ali većina relevantnih stručnih društva, u svojim smjernicama kod terminskih trudnoća preferira u izabranih/selekcioniranih

slučajeva planirani vaginalni porođaj. Nužno je trudnice obavijestiti da planirani carski rez kod plodova u stavu zatkom dovodi do malog smanjenja perinatalnog mortaliteta u usporedbi s planiranim vaginalnim porođajem. Svaku odluku za izvođenje carskog reza potrebno je izvagati, uravnotežiti i staviti u odnos prema potencijalnim nepovoljnim posljedicama koje mogu iz toga proizići (14). Iako je rizik smrti majke u porođaju carskim rezom nizak ipak je znatno veći nego u normalom spontanom vaginalnom porođaju. Tako je rizik smrti majke u normalnom vaginalnom porođaju procijenjen na 0,03‰, kod hitnog carskog reza na 0,27‰, a kod elektivnog carskog reza na 0,07‰. Smrtnost majke najmanja je kod elektivnog carskog reza ali se povećava ako postoje dodatne komplikacije (poremećaj koagulacije, intraamnijska infekcija, kirurške, internističke ili neurološke komplikacije) (6).Kada se planira način dovršenja porođaja u stavu zatkom treba imati na umu da je perinatalni mortalitet kod carskog reza učinjenog nakon 39+0 tjedana trudnoće oko 0,5‰, a kod planiranog vaginalnog porođaja stava zatkom približno 2,0‰. Za usporedbu perinatalnim mortalitet kod planiranog porođaja u stavu glavom je oko 1‰ (14).

Izbor prikladnih trudnoća i postojanje odgovarajuće intrapartalne brige i nadzora omogućuje da planirani vaginalni porođaj u stavu zatkom postigne sigurnost kao i planirani porođaj u stavu glavom. Iako planirani vaginalni porođaj plodova u stavu zatkom povećava rizik nižeg APGAR skora i kratkoročnih ozbiljnih komplikacija, ali nije pokazano da povećava rizik dugoročnog morbiditeta (14)

Vanjski okret

Svakoj ženi s plodom u stavu zatkom u i oko termina (37-40 tjedana) treba ponuditi mogućnost vanjskog okreta ukoliko postoje za to klinički uvjeti (13). Uspješnost vanjskog okreta ovisi o iskustvu izvođača, kreće se od 40% u nulipara i 60% u multipara. Uspješnost zavisi od vještine i iskustva izvođača i ispravnog izbora pacijenta za vanjski okret. Kada se izvodi u izabranim, prikladnim slučajevima mogućnost ozbiljnih komplikacija (abrupcija posteljice, ispadanja pupkovine, akutno fetalno pogoršanje) manja je od 0,5% (1:200), dok se lakše komplikacije javljaju u 4,3% slučajeva (prolazne promjene u kardiotokografskom zapisu, ruptura plodovih ovoja, blaga krvarenja). Također postoje pojedinačni izvještaji o rupturi uterusa, perinatalnoj smrti povezanoj s vanjskim okretom u terminu u plodova u stavu zatkom (13).

Tablica 3. Absolutne i relativne kontraindikacije za vanjski okret (13)

Absolutne kontraindikacije za vanjski okret (koje su udružene s povećanim mortlitetom i morbiditetom)	**Relativne kontraindikacije za vanjski okret**
Stanja gdje je indiciran carski rez	Plodovi mali za gestacijsku dob s abnormalnim Doplerskim parametrima
Antepartalna krvarenja unutar 7 dana	Preeklampsija (gestacijska hipertenzija+ proteinurija
Abnormalni kardiotokografski zapis,	Velike fetalne anomalije
Velike anomalije uterusa	Ožiljak na uterusu
Prsnuti plodovi ovoji	Nestabilni položaj ploda
Višeplodna trudnoća (osim porođaj drugog dvojka)	

Prijevremeni porođaj u stavu zatkom

Preživljavanje nedonošenog djeteta podjednako ovisi o traumi i hipoksiji u porođaju i postnatalnoj hipoksiji. Ako je dijete porođeno carski rezom izbjeglo traumu i hipoksiju u porođaju, poslije porođaja je izloženo mogućim dišnim i drugim komplikacijama povezanim s biološkom nezrelošću. I stoga je jasno da ishod nedonošenog ploda ovisi ne samo o postupku opstetričara u porođaju nego i o mogućnostima neonatalne skrbi (6). U nas su Đelmiš i suradnici utvrdili da široka primjena carskog reza kod prijevremenog porođaja u stavu zatkom od 33-37 tjedana značajno smanjuje smrtnost novorođenčeta, dok nema razlike u smrtnosti prijevremeno rođene novorođenčadi između 29 i 33 tjedna s obzirom na način dovršenja porođaja (6).

Najnovije smjernice RCOG iz 2017 navode da se carski rez rutinski ne preporuča za spontani prijevremeni porođaj u stavu zatkom između 22 i 25+6 tjedana trudnoće (14). Potrebno je informirati trudnice da se rutinska primjena carskog reza u spontanom prijevremenom porođaju u stavu zatkom ne preporuča (14). Način porođaja treba individualno razmotriti na osnovu stanja u kojem je porođaj (porodnog doba), vrsti stava zatkom, stanju ploda i raspoloživosti opstetričara iskusnog i vičnog u vaginalnom porađanju stava zatkom (14). Loš ishod djece veoma niske porođajne težine uglavnom je povezan s komplikacijama vezanim uz nezrelost/prematuritet, a ne za način dovršenja porođaja (14). Do 25% svih prijevremenih porođaja su jatrogeni prijevremeni porođaji i to zbog antenatalnih komplikacija kao što su preeklampsija, intrauterini zastoj rasta ploda i antepartalno krvarenje. Elektivni/ izborni carski rez se preporuča za vijabilni plod u stavu zatkom kod stanja koja ugrožavaju ili majku ili plod (14). Razlikuju se mišljenja kod

kojeg trajanja gestacije, odnosno kod koje porođajne težine, široka primjena carskog reza značajno smanjuje perinatalni mortalitet. U Hrvatskoj postoji iskustva rutinske primjene carskog reza kod prijevremenog porođaja u stavu zatkom od 33 do 37 tjedana trudnoće. Za djecu od 26 do 32 tjedna, to jest za djecu tako niske porođajne težine, izuzetno je bitno postojanje adekvatne neonatalne skrbi. Važno je naglasiti da za njihov krajnji ishod (od 26 do 32 tjedna) osim načina porođaja (prevencije hipoksičkih i traumatskih oštećenja) važno postojanje primjerene neonatalne skrbi (6). Ako ne postoje adekvatni i optimalni uvjeti neonatalne skrbi, izvođenje carskog reza u interesu djeteta kod gestacije kraće od 33 tjedna neće značajno poboljšati perinatalne rezultate a povećati će rizik za majku (6).

Kontraindikacije za vaginalni porođaj u stavu zatkom su (13,14) **:**

Stanja kod stava zatkom koja imaju neovisnu indikaciju za dovršenje porođaja carskim rezom su: kada pupkovina stoji ispred zatka, plodovi sa zastojem u rastu ili ubrzanog rasta (<2500g, ≥4000g), ili plodovi procijenjene težine manje od 10 percentile za gestacijsku dob (14), drugi stav zatkom osim jednostavnog i kompletnog, ekstenzija glave ploda utvrđena ultrazvukom, anomalije ploda inkompatibilne s vaginalnim porođajem, klinički neadekvatna zdjelica majke (13), dokaz antenatalno ugroženosti ploda (14). Uloga pelvimetrije je nejasna (14), danas se radiološka dijagnostika u svrhu procjene porođajnog kanala smatra opsolentnom (5).

Tablica 4. Stanja kod stava zatkom kod kojih postoji neovisna indikacija za carski rez (13,14).

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).	RANZOG (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists)
Plodovi procijenjene težine manje od 10 centile za gestacijsku dob	Plodovi sa intrauterinim zastojem u rastu (<2500g)
Plodovi procijenjene težine >3,8kg	Makrosomni plodovi (≥4000g)
Stav nožicama	Svaki drugi stav zatkom osim jednostavnog i kompletnog
Hiperekstenzija glave viđena ultrazvukom	Ekstenzija glave ploda
Dokaz antenatalne ugroženosti ploda	Kada pupkovina stoji ispred zatka
	Klinički neadekvatna zdjelica majke
	Anomalije ploda inkompatibilne s vaginalnim porođajem

Zaključak

Danas većina stručnih društava preporuča da se u jednoplodnih trudnoće u stavu zatkom u terminu (>37 tjedana) prvo pokuša učiniti vanjski okret, a potom u izabranih slučajeva vaginalni porođaj. U vaginalnom porođaju mora se osigurati intenzivni i kontinuirani nadzor fetusa, te ukoliko se tijekom rađanja pojavi fetalna patnja, slabost trudova, produženi porođaj ili druge nepravilnosti, porođaj se završava carskim rezom. Rizične terminske trudnoće u stavu zatkom završavaju se izbornim planiranim carskim rezom oko termina ili u najkasnije u prvo porođajno doba (6, 8,12,13,14). Izbor prikladnih trudnoća i postojanje i primjena odgovarajuće intrapartalne brige i nadzora majke i ploda može doprinijeti da planirani vaginalni porođaj u stavu zatkom postigne sigurnost kao i planirani porođaj u stavu glavom (14).

Literatura

1. Anić V, Goldstein I. Rječnik stranih riječi. Novi liber, Jutarnji list, Zagreb, 2007
2. Roje D. Smjernice u kliničkoj praksi. XXXI . Perinatalni dani „Ante Dražančić“, Zbornik radova, Grand Hotel 4 opatijska cvijeta, Opatija 14-16.rujna 2017) Gynaecol et perinatol 2017; 26,supl 2:59-63.
3. Pschyrembel W Bretscher J, Hofmann D. Praktička opstetricija. Medicinska naklada Beograd-Zagreb, 1975
4. Leveno K J (ed). Breech delivery . In: Leveno K J, Alexander JM (eds).Williams manual of pregnancy complications 23rd ed. The McGraw Hill Companies, Inc. New York 2013;134-146.
5. Petrović O. Stav i porođaj zatkom. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i sur. (ur.). Porodništvo. Medicinska naklada, Zagreb, 2009;466-473
6. Bosner H. Porođaj u stavu zatkom. U: Kurjak A i sur (ur.). Ginekologija i perinatologija II. Znanstvena biblioteka Golden time, Varaždinske Toplice, 1995;235-243.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000; 356:1375-83.
8. ACOG Committee Opinion No. 340 (Reaffirmed 2016). Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2006;108(1):235-237.
9. ACOG Committee Opinion No. 265. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2001;98(6):1189-90.
10. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visse r GH. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. BJOG 2005;112(2):205-209.
11. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191(3):864-71.

12. SOGC Clinical Practice Guidline No 226.Vaginal Delivery of breech presentation. JOGC 2009;557-566.
13. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG): Management of breech presentation at term. C-Ob. First endorsed by RANZCOG: February 2001,Current: July 2016. Review due:July 2019
14. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. BJOG 2017; 124: e151–e177.
15. Hofmeyr GJ, Lockwood CJ, Barss VA. Overview of issues related to breech presentation. www.uptodate.com ©2017 UpToDate®
16. Goffinet F, Blondel B, Bréart G. À propos du débat sur le siege. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:187–90.

SUMMARY

POSITION AS A MANDATORY RIGHT TO A CAESAREAN SECTION

The authors analyse the mandatory right to caesarean section in women with the breech presented foetus. The main conclusion is expressed in finding that risky term singleton breech delivery is indication for planned caesarean section around the term or at the early birth stage. The selection of appropriate singleton breech for vaginal birth, the presence of an experienced obstetrician, with adequate intrapartum care and monitoring of mother and child can contributes to the child birth to be as safe as planned vaginal cephalic birth

Key words: caesarean section, breech presentation, mode of delivery, rights and obligations

THE ANALYSIS OF THE STATE OF CESAREAN SECTIONS ACCORDING TO ROBSON CLASSIFICATION – DEPARTMENT OF PERINATOLOGY, UNIVERSITY MEDICAL CENTRE MARIBOR, FROM 2008 TO 2013

UDK: 618 (497.4)
Primljeno: 6. listopada 2017.
Izlaganje na znanstvenom skupu

Lucija Kuder,dr.med.,
Nejc Kozar,dr.med.,
Veronika Anzeljc,dr.med.,
doc.dr.sc. Faris Mujezinović,dr.med.,
Department of Perinatology
University Medical Centre Maribor
veronika.anzeljc@gmail.com

University Medical Center (UMC) Maribor is a tertiary institution whose activities cover the entire northeastern Slovenia. In addition to UMC Ljubljana, it is the second medical centre providing tertiary-level obstetrics treatments. As a consequence, UMC Maribor takes over a large share of perinatal pathology, which due to its intrinsic nature is managed in the High-Risk Pregnancy Clinic (HRPC) of the Department of Perinatology, UMC Maribor. The Maribor maternity ward is also the final location that takes over the most demanding cases from nearby maternity wards. UMC Maribor is thus an important centre facing a large share of pathological pregnancies, which of course leads to a somewhat different treatment from the one on the secondary level.

The caesarian section rate at UMC Maribor is considered good since the total rate of caesarian sections is 21.4 % with the Slovenian average being 17.8 %. It must be noted that there is a statistically significant difference, however we must not neglect the fact that on the tertiary level – the level of UMC Maribor – there is a different structure of patients and a different range of pathologies than in general hospitals contributing to a larger share of pathological births with a stronger tendency to a caesarian section. In total, there is a higher share of caesarian sections than the Slovenian average, however in none of the individual groups according to the Robson classification, UMC Maribor stands out negatively among all our maternity wards i.e. compared to our largest medical centre.

Key words: cesarean section, analysis, UMC Maribor

Analysis of Caesarian Sections per Individual Groups According to Robson Classification (1) for UMC Maribor:

In the 1st group, i.e. primiparas with a spontaneous delivery with head presentation, we have observed a somewhat lower share of caesarian sections than the Slovenian average even though the chi-square test did not manage to confirm the statistical difference. The result is considered a success and a suitable treatment of pregnant women. The comparability of this share with other maternity wards in Slovenia can be explained with a similar cohort of the treated patients. In this case, we are talking about term pregnancies with a spontaneous beginning of delivery. This means a homogeneous group of pregnant women that does not include a larger pathological share in its structure than the usual share among other pregnancies. Similar results can also be observed in the 3rd group that otherwise contains multiparas, which however does also not represent a group with an additional risk due to a spontaneous onset of delivery and the achieved term.An important difference appears in the 2nd and 4th groups, i.e. multiparas at reaching their term and at labour induction. This group features an increase rate of caesarian sections which is certainly due to the structure of the aforementioned group. During the analysis of proprietary data, it was established that the indications for a caesarian section within the aforementioned group were mostly fetal distress, which is established by means of a pathological CTG monitoring as well as pathological pH values in the blood of the fetus. The next indication of frequency is the delay in the labour tightly followed by IUGR and preeclampsia. The distribution of the aforementioned pathologies within the analyzed groups is the expected reason of an increased rate of caesarian sections since the groups with a more difficult primary pathology in their background more frequently experience the need for a caesarian section.

In Group 5, i.e. pregnant women after a previous caesarian section, more rarely need to terminate their pregnancy with another caesarian section than the Slovenian average, however the difference is statistically insignificant. If a caesarian section is performed after a previous caesarian section, the chosen gynaecologists of our region certainly play an important role since they begin preparing the expecting mother for the labour. The expecting mother usually reports to the HRPC in her 36th week of gestation in order to undertake consultation on the method of delivery. An attempt at a vaginal delivery is only offered to women who demonstrate motivation and readiness, which is however difficult to achieve only during the patient's visits to the maternity ward for consultations on the method of delivery. Therefore preparations are necessary since they crucially impact the subsequent decisions of the patient.

The 6th and 7th groups, encompassing breech delivery, feature a significantly higher rate of caesarian sections. Our results rest on the Term Breech Trial, which is the foundation for such decisions. Based on the aforementioned research, all patients with breech delivery are advised to undergo a caesarian section, whereas the motivated ones are also offered the possibility of an attempt of external cephalic version. There are individual cases of a breech delivery, but only when the patient is accepted in the last part of the first stage of labour and a caesarian section is no longer an acceptable method due to practical reasons. The rate of caesarian sections could be lowered with a systematical application of an external cephalic version after week 36.

There are also significant differences in the multifetal pregnancy group where there is a higher rate of caesarian sections. The Robson characteristic group is in this case not subdivided into several subgroups, i.e. encompasses everything, such as preterm births, abnormal fetal position, inductions, and spontaneous labour onsets at the term. During the analysis of our own data, we established that abnormal fetal position is significant among indications for a caesarian section in case of twins, followed closely by fetal distress, delay in the labour, and preeclampsia. Regarding the structure of the group it is expected that a higher rate of caesarian sections is the result of breech delivery, where we already deviate somewhat from the Slovenian average, which can be attributed to the Term Breech Trial. Furthermore, another reason for a higher rate of caesarian sections could also be a higher number of pathological pregnancies within the trialled group since important indications in the group are preeclampsia and distal distress, which surely means more pathologies than the average in peripheral Slovenian maternity wards.

In the 9th group, encompassing lateral fetal position, we fall within the average range since almost all deliveries in this group at our institution as well as elsewhere are performed with a caesarian section.

There is the last Robson characteristic group with preterm births. It is a special group with a wide spectrum of pathologies. In our centre, the prevailing indication for a caesarian section in this group is preeclampsia, followed by PPROM, placenta previa and placental abruption, and last fetal distress. In this group, we significantly deviate from the Slovenian average rate of caesarian sections since due to the nature of the pathology, this group more frequently needs a quick termination of pregnancy with a caesarian section. Within the group, there are frequently pregnant women directed to us from other Slovenian secondary level maternity wards as in-utero transport since our centre provides a neonatal intensive care unit, which is the reason a majority of preterm births are performed in our operating theatre.

Proposals to Improve the Efforts to Reduce Caesarian Section Rates at UMC Maribor:

More frequent external cephalic versions in case of breech delivery. More frequent second opinion by a perinatologist during the consultations on the method of delivery after a caesarian section and the motivation of patients to undergo vaginal delivery. Psychological preparation of expecting women at childbirth classes, by midwives and select gynaecologists in order to prevent primary caesarian sections. Establishment of an outpatient clinic for a second opinion in order to assess the state of the mother as well as to lit the indication for a caesarian section or assess the indication for a labour induction at a perinatologists' or doctors' consilium. Prevention of preterm birth. Continuous education of young doctors on the techniques of instrumental vaginal delivery.

It is our centre's wish to get close to a rate of caesarian sections recommended by the World Health Organization, i.e. up to 15% (1), however our findings that a delivery is most frequently performed with a caesarian section due to fetal distress or a delay in labour brings upon the question if a 15% share of caesarian sections is truly the true number representing the best perinatal results thus being safe for the fetus and the mother.

References:

1. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. Am J Obstet Gynecol 2009;201:308.1–8.

FETALNA HIPOKSIJA, KARDIOTOKOGRAFIJA I CARSKI REZ: MEDICINSKO-PRAVNE DVOJBE, ILI KOLIKO IMAMO HIPOKSIČNE DJECE

UDK: 618
Primljeno: 29. rujna 2017.
Stručni članak

izv. prof. prim. dr. sc. Damir Roje, dr. med.
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
KBC Split
damir@kbsplit.hr

Fetalna hipoksija i asfiksija u porođaju predstavljaju veliki izazov medicinske i pravne struke. Iako su neupitno povezane s lošim ishodom trudnoća, fetalnom smrti, i neurološkim oštećenjima, relacija nije jednostavna i nužno uzročno posljedično utemeljena. Tek manji dio trajnih neuroloških sekvela u djece se može pripisati događajima u porođaju, a većina asfiktične novorođenčadi se potpuno oporave i imaju kasnije uredan razvoj. Usprkos mnogim nedostacima i niskoj specifičnosti, izborna metoda nadzora fetusa u porođaju već dulje od 50 godina je kardiotokografija (CTG). Napori struke su usmjereni prema poboljšanju kvalitete interpretacije CTG zapisa i traganju za komparativnim i/ili alternativnim metodama. Carski rez se kontinuirano predstavlja mogućim rješenjem i de facto panacejom suvremenog porodništva; što nažalost nije, i ne može biti. U postojećim okolnostima porodničari pribjegavaju oportunoj politici, pa sve više žena rađa na taj način. Posljedice sve raširenije i medicinski ne uvijek opravdane primjene carskog reza evidentne su već danas, a u budućnosti bi mogle postati jedan od većih problema rutinske prakse.

Ključne riječi: nadzor fetusa u porođaju, asfiksija, kardiotokografija, carski rez

Što je hipoksija, hipoksemija, acidoza?

Asfiksija fetusa se može definirati kao prekid izmjene plinova u sklopu respiratorne disfunkcije posteljice, a objedinjuje hipoksiju i acidozu. Hipoksija predstavlja manjak kisika u nekom tkivu, a uzrokovana je hipoksemijom (manjkom kisika u krvi) i/ili ishemijom (smanjenim protokom krvi kroz tkivo ili organ). Posljedica je nakupljanje ugljik II oksida (hiperkapnija) i mliječne kiseline (laktati) uz pad pH-vrijednosti (acidoza) zbog aktiviranog anaerobnog metabolizma. Fetus u fiziološkim uvjetima živi u relativnoj hipoksiji u

usporedbi s postnatalnim životom. Normalna koncentracija kisika u arterijskoj krvi fetusa je manja nego u venskoj krvi trudnice, a koncentracija ugljik II oksida u fetalnim arterijama je viša nego u venama trudnice. U literaturi često korišten pojam *„Mount Everest in utero"* zorno opisuje takovo stanje. Različiti akutni i kronični mehanizmi adaptacije olakšavaju fetusu život, pa načelno dodatnu hipoksiju podnosi bolje nego odrasla osoba. Mnogi čimbenici mogu utjecati na njegovu sposobnost prilagodbe i odrediti granice izdržljivosti. Neki se mogu predvidjeti, neki procijeniti, a neki kliničaru ostaju nepoznati. (1,2)

Odnos hipoksije u porođaju i neuroloških oštećenja

Povezanost trajnog neurološkog oštećenja i porođaja prvi je prepoznao i opisao 1862. godine engleski ortoped Wiliam John Little. Danas se smatra da je samo u 3% do 15% terminski rođene djece s razvojnim psihomotoričkim poremećajima uzrok povezan s porođajem. Nešto češće je rezultat događaja u prvim danima i tjednima samostalnog života. Više od dvije trećine slučajeva predstavlja posljedicu raznih neželjenih stanja tijekom trudnoće, u čemu prirođene nakaznosti i infekcije igraju značajnu ulogu. (1,3) Poseban interes je usmjeren odnosu s asfiksijom, neposrednim uzrokom do 30% slučajeva fetalne smrti. Velika većina takvih ishoda se događa u trudnoći (*lat. mors fetus in graviditatae*), i tek mali dio tijekom porođaja (lat. *mors fetus sub partu*). (4,5)

Obzirom na lokalizaciju promjena u centralnom nervnom sustavu moguće je s vremenskim odmakom pretpostaviti trajanje (akutna, ili parcijalna asfiksija duljeg trajanja) i vrijeme nastupa hipoksičnog oštećenja, ali ne i prepoznati ili spriječiti njihov početak. (1,3)

Hipoksiju je teško kvantificirati, pa se u kliničkom radu koristi više čimbenika u prosudbi njenog nastupa. Međunarodne udruge su uglavnom suglasne oko kriterija koji je mogu povezati s neurološkim oštećenjima i redovito uključuju: a) tešku metaboličku acidozu (pH iz krvi pupkovine >7.00), b) Apgar ocjenu 0-3 u trajanju duljem od 5 minuta,c) neurološke simptome u neonatalnom razdoblju (konvulzije, koma, hipotonus) uz slikovne i funkcijske pretrage mozga, i d) znakove multiorganskog oštećenja (bubrezi, pluća, kardiovaskularni, gastrointestinalni i hematološki sustav). (1,5)

Snižena vrijednost pH iz krvi pupkovine nedvosmisleno je povezana s lošim ishodom, pa ipak u samo 10% novorođenčadi s izmjerenom vrijednosti < 7.00 kasnije nastupe trajna neurološka oštećenja. Slično tome, uredan nalaz pH nije garancija normalnog razvoja, jer se razdoblja asfiksije u trudnoći na taj način ne mogu prepoznati. Analiza acido-baznog statusa uključuje i druge elemente, od kojih poseban značaj ima tkz. manjak baza. Vrijednost veća od 12 mmol/l je biljeg uznapredovale metaboličke acidoze i upućuje na dulju i

težu akutnu fetalnu patnju. Određivanje pH iz krvi pupkovine u hrvatskim rodilištima još uvijek nije rutinski postupak. Najviše se primjenjuje u privatnom rodilištu Podobnik (98,9%) i u KBC Split (81,7%). Raspon u ostalim većim perinatalnim centrima je 21-39%, a u čak 20 rodilišta se uopće ne koristi. (6) Razlozi su najčešće tehničke prirode, iako se ljudski čimbenik nikada ne može u potpunosti isključiti.

Apgar-ocjena je najčešće korištena metoda procjene asfiksije u porođaju. Redovito se provodi nakon prve i pete minute života. U praksi je od 1953. godine. Komparativna prednost joj je brzina ocjenjivanja i činjenica da nije potrebna nikakva dodatna oprema. Nedostataka je mnogo, a najznačajniji su subjektivnost te moguća pogreška u interpretaciji rezultata. (7) Prema istraživanjima provedenim na velikim populacijama i neovisno o dobi trudnoće, Apgar ocjenu ≤ 3 prosječno ima 4.5% novorođenčadi nakon prve i 0.25% nakon pete minute. (3) U Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split na uzorku od 21,410 terminske novorođenčadi evidentirano je 425 (1.98%) s Apgar ocjenom ≤7 u prvoj i 228 (1.06%) u petoj minuti, odnosno 27 (0.13%) s Apgar ocjenom ≤ 3 u prvoj i 14 (0.06%) novorođenčadi s Apgar ocjenom ≤ 3 u petoj minuti. Ocjenjivanje bi u plodova s niskom ocjenom trebalo nastaviti svakih pet minuta dok se ne dobije vrijednost veća od 6. Statističke analize su pokazale da je Apgar ocjena nakon 20 minuta u najboljoj korelaciji s dugotrajnim neurološkim ishodom. Niska Apgar-ocjena je nesporno povezana s pojavnosti cerebralne paralize. Prema rezultatima mata-analiza uredan neurološki razvoj je imalo više od 80% novorođenčadi s ocjenom 0-3 u desetoj minuti, dok je 73% djece s cerebralnom paralizom imalo Apgar ocjenu 7-10 u petoj minuti. (3)

Kombinacijom navedenih metoda postiže se nešto bolja prediktivna vrijednost, pa Apgar nakon prve minute ≤ 3, uz pH<7 krvi iz pupkovine ima visoku osjetljivost u predviđanju teških neuroloških oštećenja ploda. (8,9)

Značajno je primijetiti da su svi navedeni kriteriji vezani uz neonatani period, određuju se nakon porođaja, i nisu dostupni porodničaru u vrijeme donošenja kliničkih odluka.

Neurološka oštećenja ploda

Smisao svih metoda nadzora fetusa tijekom trudnoće i porođaja obuhvaća predviđanje, ili što ranije prepoznavanje fetalne ugroženosti s ciljem izbjegavanja neželjenih posljedica; primarno fetalne smrti i trajnih neuroloških oštećenja. (4,10)

Hipoksijsko-ishemijska encefalopatija (HIE) predstavlja skupinu simptoma koji se javljaju u terminske novorođenčadi nakon asfiktičnih incidenata u

porođaju uobičajenom dinamikom ovisno o jakosti i mjestu oštećenja. Blaga forma se manifestira u prvih 48 sati života s incidencijom od 3.8‰ i prolazi uglavnom bez posljedica. Umjerena i teška forma su tri puta rjeđe (oko 1‰), Umjerena se obično prepozna konvulzijama u prvom tjednu života i ostavlja trajne posljedice u 20-25% zahvaćene novorođenčadi. Kod najteže forme, i bez liječenja, učestalost trajnih posljedica je veća od 90%. (1,3,11)

Cerebralna paraliza je grupa neprogresivnih poremećaja pokreta i položaja uzrokovana defektom ili oštećenjem nezrelog mozga. Javlja se u oko 1:3,700 do 4,000 porođaja. (1,3,11,12) Suprotno kolokvijalnom uvjerenju da je redovito rezultat hipoksije fetalnog mozga, znanstveno je dokazana uzročna povezanost u 10% svih slučajeva, i oko 20% u podskupini terminske novorođenčadi. Veća je učestalost u prijevremeno rođene djece, poglavito ukoliko je bila prisutna infekcija. (13) Kombinacijom rezultata više studija procijenjena je povezanost cerebralne paralize s hipoksijom u porođaju za 14,5% oboljelih (raspon studija 8-28%). Porazna je činjenica da se usprkos napretku medicine, višestrukom povećanju udjela carskog reza, i našeg uvjerenja da je moderna medicina napravila revolucionarne uspjehe u svim segmentima struke, pojavnost cerebralne paralize nije promijenila u zadnjih 50 godina. (3,12)

Kardiotokografija i druge metode nadzora fetusa u porođaju

Kardiotokografija (CTG) je metoda nadzora i procjene fetalne ugroženosti kojom se promjene frekvencije rada srca fetusa prikazuju krivuljom i postavljaju u odnos s kvalitativnim odlikama trudova (ukoliko ih ima). Uvedena je u kliničku praksu 1957. godine, i u gotovo izvornom obliku se primjenjuje i danas. (4) Koncem šezdesetih godina su objavljeni prvi algoritmi interpretacije CTG nalaza, čime je metoda direktno preuzela primat u donošenju kliničkih odluka. (14) Objektivna istraživanja provedena kroz šezdeset godina korištenja CTG-a su pokazala veliku osjetljivost (više od 90%) i relativno nisku specifičnost (oko 50%). U praksi to znači veliku vjerojatnost da će prepoznata ugroženost fetusa zaista i postojati, ali uz „cijenu": a) znatnog broja lažnih upozorenja koje kliničara tjeraju na nepotrebne redovito agresivne postupke, i b) relativno malu, ali realnu mogućnost previda stvarne ugroženosti. Clark SL i sur. su naknadnom (re)analizom CTG zapisa u novorođenčadi s metaboličkom acidozom prema nalazu iz krvi pupkovine ustanovili kako je u idealnim okolnostima bilo moguće prepoznati otprilike polovinu potvrđeno ugrožene djece. (15)

Vjerojatno najveći problem CTG-je predstavljaju značajne inter i intra opservacijske razlike u interpretaciji. Velik broj istraživanja nedvosmisleno je potvrdio široko područje subjektivnosti, koje je često (ali ne i nužno) povezano

sa stupnjem edukacije i iskustvom. (16) Nekonzistentnost u interpretaciji je ispitivana serijom sličnih istraživanja gotovo identičnih rezultata. (17-22) Primjer je studija Reif P. i sur. u kojoj su 123 profesionalca očitala 42 CTG-a dva puta: bez dodatnih informacija, i s vremenskim odmakom ali uz podatak o pH vrijednosti iz pupkovine. U drugom je očitanju uz saznanje o niskom pH (>7) ocjena "uredan CTG" bila 76% rjeđa, "patološki CTG" 51% češća, a „hitna intervencija" je preporučena u 70% više slučajeva. Nešto bolji (još uvijek ne potpuno uredan) pH nalaz od 7.1-7.2 je umanjio udio „patološke" ocjene CTG-a za 40%. Zaključak je autora da su uz saznanje o lošem perinatalnom ishodu ispitanici značajno češće „prepoznavali" patološke zapise i mijenjali osobne odluke nevezano uz klasifikacije i kliničke protokole koji su korišteni. (23)

Nažalost, interpretacija CTG-a nije binarnog karaktera, već ima odlike sive skale. U prepoznavanju krajnjih zona, kada je fetus u odličnoj kondiciji ili je gotovo sigurno ugrožen, prilično je pouzdan i prednosti metode dolaze do izražaja. Sredinom sivih nijansi dominiraju njegovi nedostaci, i tada ostavlja veliki prostor *bias*-ima različitih vrsta. U tom širokom području CTG nije dobar dijagnostički alat, i ne osigurava kliničaru kvalitetan oslonac u donošenju odluka. Poštenije bi ga bilo prihvatiti kao metodu probira, nego dokazivanja fetalne hipoksije. To je neupitna činjenica koju svi moraju prihvatiti! (4,24)

Svjesna realnosti, struka već desetljećima traga za boljim rješenjem i pokušava unaprijediti nadzor fetusa. Istraživanja se dijele u dva smjera. Prvim se pokušavaju razviti bolji načini interpretacije CTG-a, a drugim osmisliti alternativna i/ili komplementarna metoda. (4,10)

Gotovo da ne postoji međunarodno, ili veće nacionalno udruženje porodničara i/ili perinatologa koje nije razvilo svoj način definiranja i klasifikacije urednih i patoloških elemenata CTG krivulje u kategorije s kliničkim preporukama. Neke su se sheme kroz desetljeća mijenjale u broju kategorija, osmišljavani su različiti načini sumiranja i preslagivanja, dok se terminologija prilagođavala razvoju paralelnih struka. Mnoge od tih podjela dijele nijanse, a sustavi se mogu pojednostaviti u tri temeljna nalaza: uredan, graničan i patološki zapis. (10,21,22,25) Pokušaj standardizacije edukacije profesionalaca i razvijanje naprednijih tehnika učenja, također nije donio veći pomak. (26) Uvođenje računala u analizu CTG krivulje više je obećavalo nego je ostvareno, pa se usprkos velikom broj razvijenih programa nije implementiralo u široku praksu. (27,28)

Novija literatura postavlja pitanje opravdanosti kontinuirane primjene CTG-a u porođaju, primarno zbog velikog broja nepotrebnih intervencija koje donosi i smanjenog komfora rodilje. Objavljeni rezultati govore u prilog

jednake učinkovitosti isprekidanog snimanja CTG-a u tkz. nisko rizičnim porođajima. (25) Intermitentno slušanja kucaja fetalnog srca klasičnom slušalicom slično vremenima prije uvođenja CTG-a, ili malim prijenosnim doplerskim uređajem bez zapisa krivulje, za istu je skupinu rodilja uvedeno u FIGO smjernice (engl. International Federation of Gynecology and Obstetrics). (29) Sustavna istraživanja su dokazala neopravdanost snimanja CTG-a svim rodiljama prilikom ulaska u rađaonicu (tkz. prijemni CTG), što je i sastavni dio prijedloga smjernice o intrapartalnom nadzoru Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu koja je upravo u tijeku konačnog definiranja. (30) Usprkos tome, u gotovo svim rodilištima prijemni CTG predstavlja rutinsku praksu.

Logičan zaključak je da smo CTG kao metodu iscrpili, i da daljnjim inzistiranjem na pokušajima njegovog boljeg iskorištenja ne možemo očekivati željeni radikalni iskorak.

Tijekom zadnjih pola stoljeća dominacije CTG-a razvijeno je nekoliko metoda nadzora fetusa, ali niti jedna nije uspjela značajno unaprijediti klinički rad. (4,10) Uzorkovanje krvi fetusa iz kože oglavka tijekom porođaja s određivanjem acido-baznog statusa primjenjuje se u dijelu Europe, ali zbog mnogih ograničenja postupak nikada nije ušao u standardne postupnike. Tehnički razlozi onemogućili su primjenu pulsne oksimetrije i doplera. (9,10,31) Stimulacija oglavka fetusa tijekom pregleda, i test vibro-akustičke stimulacije, mogu biti od pomoći tek u rijetkim dvojbenim situacijama. (31)

Najveća su očekivanja od STAN-a (*engl. ST analyser*), koji predstavlja nadgradnju i komplementaran je klasičnom CTG-u. Temelji se na analizi fetalnog elektrokardiograma (EKG) putem elektrode aplicirane na fetalnu glavicu u porođaju. Metoda je u primjeni dvadesetak godina, najraširenija je u Skandinaviji, a dosadašnji rezultati su pokazali da umanjuje potrebu operativnog dovršenja vaginalnog porođaja (vakum, forceps), ali bez značajnog utjecaja na učestalost acidoze fetusa i carskog reza. Najveći doprinos bi mu trebao biti u ustanovama koje ne rade ph-metriju u porođaju, jer se pokazao mogućom alternativom. (32)

Dok se ne osmisli neka zamjenska metoda fetalnog nadzora, umjesto kompjuterizacije CTG bi trebalo promatrati kao ogledalo fizioloških i patofizioloških odgovora pojedinih situacija s kojima se fetus suočava; jednako tijekom trudnoće i porođaja. (33) Poznavanje fetalne fiziologije, specifičnosti njegovog ponašanja i funkcioniranja koje se znatno razlikuje od novorođenčeta, prepoznavanje aktivacije pojedinih adaptacijskih mehanizama te procjena dubine fetalnog kompromisa, morali bi biti temeljni klinički orijentir. (34) U tom idealnom nizu najviši stupanj predstavlja sposobnost praktičara da

pretpostavi raspored daljnjih događanja, odredi vremensku dinamiku i svoje odluke prilagodi takvoj simulaciji. Za to mu je nužno veliko znanje, iskustvo, samopouzdanje, neopterećenost mogućom pogreškom, i otvorena podrška. Time bi CTG kao metodu razvijali i oplemenjivali humanizacijskim, a ne raščlambenim postupcima. Ne smije se nikada zaboraviti da CTG nije odličan, već korektan alat. Svi moramo biti svjesni njegove relativno česte neobjektivnosti, kao i činjenice da nam bolje alternativne ili komplementarne metode nisu dostupne. Uvijek moramo imati na umu da porodničar u najboljoj namjeri svakodnevno donosi odluke oslanjajući se na takvu metodu, svjestan ozbiljnosti rezultata svojih postupaka. Iako svi rado ponavljamo kako je griješiti ljudski, u konkretnom slučaju to zvuči pomalo licemjerno. Realno je porodničar doveden u situaciju da korištenjem metode za koju se svi slažemo da nije potpuno pouzdana, dnevno donosi odluke *de facto* „bez prava na pogrešku". Njegovi se postupci naknadno procjenjuju na temelju činjenica koje mu u trenutku donošenja odluke najčešće nisu bile poznate ni dostupne. Ne smije zato nikoga čuditi što se u kontekstu društvenih okolnosti, neopravdano nametnutih nerealnih očekivanja, i raznih oblika pritiska kojima su izloženi, liječnici povlače u dehumanizirano interpretiranje krivulje CTG-a analizirajući pojedine elemente. Svjesno donose zaključke u sklopu prethodno definiranih kategorija, čime pokušavaju argumentirati svoje kasnije odluke i osigurati opravdanje za moguće pogreške. Bijeg ginekologa iz porodništva i rađaonica u druge dijelove struke (humana reprodukcija, operativna ginekologija, ..) je trend koji zadnjih desetljeća bilježe gotovo sve razvijene zemlje, pa i Republika Hrvatska. Porodništvo se ocjenjuje prerizičnim poslom i danas rijetko predstavlja osobni izbor pojedinog liječnika. Identičnom argumentacijom, manjkavosti CTG-a ne mogu biti opravdanje za sve loše ishode u porodništvu. Siva zona u kojoj ne pruža čvrsto uporište kliničkim odlukama predstavlja relativno velik, ali ipak samo dio spektra situacija i zadataka koje praktičar mora riješiti. Stručna literatura se redovito obrušava na mane CTG-a, a kliničari to rado bezrezervno prihvaćaju. Kao i inače u životu, istina je negdje u sredini. Dobra volja svih čimbenika zdravstvenih sustava i društva u cjelini, međusobno razumijevanje i prihvaćanje činjenica, korektno komuniciranje, te iskreno prihvaćanje realnih okolnosti i limita medicine u stvarnosti a ne idealnim modelima, ispravni je put koji vodi ostvarivom cilju. Jedino se tako kurs porodništva može bez fige u džepu početi ispravljati prema iskonskom cilju: najboljoj mogućoj zaštiti zdravlja majke i djeteta.

Carski rez između medicinskih i nemedicinskih realnosti

Ne svojom krivicom, carski rez je postao jedna od najprljepornijih tema današnje perinatologije. Na gotovo svim svjetskim strukovnim kongresima

i debatama, ali i izvan medicinskim forumima nezaobilazna je tema. Neopravdano i ničim utemeljeno, često je prikazan panacejom suvremenog porodništva; rješenjem za sve probleme. Trudnice se bore za pravo slobodnog izbora načina rađanja i za carski rez na zahtjev. Mediji redovito nekontrolirano iznose ambivalentne stavove; ovisno o kontekstu i trenutnom interesu. Porodničarima se po svakom lošem ishodu postavlja pitanje opravdanosti načina vođenja porođaja uz vječno pitanje: „Je li se komplikacija mogla izbjeći (ranijim) carskim rezom?“. Istraživanja na velikim populacijama su pokazala da je u uvjetima moderne medicine porođaj izbornim carskim rezom možda nešto sigurniji za dijete, ali uz statistički značajno veći rizik komplikacija u majke. (35) Pri tome se mora imati na umu da porođaj carskim rezom za barem 50% i više žena podrazumijeva ponovni carski rez u slijedećoj trudnoći, sa svim komplikacijama uzastopnih operacija. (35). Bez obzira što se nezaustavljivo širi, carski rez na zahtjev je u istim sredinama redovito ocijenjen etički upitnim?!? Suprotno načelnom mišljenju, porodničari vole carski rez. Pogled praktičara je logičan. Porođaj se događa u željeno vrijeme, traje kratko, u svemu dobrom liječnik ima dio zasluge, a za komplikacije većinom nije kriv jer je napravio carski rez. Suprotno tome, prirodni porođaj često započinje neplanirano i liječnik nije nužno prisutan („nije bio uz trudnicu kad joj je najviše trebao“), rađanje traje dugo i nije ugodno iskustvo, za sve dobro nitko posebno nije zaslužan, za spriječene komplikacije nitko ni ne zna, a za svaki loš ishod (možda) je kriv liječnik i to zato jer nije (ranije) napravio carski rez.

Sudbinu carskog reza odredili su uglavnom nemedicinski kriteriji, možda i zbog samog imena operacije gdje „carski“ asocira na nešto privilegirano i povlašteno. Jasno je da se takvo uopćeno poimanje odražava na kliničku praksu. Ne želeći se upuštati ni u kakve rizike veće od minimalno nužnih, čak i suprotno svojim medicinskim uvjerenjima, porodničari sve češće pribjegavaju carskom rezu. Danas se u velikom broju rodilišta porođaj na zadak, nakon postupka asistirane reprodukcije, u žene starije životne dobi, porođaj blizanaca, onaj u žena opterećene anamneze, porođaj nakon carskog reza, kod velikog ili premalog ploda, ili uz bilo koji dodatni čimbenik rizika eksponencijalno češće obavlja carskim rezom. U RH učestalost carskog reza prelazi 20%, a u većini tercijarnih centara i 25% s tendencijom stalnog rasta. (6) Nažalost, perinatalni moralitet niti drugi čimbenici perinatalnog ishoda nisu time postali bolji. U KBC Split je 2016. godine 26.5% poroda obavljeno carskim rezom, a deset godina ranije (2006.) samo 14.2%, pri čemu je perinatalni mortalitet ostao isti (4.8‰ : 4.3‰). Prošle godine je gotovo 10% svih porođaja u Splitu bilo u žena s prethodnim carskim rezom, a preko 30% prvorotkinja je rodilo tim putem. Jasno je da će ti brojevi dogodine, i narednih godina biti sve veći.

Suočen sa svakodnevnom praksom svaki porodničar kontinuirano preispituje

svoje odluke. Iz svake neželjene situacije pokušava naučiti više, dograditi svoje iskustvo. Redovito postavlja pitanje je li odgađanje porođaja za pola sata ili sat uz granični CTG u cilju izbjegavanja carskog reza nužno povezano s mogućom kasnijom posljedicom, i koliko bi nepotrebnih intervencija sa svim komplikacijama trebalo da se donese izbalansirana odluka. Upoznat je da se više od 75% tužbi i oštenih zahtjeva temelji na dvojbama oko interpretacije CTG-a (čitaj asfiksiji) i posljedičnom izostalom ili zakašnjelom reakcijom. (36) Sve smjernice i preporuke proizlaze iz istraživanjima na velikim skupina trudnica, rodilja i novorođenčadi. Populacijski opravdani postupci nisu uvijek nužno individualno sigurni. Realni život zahtijeva pojedinačne odluke koje će s najvećom vjerojatnosti rezultirati sretnim ishodom. Savršenog ishoda svih trudnoća i porođaja nema, niti ga može biti. Porodništvo je posao smanjivanja rizika i predstavlja dinamičku ravnotežu s višeslojnim domino efektima svake odluke. Porodničar u nadzoru fetusa nema alate koji mu omogućavaju kvalitetne i sigurne odluke. CTG nije ono što bi mi htjeli, niti je dobar koliko mu se bez pokrića pripisuje. Koristimo ga samo zato što bolje nemamo. Rutinski rad porodničara se može usporediti s rješavanjem jednadžbi s više nepoznanica uz mnogo mogućih kovarijabli. Posao mu je zato dinamičan, lijep, intrigantan, i zanimljiv, no istovremeno izrazito rizičan, možda i opasan. U takvim okolnostima i „svjestan da nema pravo na loš ishod", praktičar se priklanja oportunoj politici. Poseže za manje osuđivanom i ne nužno boljem rješenju: carskom rezu. Pitanje je do kada će mu taj manevarski prostor biti otvoren. Kada će doći dan u kojem će mu netko s pravom postaviti pitanje: „Jeste li baš morali napraviti ovaj carski rez i na temelju čega ste donijeli tu odluku koja je dovela do ozbiljnih komplikacija? Jeste li svjesni da ste isključivo na temelju svojih pretpostavki nekome svojom odlukom i nepotrebnom intervencijom ugrozili život?"

Napomena: Tekst predstavlja prilog naručenom predavanju za 1. Hrvatski kongres medicinskog prava (Osijek, 2017) te je pripremljen s tom namjenom i prilagođen očekivanoj populaciji sudionika

LITERATURA:

1. Juretić E, Lončarević D. Perinatalna asfiksija. Medix. 2013;104:163-71.
2. Đelmiš J, Orešković S i sur. Fetalna medicina i opstericija, Zagreb, Medicinska naklada, 2014.
3. Graham EM, Ruis KA, Hartman AL, Northington FJ, Fox HE. A systematic review of the role of intrapartum hypoxia-ischemia in the causation of neonatal encephalopathy. Am J Obstet Gynecol. 2008;199:587-95.
4. Smith J, Wells L, Dodd K. The continuing fall in incidence of hypoxic ischaemic encephalopathy in term infants. BJOG. 2000;107:461-6.
5. Prior T, Kumar S. Expert review--identification of intra-partum fetal compromise. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;190:1-6.
6. Đelmiš J, Juras J, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2016. godini. Gynecol Perinatol. 2017;26:3-18.
7. Salustiano EM, Campos JA, Ibidi SM, Ruano R, Zugaib M. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. Rev Assoc Med Bras. 2012;58:587-93.
8. Martinez-Biarge M, Diez-Sebastian J, Wusthoff CJ, Mercuri E, Cowan FM. Antepartum and intrapartum factors preceding neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. Pediatrics. 2013;132:952-9.
9. Parer JT, King T, Flanders S, Fox M, Kilpatrick SJ. Fetal acidemia and electronic fetal heart rate patterns: is there evidence of an association? J Matern Fetal Neonatal Med. 2006;19:289-94.
10. Bailey RE. Intrapartum fetal monitoring. Am Fam Physician. 2009; 15;80:1388-96.
11. Rei M, Ayres-de-Campos D, Bernardes J. Neurological damage arising from intrapartum hypoxia/acidosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;30:79-86.
12. MacLennan AH, Thompson SC, Gecz J. Cerebral palsy: causes, pathways, and the role of genetic variants. Am J Obstet Gynecol. 2015;213:779-88.
13. Shepherd E, Salam RA, Middleton P, Makrides M, McIntyre S, Badawi N, i sur. Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017;8:CD012077. doi: 10.1002/14651858.CD012077.pub2.
14. Huntingford PJ, Pendleton HJ. The clinical application of cardiotocography. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1969;76:586-95.
15. Clark SL, Hamilton EF, Garite TJ, Timmins A, Warrick PA, Smith S. The limits of electronic fetal heart rate monitoring in the prevention of neonatal metabolic acidemia. Am J Obstet Gynecol. 2017;216:163.e1-163.
16. Thellesen L, Sorensen JL, Hedegaard M, Rosthoej S, Colov NP, Andersen KS, i sur. Cardiotocography interpretation skills and the association with size of maternity unit, years of obstetric work experience and healthcare professional background: a national cross-sectional study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96:1075-83.
17. Spilka J, Chudáček V, Janků P, Hruban L, Burša M, Huptych M, i sur. Analysis of obstetricians' decision making on CTG recordings. J Biomed Inform. 2014;51:72-9.
18. Santo S, Ayres-de-Campos D. Human factors affecting the interpretation of fetal heart rate tracings: an update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012;24:84-8.
19. Garabedian C, Butruille L, Drumez E, Servan Schreiber E, Bartolo S, Bleu G, i sur.

Inter-observer reliability of 4 fetal heart rate classifications. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017;46:131-5.
20. Uccella S, Cromi A, Colombo GF, Bogani G, Casarin J, Agosti M, i sur. Interobserver reliability to interpret intrapartum electronic fetal heart rate monitoring: Does a standardized algorithm improve agreement among clinicians? J Obstet Gynaecol. 2015;35:241-5.
21. Santo S, Ayres-de-Campos D, Costa-Santos C, Schnettler W, Ugwumadu A, Da Graça LM; FM-Compare Collaboration. Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96:166-175.
22. Figueras F, Albela S, Bonino S, Palacio M, Barrau E, Hernandez S, i sur. Visual analysis of antepartum fetal heart rate tracings: inter- and intra-observer agreement and impact of knowledge of neonatal outcome. J Perinat Med. 2005;33:241-5.
23. Reif P, Schott S, Boyon C, Richter J, Kavšek G, Timoh KN, i sur. Does knowledge of fetal outcome influence the interpretation of intrapartum cardiotocography and subsequent clinical management? A multicentre European study. BJOG. 2016;123:2208-17.
24. Chandraharan E, Arulkumaran S. Prevention of birth asphyxia: responding appropriately to cardiotocograph (CTG) traces. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007;21:609-24.
25. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraharan E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:13-24.
26. Ugwumadu A, Steer P, Parer B, Carbonne B, Vayssiere C, Maso G, i sur. Time to optimise and enforce training in interpretation of intrapartum cardiotocograph. BJOG. 2016;123:866-9.
27. INFANT Collaborative Group. Computerised interpretation of fetal heart rate during labour (INFANT): a randomised controlled trial. Lancet. 2017;389:1719-1729.
28. Chen CY, Yu C, Chang CC, Lin CW. Comparison of a novel computerized analysis program and visual interpretation of cardiotocography. PLoS One. 2014;9:e112296.
29. Lewis D, Downe S. FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:9-12.
30. Košec V. Intrapartalni nadzor fetusa (prijedlog smjernice u kliničkoj praksi Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu). Gynecol Perinatol. 2017;26:70-6.
31. Visser GH, Ayres-de-Campos D. FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Adjunctive technologies. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:25-9.
32. Roje D, Vulić M, Meštrović Z, Radić A, Benzon Z. Intrapartalni nadzor analizom ST spojnice fetalnog elektrokardiograma (STAN sistem). Gynaecol Perinatol 2013;22:60-4.
33. Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S. FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:5-8.
34. Pinas A, Chandraharan E. Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;30:33-47.

35. Roje D. Carski rez na zahtjev („contra pogled"). Gynaecol Perinatol 2016;24:133-7.
36. Boog G. Cerebral palsy and perinatal asphyxia (Medicolegal implications and prevention). Gynecol Obstet Fertil. 2011;39:146-73.

SUMMARY

FETAL HYPOXIA AND ASPHYXIA AT BIRTH ARE A GREAT CHALLENGE OF MEDICAL AND LEGAL PROFESSION.

Although associated with a poor pregnancy outcome, fetal death, and neurological damage, the relationship is not simple. Only a small part of neurological consequences in children are solely due to severe hypoxia or ischemia at birth, and most newborns suffering acute asphyxia in labor are fully recovered having normal development. Despite many drawbacks and small specificity, the most widely used fetal intrapartum monitoring method for more than 50 years is cardiotocography (CTG). The main efforts are focused on improving the quality of CTG interpretation and searching for comparative and/or alternative methods nowadays. Out of profession, cesarean section is colloquially presented as a *panacea* and possible solution for almost all dilemmas and labor management problems. Being under pressure, and in afraid of adverse outcome, many clinicians in opportunistic policy perform cesarean section more and more often. Some medical repercussions are present even today, and in future this issue will probably become new obstetric and legal practice problem generated by ourselves.

Key words: intrapartum fetal monitoring, fetal asphxia, cardiotocography, cesarean section

POROĐAJ U KUĆI U HRVATSKOJ: OD ZAKONSKIH OKVIRA DO TAJNOVITIH POROĐAJA

UDK: 614.253.5
Primljeno: 9. listopada 2017.
Izlaganje na znanstvenom skupu

Deana Švaljug, bacc.med.tehn., mag.rehab.educ.
Preddiplomski stručni studij primaljstvo
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
deana.svaljug@uniri.hr

Autorica u radu analizira problematiku koja se javlja kod porođaja u kući. U radu se referira na povjesni konktekt, današnju društvenu situaciju i pozitivnopravne zakonske okvire.

Ključne riječi: porođaj, povijest, zakonski propisi

PROBLEMATIKA POROĐAJA U KUĆI

Na području Hrvatske već su se vrlo rano pojavile sposobne i vješte žene koje su svojim iskustvima pomagale prilikom porođaja (1). Iako se primalje spominju i u najstarijim medicinskim zapisima i postojale su davno prije ostalih medicinskih struka, te se konačno i porodništvo razvilo iz primaljstva (2), društva su se kroz povijest različito odnosila prema primaljama. U pojedinim razdobljima cijenjene i školovane, u drugima neškolovane i omražene, ponekad su ih se bojali jer su imale znanja i vještine iz područja života koje je u to doba mnogima bila nepoznato i tajanstveno, bavile se magijom, liječile biljem i pripremale ljubavne napitke, izvodile čedomorstva i pobačaje ili bile krsne kume djeci koju su porodile.

Najstariji pisani trag na području Hrvatske nađen je u Vranjicu kraj Solina i to kao nadgrobni spomenik primalji Eliji Soteri iz antičkih vremena (3). Smatra se da je bila grčka oslobođenica jer njezino ime znači *spasiteljica,* što je bilo karakteristično za antičke primalje i liječnike. Primalje su na području Hrvatske u rimsko doba u velikim gradovima pružale pomoć trudnicama, rodiljama i babinjačama (1). Bile su to neuke i primitivne žene koje su učile su od svojih majki, baka i drugih iskusnih žena koje su se bavile pomoći ženama kod porođaja, vještine su stjecale temeljem iskustva, pokušaja i pogreške, a metode koje su se pokazale uspješnijima prenosile su usmenom predajom, „s koljena na koljeno". Znanja kojima su raspolagale bila su nedostatna, što je uz loše životne uvjete, često uzrokovalo smrtnost majki i novorođenčadi (1).

U to vrijeme žene su po selima često rađale po štagljevima i štalama ili su rađale na otvorenu polju bez ičije pomoći, nastavljajući nakon porođaja raditi s novorođenčetom u rukama, te općenito siromaštvo i neprosvijećenost uz nestručno vođenje porođaja i primjenu „nadriprimaljskih zahvata", gotovo je redovito završavao smrtnim ishodom majke i djeteta (4).

Ako se priroda nije pobrinula sama za dobar tijek poroda, često završavala već poznatim uzrocima smrti rodilje poput razdora maternice i iskrvarenja. Ove su smrti rodilje godinama prepričavane, ove babice proklinjane, a u župnim Maticama umrlih stoji *„umrla u porodu"* ili *„ umrla u teškim mukama rađajući"*(3). Upravo je nestručno primaljstvo smatrano jednim od glavnih zdravstvenih problema, posebice na selu gdje medicinska skrb praktički nije postojala (5).

Ništa bolje nisu prolazile ni žene po gradovima. Rađale su u svojim kućama, a porođaje su vodile isključivo primalje (4). S obzirom da su upravo one najčešće bile u prvom kontaktu s rodiljom i novorođenčetom, sudbina rođene i nerođene djece i rodilja bila u njihovim rukama. U to vrijeme, unatoč visokoj stopi nataliteta prisutna je i vrlo visoka stopa mortaliteta, kako novorođenčadi i dojenčadi tako i žena u fertilnoj dobi (trudnica, rodilja i babinjača) (5).

Primalje su svoj posao obavljale isključivo rukama. Nisu se smjele koristiti nikakvim instrumentima, i to je bilo regulirano zakonom i kažnjivo. Documentom *„Instructio obstetricum"* (*Iuramentum Obstetricum*) koji je Rimokatolička crkva objavila 1599. godine, primaljstvo se kao struka prvi put zakonski regulira (4). U istom dokumentu između ostaloga i stoji, da kod teških slučajeva rađanja, treba pozvati iskusniju primalju, te da su roditelji, ako primalja nije bila nazočna pri porođaju, dužni u roku od osam dana obavijestiti primalju, jer u tome roku dijete treba biti kršteno.

Nakon toga, provođenje primaljstva kao djelatnosti, precizira dokument koji je izdan 1654. u Mainzu pod nazivom *Naputak o radu primalja („Meinzer Hebammeneid"),* kojim su bila definirana prava primalja i njihov rad (3). Bio je to prvi temeljni srednjoeuropski naputak te je bio temelj kasnijim pravilnicima iz austrijskog carstva, a time i pravilnicima u našim krajevima, koji su se zadržali gotovo četiri stoljeća, a ujedno je i temelj svim kasnijim uredbama i zakonima 19. i 20. stoljeća. Po tom Naputku primalja, da bi spasila dijete, imala je obvezu na umirućoj ili mrtvoj ženi učiniti hitan carski rez, iako joj je bilo zabranjeno koristiti bilo kakvo oruđe. Imala je moralnu i pravnu dužnost prijaviti rođenje nezakonite djece te obaviti krštenje iz nužde ako je za to postojala potreba (4).

***Naputak o radu primalja* sadržavao je i slijedeće:**

1. Primalja ne smije napustiti rodilju, mada je istovremeno započeo porod u druge, pa bio i hitniji

2. Primalja mora biti stalno dostupna za hitne slučajeve
3. Primalja ne smije napuštati grad bez dopuštenja nadležnih
(5)

Tijekom 18. stoljeća Katolička crkva je značajno utjecala na reguliranje primaljske profesije, jednim dijelom kako bi nadzirala rad primalja, a drugim kako bi ga uskladila sa principima katoličke vjere i moralnosti te tako spriječila veliku smrtnost majki i novorođenčadi, te u potpunosti preuzima kontrolu nad primaljstvom.

Na područje Habsburške monarhije veća pozornost primaljstvu posvećuje se od 1770. Godine kada je carica i kraljica Marija Terezija sa svojim savjetnikom i ministrom zdravstva, dr. Gerhardom van Swietenom, izdala zakon „*Generale normativum sanitatis*" ili „*Normativum sanitatum*". Tim je zakonom prvi puta određeno tko sve mora djelovati u javnome zdravstvu, utvrđena je razina obrazovanja za obavljanje pojedinih poslova te opis pojedinih odjela. Njime je reguliran rad primalja, zabranjeno je nadriprimaljstvo kao i zakonom terećeno. Na uvodnoj stranici zakonika carica je navela da je njezina majčinska briga zdravlje svih naroda na području cijele kraljevine (1).

Zakonski akt „*Normativum sanitatum*" sastojao se od dva dijela. U prvome djelu zakona pod nazivom *Pars prima. De iis, quae Sanitatem in provinciis servandam attinent,* a koji je bio podijeljen u četiri odjeljka, bila je zbirka propisa o dužnostima liječnika (1. odjeljak), kirurga (2. odjeljak), ljekarnika (3. odjeljak) i primalja (4. odjeljak). Za svaku profesiju traži se kompetencija i osposobljavanje, a zvanje nije dopušteno obavljati ako za njega ne postoji temeljna naobrazba i dopuštenje. Propisuje se posebnost svake struke, a na kraju je propisana zakletva koju obvezno polažu svi zdravstveni djelatnici nakon osposobljavanja (1).

Provedene reforme u to vrijeme pokazale su djelovanje triju skupina primalja (primalje s diplomom jednog od sveučilišta, primalje koje su dozvolu za rad dobile temeljem javnog ispita te primalje bez certifikata, ali pod određenim nadzorom), ali i dalje je bilo područja na kojima su žene rađale same odnosno bez bilo kakve stručne pomoći (6).

Postoje zapisi kako je u zagrebačkoj županiji uzeta u javnu službu ispitana primalja Barica Kabalini. Ona je godine 1786. podnijela zagrebačkoj Županiji molbu, u kojoj kaže da se, s obzirom na postojeće propise, ne bi smjelo dozvoliti da žene bez stručnog ispita obavljaju primaljsko zvanje jer je to očito pogibeljno za rodilje. Županija je na to naložila sucima da zabrane bavljenje primaljstvom bez položenog ispita (2).

Početkom 20. stoljeća primaljska se skrb sastojala u kontroli trudnice neposredno uoči poroda, te u vođenju poroda, u pravilu kod kuće žene (2).

Porođaj su vodile primalje, njihov zadatak, osim vođenja porođaja, bio je njega žene tijekom dva tjedna babinja, učenje dojenja, čišćenje stana, kuhanje i pranje rublja (3). Liječnik, obično opće medicine, ili kirurg odnosno porodničar, bio je pozvan kad bi porod zastao, da intervenira forcepsom, radeći unutarnji okret ili embriotomiju. Porod u bolničkim rodilištima bio je rezerviran za žene s uskom zdjelicom ili za nezbrinute majke (2).

I uz napokon uspostavljen sustav školovanja primalja još je početkom 20. stoljeća i dalje kod nas bilo rasprostranjeno nadriprimaljstvo i porođaji su se vodili nestručno, prevladava domicilno primaljstvo, a vitalna statistika je i dalje obilježena visokom smrtnošću rodilja, babinjača i novorođenčadi.

Do 1959. godine u Hrvatskoj primalje su samostalno obavljale porođaje, radile samostalno u izvanbolničkim i bolničkim rodilištima i u sustavu zaštite materinstva, te u to vrijeme počinje novi trend u zaštiti materinstva. Sazrijeva misao o kontinuiranosti i jedinstvenosti antenatalne i postnatalne fiziologije i patologije ploda, uvodi se pojam perinatalne medicine, kao sinteza maternalne i fetalne medicine te neonatologije (4).

S današnjeg gledišta primitivno primaljstvo razvilo se u porodništvo (2), porodničari preuzimaju cjelokupan nadzor nad rodiljama, a primalje postaju njihove pomoćnice. Zaboravljaju se prirodne metode koje olakšavaju porođaj, a porođaj se medikalizira uz primjenu cijelog niza intervencija koji nerijetko i nisu indicirani te se često provode i rutinski. Šezdesetih i sedamdesetih godina 20. stoljeća episiotomija je primjerice postala svakodnevica u rađaonicama i dosegla visokih 90% te se u to vrijeme primjenjuje gotovo kod svih prvorotkinja (7). Metode za peripartalni nadzor nalaze primjenu u okviru tzv. asistiranog poroda i bez njih je nemoguće zamisliti suvremeno vođenje poroda:

- kardiotokografija
- fetalna pH-metrija
- indukcija/ akceleracija poroda oksitocinom/ prostaglandinima
- spazmoanalgezija
- episiotomija
- vakuumska ekstrakcija
- epiduralna analgezija itd (7).

Ovakvim pristupom porođaju, razvijenoj perinatalnoj skrbi i **rađanju u ustanovama**, drastično je smanjen maternalni i perinatalni mortalitet, ali je istovremeno i otuđio rodilju od prirodnih procesa koji se odvijaju u njezinu tijelu tijekom porođaja. Trend humanizacije porodništva nastupio je kada su žene, zahvaljujući dostupnosti informacija, putem medija i pisane literature, došle do spoznaja o prednostima prirodnog porođaja koji isključuje prekomjerne intervencije koje nisu nužno medicinski opravdane (1).

Međutim, u jednom dijelu rodilja, ovakav pristup porođaju doveo je i do otpora prema medikalizaciji poroda i **odbijanje intervencija** pa se sve češće **susrećemo sa ženama koje žele rađati po svom „planu poroda" ne uvažavajući stručno mišljenje i preporuke, čime ponekad dovode u opasnost i sebe i svoje dijete. Sve se češće susrećemo i s porođajem u kući rodilje,** s posebnim naglaskom na neasistirane kućne porođaje pri čemu se rodilja namjerno odriće stručne pomoći pri porođaju smatrajući da porođaj nije bolest te da joj skrb onda nije ni potrebna. Tvrde da se nakon uredne trudnoće ne treba raditi dramu oko nečega tako prirodnog kao što je porođaj, opravdavajući to činjenicom da su naše bake i prebake rađale isključivo kod kuće (8). Pri čemu se zaboravlja vrlo važan podatak da je takva praksa rezultirala ne samo visokom perinatalnom smrtnošću djece nego i majki: perinatalni pomor bio je u prva dva desetljeća 20. stoljeća u srednjoeuropskim zemljama 50 ‰, a i više od toga, a od 1000 trudnica umiralo je 3-9 (9).

Da su se posljednjih godina u našim rodilištima dogodile značajne promjene, a odnose se na drugačiji pristup u zbrinjavanju majki i novorođenčadi, pri čemu se tijekom fiziološkog porođaja liječnici i primalje sve se više trude primjenjivati individualni pristup svakoj trudnici i rodilji, pružiti im poticaj i ohrabrenje te kad god je to moguće, izbjegavati medicinske intervencije, primjeri koji to potvrđuju su mnogobrojni. Navodim jedan od njih: *„Ja neugodno iskustvo nemam, naprotiv, sasvim sam zadovoljna svojim prvim porodom (u bolnici). Nitko me ni na što nije prisiljavao, muž je cijelo vrijeme bio sa mnom, nije bilo nikakvih intervencija (dripa, rezanja i sl., depilirala sam se sama doma, a klistir i dalje ne smatram nepotrebnom i strašnom intervencijom). Sve je sretno završilo svega 90 minuta nakon dolaska u rodilište. Eto, umalo pa nisam rodila doma. Svejedno, u nijednom trenutku mi nije palo na pamet rađanje doma, kako prvog tako ni djeteta koje uskoro trebam roditi. Kad je u pitanju moje dijete ne pristajem ni na najmanji rizik, pa makar me u bolnici izmučili, izrezali, istraumatizirali i što već ne"*.

Ali, pokret porođaja u kući se nastavlja. Prema neslužbenim podacima, tako se u RH svake godine obavi otprilike 100 porođaja izvan sustava zdravstvene zaštite, pri čemu se upozorenja da je porođaj kod kuće neodgovorna avantura na svoju ruku te da se tijek porođaja i kod najurednije trudnoće unaprijed ne može predvidjeti te u trenutku ugroziti život majke i djeteta (8), nije dovoljan razlog za promišljanje o opravdanosti odluke o porođaju kod kuće.

Ni uvođenje inicijative projekta "Rodilište – prijatelj majki i djece" njima nema značaja pa se postavlja pitanje stvarnog razloga temeljem kojega se trudnice odlučuju za porođaj u kući, pogotovo ako se uzme u obzir da se odluka donosi bez obzira na bilo koji ishod porođaja za nju i dijete, kako se može pročitati na jednom od foruma "za i protiv" porođaja u kući rodilje.

S istog foruma navodim komentar: *"Mogu se složiti da naš bolnički sustav nije optimalan, no toliko prenaglašavanje nesposobnosti doktora, hororskih uvjeta, vezanja i svega ostalog zaista nema niti jednu svrhu. Osim stvarati psihozu i glorificirati porod u domaćoj atmosferi. A to je područje ODF-a gdje sve zabrane i propisi padaju u vodu, "dilaju" se info o babicama na crnjaka, forumašicama (u najmanju ruku) upitnog zdravog razuma".*

Isto kao što je upitnog zdravog razuma odluku o porođaju u kući i opravdavati je pravom žene na slobodu odlučivanja o mjestu gdje će roditi svoje dijete, a porođaj u rodilištu smatrati "prisilnom" hospitalizacijom "samo" zbog porođaja (8).

Danas, u 21. stoljeću poticati kućne porođaje i zastupati vođenje porođaja bez korištenja medicinske tehnologije i stručne pomoći po uzoru na ono iz srednjega vijeka, **nije razumno. Kao što nije razumno ni nazočnost doula pri istom nazivati stručnom pomoći.**

Istovremeno, dok je mišljenje trudnica o kućnom porođaju podijeljeno, podijeljeno je i mišljenje struke pri čemu jedan broj primalja izričito zastupa stav kako je porođaj u kući rodilje idealno mjesto za ostvarivanje prirodnog porođaja, a on kao takav način ostvarivanja prava žene na izbor mjesta porođaja (8) i podržavaju žene na osvarivanje toga prava. Pri čemu su zaboravile stručne, medicinske, pravne, sociološke i druge aspekte istog s posebnim naglaskom na iskorištavanje „sive zone" odnosno „ne postojanje propisa koji bi kućni porod izrijekom zabranjivali, ali niti takvi koji bi ga detaljno regulirali" (8) kako se navodi u jednom članku u čijem je potpisu Hrvatska komora primalja.

Zapravo, nije ni moralno ni etički svjesno podržavati nešto za što ne postoji pravni okvir ili bar konsenzus svih dionika akualnog problema i pri tome „ne vidjeti" problem nesigurnosti majke i djeteta pri porođaju u kući te dapače, predlagati da se porođaju u kući rodilje dozvoli, prema istom članku, sve u okviru pronatalitetne politike Republike Hrvatske. A do tada, mala će skupina primalja poraðati po kućama...

Poznato je javnosti, da porode po kućama obavljaju naše hrvatske primalje, a da plasirana priča o nekim „uvoznim" primaljama nije istinita. Ne samo da javnost barata njihovim imenima, nego njima barataju i državne institucije, i ništa ne poduzimaju. Pa čak i kada iste kao pratnja u ustanovu dopreme rodilju s mrtvim čedom ili rodilju sa znakovima iskrvarenja, i tada institucije šute (5).

Zapravo je nevjerojatno da je još u srednjem vijeku primaljstvo bilo regulirano zakonom i kažnjivo, ali ne i danas u 21. stoljeću, sve pod slikom za „dobrobit naših majki i djece". Ali je istinito i teško dokazivo, nasuprot „zavjetu šutnje" u „partnerstvu između žene i njezine primalje"(5).

Uvažavajući pravo na mogućnost izbora, a prema „filozofiji primaljstva" da

„upravo žena donosi odluku o svojoj skrbi“, što uključuje u kojem okruženju želi rađati ili tko će uz nju biti, žene trebaju biti informirane da neke od tih primalja nemaju nikakvog rađaonskog iskustva ili vrlo malo, i da je njihov život kao i život njihove djece u rukama priučenih primalja, isto kao i nekada, u dalekoj prošlosti. S razlikom, što tada žene nisu imale mogućnost izbora između svog prava na mogućnost izbora i svoje sigurnosti odnosno sigurnosti svog djeteta (5).

Uvažavajući prvo na mogućnost izbora, nitko nije protiv istog, ali ne bezuvjetno. Republika Hrvatska svojim zdravstvenim standardom nažalost još uvijek nije dosegnula razinu za siguran sustav rađanja kod kuće kakav bi trebala imati (8).

I dok naše žene koje se odlučuju za porođaj kod kuće, rađaju na vlastitu odgovornost, u nesigurnim uvjetima, pod povećanim rizikom za svoj život i život svog djeteta, bez prave stručne pomoći, pravo na porođaj kod kuće koriste žene u većini zapadnoeuropskih zemalja uz osiguravanje najviše razine zdravstvene zaštite i stručnu pomoć obazovane primalje ili liječnika sa svom suvremenom opremom za nadzor majke i djeteta. Istodobno i s mogućnošću da u slučaju komplikacija obližnja nadležna klinika ima spremno pred kućom ili hitno šalje vozilo hitne pomoći i premješta rodilju k sebi, dok je u istom vozilu moguće učiniti i operativni zahvat prema potrebi (8).

Uz preporuku, da sve one koje se pozivaju na pravo izbora i potiču ili zagovaraju porođaje u kući rodilje sagledaju sve relevantne uvjete za njegovo sigurno izvođenje, jer kako se kaže “sve je dobro dok je dobro”, ali tko će preuzeti odgovornost kada prva žena izgubi život ne znajući u što se realno upušta.

Nasuprot tome, u jednom tekstu u čijem je potpisu Hrvatska komora primalja navodi se da “trenutačno u Hrvatskoj ne postoje nikakve formalne pravne prepreke koje bi onemogućavale rodilje da uz prisutnost liječnika i primalje rode u svom domu” (8).

U donošenju bilo kakvih odluka neka nam dobrobit naših majki i djece bude na prvom mjestu, a pitanje rađanja kod kuće traži priritetno pronalaženje rješenja i postavljanje u zakonski okvir s obzirom da ovi dosadašnji na koje se pozivaju obje strane “i za i protiv”, tumače ih kako hoće. Ne samo da ne postoje propisi koji bi kućni porođaj izrijekom zabranjivali, odnosno oni koji bi ih izrijekom dozvoljavali, izrijekom **porođaj kod kuće** ne spominje se u niti jednom pravnom aktu, a najbliži je onaj koji govori u kontekstu “privatne prakse”.

U daljnjem tekstu trenutno važeći zakonski okvir koji regulira porođaj kod kuće u RH.

Zakon o primaljstvu (10)

Članak 4.

Primalje svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno standardima koje će pravilnikom utvrditi ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 6.

Provođenje primaljske skrbi mora se temeljiti na potrebama stanovništva, a u skladu s planom i programom mjera zdravstvene zaštite.

Članak 15.a

Djelatnost primalje-asistentice obuhvaća

- ***djelovati unutar zdravstvenog tima uz nadzor primalje i/ili liječnika, primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu,***
- ***sudjelovati u edukaciji u cilju očuvanja zdravlja i prevencije spolno prenosivih bolesti, ranog otkrivanja ginekoloških bolesti i planiranja obitelji te sudjelovati u provođenju edukacije u pripremi za porod i roditeljstvo,***
- ***pripremiti trudnicu za pregled i dopunske pretrage u trudnoći,***
- ***pripremiti prostor, instrumente i materijal za fiziološki porod,***
- ***provesti postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege kod operativnog dovršavanja poroda,***
- ***pripremiti pacijenticu za ginekološki pregled, pomoćne i specijalne pretrage u ginekologiji,***
- ***provesti osobnu higijenu trudnice, rodilje i babinjače, provesti previjanje i kupanje novorođenčeta,***
- ***sudjelovati u edukaciji roditelja o njezi zdravog novorođenčeta i dojenja,***
- ***provesti nadzor nad prehranom trudnice, rodilje i babinjače,***
- ***pratiti opće stanje tijekom bolničkog smještaja/liječenja trudnice, rodilje, babinjače i zdravog novorođenčeta; prepoznavati patološke promjene vitalnih funkcija te o istima odmah izvjestiti primalju i/ili liječnika,***
- ***pripremiti instrumente i materijal za sterilizaciju, pripremiti instrumente i materijal za pregled trudnice te za porod,***
- ***provoditi postupke asepse, kao i postupke prevencije bolničkih infekcija,***
- ***provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova (osim intravenske) ordiniranu od liječnika.***

Članak 15.b

Djelatnost primalje obuhvaća

- *djelovati unutar zdravstvenog tima u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup; primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu, kao i znanja iz porodništva i ginekologije,*
- *voditi medicinsku dokumentaciju o primaljskoj skrbi; planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrb; vrednovati plan primaljske skrbi, analizirati uvjete za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi,*
- *provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porod te davati savjete o dojenju,*
- *utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta,*
- *po potrebi urezivati episiotomije te šivati episiotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja,*
- *kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda,*
- *provoditi postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju,*
- *provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika,*
- *pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja,*
- *pripremiti i savjetovati ženu za ginekološki pregled te provesti edukaciju u cilju očuvanja zdravlja, prevencije spolno prenosivih bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja,*
- *provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od liječnika*

Članak 16.

Dužnosti primalje

- *primjena svih dostupnih znanja iz područja primaljstva,*
- *primjena metoda rješavanja problema u provođenju primaljstva koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa,*
- *postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u primaljstvu,*
- *provedba primaljske skrbi po utvrđenom planu,*
- *primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne,*

peroralne i parenteralne terapije,
- ***pravodobno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije,***
- ***provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti,***
- ***vođenje primaljske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata,***
- ***pravodobno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja,***
- ***pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika,***
- ***čuvanje profesionalne tajne,***
- ***poštivanje prava pacijenata,***
- ***poštivanje etičkog kodeksa primalja,***
- ***poštivanje vjerskih načela pacijenata,***
- ***suradnja sa svim članovima tima,***
- ***čuvanje ugleda ustanove (poslodavca),***
- ***ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme i***
- ***djelovanje u interesu bolesnika.***

Članak 18.

Primalja čini težu povredu radne dužnosti: – kada zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika, – kada promjeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije i – kada namjerno učini materijalnu štetu.

Članak 19.

Primalja ne smije provoditi postupke koji nisu u području njezine djelatnosti, a mogu izravno ili neizravno naštetiti bolesniku.

Članak 24.

Privatnu praksu može obavljati samo primalja sa završenim studijem iz članka 14. stavka 1. ovoga Zakona koja ima odobrenje za samostalan rad dano od Hrvatske komore primalja. Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse primalje primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (11)

Članak 2.

Zdravstvena zaštita u smislu ovoga Zakona obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Članak 3.

Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama ovoga Zakona i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Svaka je osoba obvezna brinuti se o svome zdravlju.

Nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih.

Članak 17.

Mjere zdravstvene zaštite su:

10. osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom,

Članak 23.

Svaka osoba dužna je svoja prava na zdravstvenu zaštitu koristiti u skladu s odredbama ovoga Zakona i uputama o liječenju doktora medicine i doktora dentalne medicine i osobno je odgovorna zbog nepridržavanja tih uputa.

Svaka poslovno sposobna osoba dužna je poduzimati aktivnosti u cilju očuvanja i unapređenja svoga zdravlja i izbjegavati sve rizične čimbenike koji ugrožavaju život i zdravlje (uporaba droga, alkohola, duhanskih proizvoda, rizično spolno ponašanje i drugi medicinski priznati rizični čimbenici).

Članak 24.

Zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom.

Članak 47.

Osnivač zdravstvene ustanove dužan je od ministarstva zatražiti ocjenu sukladnosti akta o osnivanju sa Zakonom o ustanovama i ovim Zakonom.

Članak 48.

Zahtjevu za ocjenu sukladnosti akta o osnivanju osnivač zdravstvene ustanove obvezan je priložiti dokaz o raspolaganju prostorom i mišljenje o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove u mreži javne zdravstvene službe koje daju Zavod i nadležna komora te mišljenje o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove izvan mreže javne zdravstvene službe koje daje nadležna komora.

Članak 49.

Ministarstvo rješenjem utvrđuje da je akt o osnivanju zdravstvene ustanove u skladu s ovim Zakonom.

Protiv rješenja iz stavka 1. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.

Članak 124. (NN 82/13)

Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, uz obvezno poštovanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.

Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, studijskom smjeru logopedije te drugom visokom učilištu zdravstvenog usmjerenja, kao i u srednjim školama zdravstvenog usmjerenja, odnosno učilištu ili u srednjim školama koje imaju odobrenje za provođenje obrazovnog programa zdravstvenog usmjerenja. Obveza je zdravstvenih radnika da pri pružanju zdravstvene zaštite postupaju prema pravilima zdravstvene struke, na način da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

Članak 145.

Privatnu praksu može samostalno obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem pod sljedećim uvjetima:

1. *da ima odgovarajuće obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, položen stručni ispit, a za specijalističke ordinacije i odgovarajući specijalistički ispit te odobrenje za samostalan rad,*
2. *da je državljanin Republike Hrvatske,*
3. *da je radno sposoban za obavljanje privatne prakse,*
4. *da je potpuno poslovno sposoban,*
5. *da mu pravomoćnom sudskom presudom nije izrečena mjera sigurnosti ili zaštitna mjera zabrane obavljanja zdravstvene zaštite, odnosno zaštitna mjera udaljenja, dok te mjere traju,*
6. *da nije u radnom odnosu, odnosno da ne obavlja drugu samostalnu djelatnost,*
7. *da raspolaže odgovarajućim prostorom,*
8. *da raspolaže odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom*
9. *da pribavi mišljenje Zavoda i nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe, odnosno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse izvan mreže javne zdravstvene službe.*

Uvjet položenoga stručnog ispita iz stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na državljane država članica Europske unije.

Članak 147.

Zdravstveni radnik prvostupnik i zdravstveni radnik srednje stručne spreme mogu obavljati privatnu praksu iz svoje stručne spreme i to:

– *medicinske sestre – medicinski tehničari,*
– *viši zubari, zubni tehničari,*
– *fizioterapeuti.*

Članak 148.

Zahtjev za obavljanje privatne prakse podnosi se ministarstvu koji rješenjem utvrđuje da su ispunjeni uvjeti za obavljanje privatne prakse iz članka 145. i 147. ovoga Zakona.

Članak 161.

Privatna praksa ne može se obavljati za sljedeće djelatnosti:

1. *uzimanje, čuvanje, prenošenje i presađivanje stanica, tkiva i organa u svrhu liječenja,*
2. *rikupljanje krvi i plazme za preradu te opskrba krvlju i krvnim pripravcima,*
3. *javno zdravstvo, epidemiologija, školska medicina, zaštita mentalnog zdravlja, prevencija i izvanbolničko liječenje ovisnosti i patronaža,*
4. *hitna medicina.*

Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (12)

Djelatnost primaljstva

Članak 31.

Za obavljanje djelatnosti primaljstva potrebno je osigurati:

– *prostoriju za pregled i obradu od najmanje 12 m²,*
– *prostoriju za primalju asistenticu od najmanje 9 m²,*
– *čekaonicu od najmanje 9 m²,*
– *sanitarni čvor za radnike,*
– *s anitarni čvor za pacijentice.*

Oprema: ginekološki stol, reflektor, urinarni kateteri za jednokratnu uporabu raznih promjera, prednji i stražnji vaginalni spekulumi, mikroskop, pribor za uzimanje vaginalnih i cervikalnih briseva, pribor za fiksaciju i slanje materijala na citološki pregled, pribor za uzimanje materijala za mikrobiološke i medicinsko-biokemijske pretrage, cervikalna kliješta, kohleju, drvenu Pinardovu slušalicu za slušanje otkucaja fetalnog srca ili druga oprema iste svrhe, dilatator (Hegar), vaga, platneni metar, irigator, komprese, pelvimetar.

Radnici: 1 prvostupnica primaljstva i 1 primalja asistentica za 8 sati radnog vremena.

Ustav Republike Hrvatske (13)

Članak 56.

Pravo zaposlenih i članova njihovih obitelji na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje uređuje se zakonom i kolektivnim ugovorom.

Prava u svezi s porođajem, materinstvom i njegom djece uređuju se zakonom.

Članak 58.

Svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom.

Članak 62.

Država štiti materinstvo, djecu i mladež te stvara socijalne, kulturne, odgojne, materijalne i druge uvjete kojima se promiče ostvarivanje prava na dostojan život.

Članak 69.

Svatko ima pravo na zdrav život.

Država osigurava uvjete za zdrav okoliš.

Svatko je dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša.

Pravilnik o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, grupne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje djelatnosti primaljstva (14)

Članak 1.

Ovim Pravilnikom uređuje se postupak i način davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, grupne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva koji će obavljati djelatnost primaljstva opisane u članku 15.a i 15.b Zakona o primaljstvu (dalje u tekstu: pružatelj zdravstvenih usluga) u osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti (dalje u tekstu: Mreža) odnosno izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti (dalje u tekstu: izvan Mreže).

Članak 3.

Pružatelj usluga može postaviti dvije vrste zahtjeva:

- *zahtjev za obavljanje svih djelatnosti iz članka15.a i 15.b Zakona o primaljstvu ili*
- *zahtjev za obavljanje svih djelatnosti iz članka15.a i 15.b osim djelatnosti iz članka15.b stavka1. alineja 4. i 5.Zakona o primaljstvu*

LITERATURA:

1. Kuljak Ž. Završni rad Primaljsko zakonodavstvo kroz povijest, 2011.
2. Dražančić, A. i suradnici. Prodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1994.
3. Lobmayer, A.: *Primaljstvo.* Učevna knjiga za primalje, Kraljevska Hrvatska-Slavonska-Dalmatinska Zemaljska Vlada, Zagreb, 1898.
4. Kuljak Ž, D. Švaljug. Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – prava i obveze, knjiga sažetaka Simpozija Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku), 08. i 09. travnja 2016., Hotel Jezero, Plitvička jezera
5. D. Švaljug, Z. Kuljak. Nadriprimaljstvo u Republici Hrvatskoj kroz povijest i danas. II. Simpozij Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku) 11.-13.05.2017., Šibenik/Solaris
6. Habek, D.: *Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskog kraja*, Čvor, Grad Bjelovar i Županija bjelovarsko-bilogorska: Bjelovar; 2008
7. Švaljug, D. Kako omogućiti ostvarivanje individualizirane skrbi trudnici, rodilji i babinjači tijekom boravka u rodilištu (osmi korak). Radni materijal poslijediplomskog tečaja za edukatore u pilot projektu "Bolnica prijatelj majki i djece" Ministarstvo zdravstva Republike hrvatske i Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 70-88, Ministarstvo zdravstva, Zagreb, 2017.
8. Primaljski vjesnik, broj 11, prosinac 2011., 30-36
9. Dražančić, A. i suradnici. Prodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1994.
10. Zakon o primaljstvu, NN 120/08, 145/10.
11. https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi
12. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_06_61_1374.html
13. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2001_05_41_705.html
14. https://www.komora-primalja.hr/datoteke/Pravilnik%20o%20postupku%20i%20nainu%20davanja%20miljenja%20Privatna%20praksa_usvojeno.pdf

SUMMARY

CHILDBIRTH AT HOME IN REPUBLIC OF CROATIA: FROM LEGAL FRAME TO SECRET CHILDBIRTH

The author analyzes the issue of childbirth at home. The paper refers to the historical context, the current social situation and the positive legal framework.

Keywords: birth, history, legal regulations

ODGOVORNOST LIJEČNIKA KOD LIJEČENJA NA ZAHTJEV U REPUBLICI HRVATSKOJ

UDK: 614.253.5 (497.5)
Primljeno: 29. rujna 2017.
Pregledni znanstveni rad

dr. sc. Branko Brkić, mag.iur.
sudac Ustavnog suda Republike Hrvatske
Branko_Brkic@usud.hr

Autor u radu analizira odredbe važećih zakonskih tekstova te prava u korist pacijenta čijim kršenjem se može doći i pod kaznenu odgovornost. Stoga je izloženo dostatno argumenata kako bi se moglo tvrditi da liječnik koji postupa u dobroj vjeri za svoje eventualne pogreške ne bi trebao snositi niti kaznenu niti odštetno pravnu, a niti bilo kakvu drugu odgovornost (prekršajnu, stegovnu). To nipošto ne znači da liječnik ne bi snosio nikakve posljedice zbog nenamjernih pogrešaka, dapače, ustanova ili liječnik koji obavlja privatnu praksu dužan je obeštetiti oštećenog, a ovaj se može obeštetiti i od osiguratelja rizika liječničke pogreške.

Ključne riječi: pacijent, liječnici, prava i obveze, kazneno pravo

1. UVOD

Ustav Republike Hrvatske[1] člankom 58. jamči svakome pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, što znači da je zdravlje nacije dignuto na rang ustavnih vrednota. Istovremeno zdravstvena djelatnost je djelatnost od posebnog društvenog interesa[2] i služi istom cilju - pravu pacijenta na zdravstvenu zaštitu. Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstveni djelatnici - liječnici, stomatolozi, ljekarnici, zdravstveni radnici ali i zdravstveni suradnici[3].

Prema odredbi članka 2. Zakona o liječništvu[4], **liječnik je** zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine, **temeljni i mjerodavni nositelj zdravstvene djelatnosti**.

---

1 Narodne novine broj 41/01. – *pročišćeni tekst,* 55/01., 76/10., 85/10. i 5/14.

2 Prema članku 24. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: ZZZ) zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja ... koju ...obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite.

3 Prema čl. 129. ZZZ : "Zdravstveni suradnici su osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite (dijagnostički i terapijski postupci). ..."

4 Narodne novine broj 121/03. i 117/08.

S druge strane pravo na rad i sloboda rada također su među vrednotama zaštićenim Ustavom (članak 54. stavak 1.), što znači da liječnici (i drugi zdravstveni djelatnici) imaju pravo svoju djelatnost obavljati slobodno i bez straha.

Liječnik i pacijent ponekad se nalaze u konfliktnoj situaciji sa aspekta kvalitete pružene liječničke usluge i možebitne odštetne ili čak i kaznene odgovornosti liječnika te je nužno naći pošteno ravnovjesje između prava pacijenata i prava liječnika.

Slažemo se sa onima koji tvrde da je "... stanje zdravlja ljudi *par excellence* pitanje svake društvene zajednice ... Odnos partnerstva i ugovorne suradnje između liječnika i pacijenta ipak ne smije značiti da su njihove uloge u procesu liječenja baš potpuno, mehanički (50:50) izjednačene. Uloga liječnika mora biti i ostati dominantna ...".[5]

Polazimo od premise da su i pravna i medicinska znanost u neprestanom razvoju i da je društvena obveza zakonodavca da u kreiranju *medicinskog prava* koristeći povijesno pravnu, komparativno pravnu, statističku i druge metode znanstvenog istraživanja iznjedri takav pravni okvir za nesmetano i slobodno obavljanje zdravstvene djelatnosti koji će zdravstvene djelatnike[6] lišiti svakog straha u obavljanju svog plemenitog i odgovornog posla, jer je strah uvod u nesigurnost, a nesigurnost rađa pogreške.

Smatramo da liječnici i zdravstveni djelatnici uopće u obavljanju svoje djelatnosti imaju pravo na pravnu sigurnost i slobodu u radu, naravno uz potpunu svijest na dužnost postupanja po prihvaćenih pravilima struke (iako se ovdje ne radi o nekim strogim, pisanim pravilima već o znanstvenim spoznajama koje su provjerene u praksi pa bismo mogli govoriti i o svojevrsnom zdravstvenom standardu) te na dužnost neprestanog stručnog usavršavanja i praćenja znanstvenih dostignuća.

U ovom radu prikazat ćemo samo one segmente kaznenog prava koji su od bitnog značaja za zdravstvene djelatnike koji u obavljanju zdravstvene djelatnosti mogu doći pod udar kaznene odgovornosti, kako bi svoje stručno osposobljavanje te pristup pacijentu podesili tako da izbjegnu takvu vrstu odgovornosti. Ovo tim prije što kaznena odgovornost kada je pravomoćno utvrđena, povlači i odgovornost za pričinjenu štetu[7], može biti kumulirana sa

[5] Radolović, A., *Pravo na život, zdravlje, dostojanstvo i privatnost (prava osobnosti) kao temelji građanskog medicinskog prava,* Zbornik radova s međunarodnog simpozija "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti", Plitvice 13.-14. studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. 103.-122.

[6] Pod ovaj pojam podvodit ćemo liječnike, zdravstvene radnike i zdravstvene suradnike jer svi oni obavljaju zdravstvenu djelatnost

[7] O tome vidjeti između ostalog Klarić A., Cvitkovć, M., *Vrste i načini odgovornosti unutar*

stegovnom (disciplinskom)[8], a ponekad i sa prekršajnom odgovornošću. Kao nužna posljedica je i moralna odgovornost te socijalna difamacija liječnika. Polazimo od premise da je ovakva kumulacija odgovornosti suviše tegobna za liječnika jer se može naći pod tim *Damoklovim mačem* čak i kada je postupao u dobroj vjeri, a to svakako treba izbjeći.

Pritom se načelno možemo složiti sa onima koji tvrde da "*... postupci liječenja...u kojima dolazi do invazivnih zahvata u ljudsko tijelo, skopčani su sa rizikom za život ili zdravlje pacijenta, te ukoliko su nepravilno izvedeni mogu imati najteže posljedice po zdravlje i život čovjeka. Upravo zbog toga je i kaznenopravna prisila (a ne samo moralna, stegovna ili građanskopravna odgovornost) legitiman mehanizam za osiguranje kvalitete zdravstvenih usluga. ... ali samo u slučajevima namjere i grube nepažnje ...*".[9]

Poznato je da glede kaznene odgovornosti liječnika (i drugih osoba koje obavljaju zdravstvenu djelatnost) postoje dva osnovna kaznenopravna sustava. Prema jednom pristupu (npr. njemačko i austrijsko kazneno pravo) ne postoje posebna kaznena djela zdravstvenih djelatnika već oni odgovaraju za opće inkriminacije iz kaznenog zakona (npr. mogu odgovarati za ubojstvo, nehajno prouzročenje smrti ili namjerno ili nehajno nanošenje tjelesne ozljede) dok drugi kaznenopravni sustavi predviđaju posebno kazneno djelo nesavjesnog liječenja i druga djela protiv zdravlja ljudi koja su *delicta propria*[10] zdravstvenih djelatnika. Hrvatsko kazneno pravo prihvaća ovaj drugi sustav koji je tegobniji za liječnike što ćemo pokušati dokazati u ovom radu.

Posebice ćemo dati osvrt na zakonsko uređenje nekih od temeljnih prava pacijenata i pokušati dati odgovor na pitanje jesu li prava pacijenata u sukobu sa pravima liječnika, posebice sa aspekta liječenja na zahtjev.

---

tima, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice 11.-13. studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. 215. i dalje

8 O tome više Veselić, I.: *Disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika s pregledom sudske prakse*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice 11.-13. studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str 193. i dalje

9 Tako i Kurtović Mišić, A., *Osnove kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika,* Zbornik radova s međunarodnog simpozija "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti", Plitvice 13.-14. studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. 193. i dalje

10 To su kaznena djela koja ne može počiniti svatko već samo osobe koje imaju određeno svojstvo - ovdje zdravstveni djelatnici

2. PRAVA PACIJENATA

Prava pacijenata[11] uređena su Zakonom o zaštiti prava pacijenata.[12] Tim Zakonom svakome pacijentu jamči jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstvenome stanju, a ***sukladno opće prihvaćenim stručnim standardima***.

Osnovna prava pacijenta zajamčena zakonom su:

- pravo na obaviještenost i pravo na suodlučivanje,

- pravo na tzv. drugo stručno mišljenje,

- pravo na prihvaćanje, odnosno odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata,

- pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove,

- pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji,

- pravo na naknadu štete.

Tu su još i pravo na zaštitu kod sudjelovanja u kliničkim ispitivanjima, pravo na povjerljivost, pravo na privatnost i pravo na održavanje osobnih kontakata.

2.1. Pravo na obaviještenost i pravo na suodlučivanje

Prema članku 6. Zakona o zaštiti prava pacijenata, pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Međutim, da bi pacijent mogao dati svoj pristanak ili odbiti neki zahvat prethodno mora biti potpuno obaviješten o stanju svoga zdravlja, odnosno bolesti [13] na način koji treba biti razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje,

---

[11] Pacijentom u smislu tog zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

[12] Narodne novine broj 169/04., 37/08.

[13] Prema čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o:
– svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
– preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,
– mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
– svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
– mogućim zamjenama za preporučene postupke,
– tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,
– daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
– preporučenom načinu života,
– s njegovim pravima iz zdravstvenog osiguranja

in validitet ili mentalne sposobnosti pacijenta.[14] Pacijent ima pravo odbiti primitak informacije o svome zdravstvenom stanju.[15]

Tek nakon konzumacije prava na obaviještenost pacijent može valjano konzumirati pravo na sudjelovanje u donošenju odluke te dati svoj pristanak ili odbiti neki zahvat.[16]

2.2. Pravo na tzv. drugo stručno mišljenje

Ovo pravo omogućuje pacijentu da zatraži drugo mišljenje. Drugo stručno mišljenje pacijentu je, na usmeni ili pisani zahtjev, obvezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu.

2.3. Pravo na prihvaćanje, odnosno odbijanje medicinskog postupka ili zahvata[17]

Svaki pacijent ima pravo odbiti bilo kakvu intervenciju, preporučeni operativni zahvat ili neki terapijski postupak, osim ako bi nepoduzimanje takvog zahvata bilo opasno po život ili izazvalo trajna oštećenja zdravlja.

Svoj pristanak kao znak prihvaćanja preporučenog medicinskog postupka pacijent daje potpisivanjem tzv. **obrasca suglasnosti**.[18]

---

[14] O tome iscrpnije vidjeti Bagić, S.: *Informirani pristanak u sudskoj praksi*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija"*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. 255-275, Muzur A., Rinčić I. : *Obaviješteni pristanak u Hrvatskoj danas: Biotehnički i sociološki aspekt,* Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. *str. 249-254.*

[15] U tom slučaju mora odluku potvrditi potpisanom izjavom te može odrediti osobu koja će umjesto njega primati obavijesti o njegovom zdravstvenom stanju. Međutim kod tog prava postoji iznimka. Pacijent, naime, ne može odbiti primitak obavijesti o svom zdravstvenom stanju u slučaju kada je priroda bolesti takva, da može ugroziti zdravlje drugih ljudi. To su prvenstveno teže zarazne bolesti: tuberkuloza, SIDA, SARS, velike boginje i sl., zatim spolno prenosive bolesti itd.

[16] Prema čl. 7. Zakona o zaštiti prava pacijenata pacijentovo pravo na suodlučivanje može se iznimno ograničiti samo kada je to opravdano njegovim zdravstvenim stanjem u slučajevima i na način posebno određenim tim Zakonom. Pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

[17] Čl. 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata

[18] Za osobe koje nisu sposobne dati svoj voljni pristanak potpisivanjem izjave (maloljetna osoba, osoba bez svijesti, osoba s težom duševnom smetnjom te poslovno nesposobna osoba) obrazac suglasnosti potpisuje zakonski zastupnik ili skrbnik. Iznimno, ako se radi o neodgodivom medicinskom zahvatu kada bi njegovo nepoduzimanje ili

2.4. Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove

Pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima kada može ugroziti vlastiti život, zdravlje i sigurnost ili život, zdravlje i sigurnost drugih osoba.[19]

O namjeri napuštanja ustanove pacijent mora dati pisanu izjavu ili usmenu izjavu pred dva istovremeno nazočna svjedoka koji potpisuju izjavu o namjeri pacijenta da napusti ustanovu.

Pisana izjava prilaže se u medicinsku dokumentaciju pacijenta.[20]

2.5. Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji[21]

Pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti.

Pacijent ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije. Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.

U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

Te osobe imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije.[22]

Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju od strane srodnika pacijent daje pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika.

---

odgađanje ugrozilo život pacijenta ili prouzročilo trajna i teža oštećenja zdravlja, tada se zahvat i medicinski postupci mogu poduzimati i bez potpisanog pristanka, ali samo dok ta opasnost traje. U slučajevima kada je pacijentu ugrožen život ili mu prijeti trajno teže oštećenje zdravlja te u slučaju ako je priroda bolesti takva da pacijent može ugroziti život ili zdravlje drugih ljudi, za poduzimanje neodgodivih medicinskih postupaka pacijentu se pravo odlučivanja privremeno ograničava, odnosno oduzima

19 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Narodne novine broj 76/14.

20 Podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave nadležan zdravstveni radnik obvezan je upisati u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Ako to nalaže zdravstveno stanje pacijenta nadležan zdravstveni radnik o napuštanju zdravstvene ustanove bez najave obvezan je obavijestiti nekog od bližih srodnika (iz članka 25. stavka 2. čl. 23. Zakona o zaštiti prava pacijenata), a nadležna tijela u slučajevima određenim posebnim propisima. Ako je pacijent nesposoban za rasuđivanje, odnosno maloljetan nadležan zdravstveni radnik obvezan je obavijestiti njegova zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika

21 Čl. 23. Zakona o zaštiti prava pacijenata

22 Čl. 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata

2.6. Pravo na naknadu štete

Pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznoga prava.[23]

2.7. Pravo na povjerljivost

Svi podaci o zdravstvenom stanju pacijenta su profesionalna tajna i mogu se davati samo onima koje je pacijent ovlastio. Također, ti se podaci ne mogu davati osobama za koje je pacijent to zabranio. Pod povjerljivim podacima podrazumijeva se ne samo dijagnoza i zdravstveno stanje, već i sam boravak u zdravstvenoj ustanovi.

2.8. Pravo na privatnost

Pri svakom pregledu, dijagnostičkom ili terapijskom postupku kao i prilikom održavanja osobne higijene pacijent ima pravo na maksimalno moguću privatnost.

2.9. Pravo na održavanje osobnih kontakata

Kao što pacijent ima pravo na posjetitelja, prema kućnom redu bolnice, tako ima pravo dati izjavu i zabraniti posjetu određenim osobama.

2.10. Pravo na zaštitu kod sudjelovanja u kliničkim ispitivanjima

Pacijent se ne smije uključiti u kliničko ispitivanje (npr. djelovanja novoga lijeka) ako pacijent ili njegov zakonski zastupnik ili skrbnik ne da pristanak, odnosno potpiše suglasnost za taj postupak. To podrazumijeva da je pacijent potpuno obaviješten o prirodi, značaju i načinu kliničkoga ispitivanja te o svim mogućim rizicima i posljedicama tog ispitivanja.

Testovi koji ukazuju na genetske bolesti ili služe za identifikaciju pacijenta kao i zahvati usmjereni na promjeni genoma moći će se obavljati zapravo samo pod uvjetima koji vrijede i za klinička ispitivanja.

2.11. Kaznene odredbe

Za povredu navedenih prava pacijenata propisane su visoke novčane kazne kako za ustanovu[24], tako i za odgovornu osobu ustanove[25] te za zdravstvene djelatnike.[26]

[23] Čl. 29. Zakona o zaštiti prava pacijenata

[24] Prema čl. 41. Zakona o zaštiti prava pacijenata zdravstvena ustanova kaznit će se za prekršaj novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna.

[25] Za isti prekršaj kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi.

[26] Prema čl. 42. Zakona o zaštiti prava pacijenata novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00

2.12. Institucije za zaštitu prava pacijenata

Zakon o zaštiti prava pacijenata institucionalizirao je dvije razine zaštite - Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata u svakoj županiji i Gradu Zagrebu[27] i na Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata nacionalnoj razini na kojoj djeluje Povjerenstvo za zaštitu i promicanje pacijenta Ministarstva zdravlja.[28]

Županijsko povjerenstvo prati povrede pojedinačnih prava pacijenata i bez odgađanja obavještava Povjerenstvo Ministarstva zdravlja o težim povredama prava pacijenata. U zaštiti prava pacijenata vrlo značajna je i ovlast Povjerenstva da obavještava javnost o povredama prava pacijenata.

Povjerenstvo ima pravo pristupa u prostorije u kojima se obavlja zdravstvena djelatnost te pravo uvida u način ostvarivanja prava pacijenata u pojedinoj ustanovi.

Nakon što izvrši uvid u ostvarivanje prava pacijenata Povjerenstvo će sačinit izvješće i najkasnije roku od 8 dana obavijestiti nadležne inspekcijske službe (zdravstvenu, sanitarnu), odnosno tijela koja po posebnim zakonima obavljaju nadzor nad radom zdravstvenih djelatnika, a to su tijela pojedinih strukovnih komora u zdravstvu.[29]

Povratnu informaciju o poduzetim mjerama navedena tijela obvezna su dostaviti županijskom povjerenstvu najkasnije u roku od 30 dana, a ako se radi o hitnim slučajevima onda bez odgađanja.

Ako učinjena povreda prava pacijenata istodobno čini određeno kazneno djelo, odnosno prekršaj, nadležna inspekcija, odnosno komora dužna je podnijeti kaznenu, odnosno prekršajnu prijavu i o istome obavijestiti povjerenstvo. O ishodu postupka povjerenstvo je u obvezi obavijestiti pacijenta.

Državno Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata prati provedbu ostvarivanja prava pacijenata, raspravlja o izvješćima županijskih povjerenstava, daje mišljenja, preporuke i prijedloge nadležnim tijelima i surađuje s međunarodnim i domaćim tijelima i organizacijama na području zaštite prava i promicanja prava pacijenata.

---

do 10.000,00 kuna kaznit će za isti prekršaj zdravstveni radnik, a ista kazna propisana je i za privatnog zdravstvenog radnika

[27] Povjerenstvo ima pet članova koje na temelju javnog poziva imenuje skupština jedinice područne (regionalne) samouprave iz redova pacijenata, nevladinih udruga i stručnjaka na području zaštite prava pacijenata.

[28] Ovo Povjerenstvo ima sedam članova od kojih tri čine predstavnici udruga za zaštitu prava pacijenata, jedan je predstavnik medija, a tri su predstavnici Ministarstva zdravlja.

[29] Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora primalja i Hrvatska komora zdravstvenih radnika

2.13. Zaključno o pravima pacijenata

Smatramo kako možemo s pravom zaključiti da su prava pacijenata na zakonodavnom i institucionalnom planu temeljito i sveobuhvatno uređena i zaštićena, posebice kada se k tome doda da postoje prilično snažne udruge civilnog društva za zaštitu i promicanje prava pacijenata.

3. PRAVA I DUŽNOSTI LIJEČNIKA

3.1. IZ KODEKSA MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE[30]

Naspram prava pacijenta, prava liječnika propisana su Zakonom o liječništvu, Zakonom o radu, kolektivnim ugovorima, ali nigdje cjelovito i nigdje zasebno. Čak i Kodeks medicinske etike i deontologije govori **gotovo isključivo o dužnostima liječnika** te etičkim normama koje obvezuju liječnika u radu i životu.

Prema temeljnim načelima sadržanim u čl. 1. Kodeksa liječniku je časna obveza svoje životno usmjerenje i struku posvetiti čovjekovom zdravlju.[31]

Liječničku će pomoć pružati jednako svima, bez obzira na dob, spol, rasu, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući pri tome ljudska prava i dostojanstvo osobe.

Svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva **održavajući visoke standarde stručnog rada** i etičnog ponašanja prema pacijentu i njegovim bližnjima te zdravim osobama.

U svojem će djelovanju **čuvati ugled i dostojanstvo liječničkog staleža** i časno se odnositi prema kolegama.

Svoje znanje i umijeće uvijek će odgovorno primjenjivati u skladu s načelima ovoga Kodeksa.

Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući zdravlje i dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom.

Svoj će posao obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući pacijenta ni emotivno, ni tjelesno ni materijalno.

Osim redovite nagrade za liječnički rad, u obliku plaće ili honorara, i zadovoljstva što je pomogao pacijentu, drugo stjecanje materijalne ili bilo koje druge koristi iz njegova liječničkog rada, kao i uvjetovanje zdravstvene usluge darom protivno je ovom Kodeksu.

Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć.

---

[30] Narodne novine broj 55/08., 139/15.

[31] U tom smislu on će **poštovati ljudski život od njegova početka do smrti**, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti.

Pregled i pružanje liječničke pomoći djeci i maloljetnim osobama liječnik će učiniti uz suglasnost roditelja ili skrbnika, odnosno starijih najbližih punoljetnih članova obitelji, osim u hitnim slučajevima.

Liječnik će primijeniti najprikladniji postupak, a otkloniti zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život djeteta i maloljetne osobe i uskratiti mjere zdravstvene skrbi.

Liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu te samo ono liječenje koje je u skladu s provjerenim spoznajama suvremene medicinske znanosti. Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka te pobuđivanje lažne nade u pacijenata i njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike.

U svojem postupku s pacijentom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi. **Nepotrebne preglede i liječenje neće provoditi, bez obzira na to tko snosi troškove skrbi za bolesnika.**

Za vrijeme svoje odsutnosti liječnik će, sukladno okolnostima i mogućnostima, nastojati osigurati stalnu medicinsku skrb svojih pacijenata.

Ako potrebe liječenja pacijenta prelaze liječnikove mogućnosti, znanje ili vještine, on je obvezan pacijenta uputiti na skrb drugom liječniku koji takve potrebe može ostvariti i koji je dužan odazvati se takvoj molbi. Ako sam pacijent isto zatraži, predat će ga na skrb drugom liječniku. Ako liječnik ocijeni da su mu u skrbi za pacijenta potrebni stručni savjeti drugih liječnika zatražiti će njihov savjet.

Ako se pacijent, koji je dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban samostalno odlučivati, ne ponaša sukladno preporukama liječnika glede prevencije i liječenja bolesti, liječniku je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može liječnik postupiti prema pacijentu koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći.

Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci.

Liječnik neće primjenjivati znanstveno neprovjerene stvari i postupke namijenjene liječenju.

Obveza je svakog liječnika sačuvati autonomiju u donošenju stručnih odluka.

Jedino pravo koje liječnik ima prema Kodeksu je **pravo na priziv savjesti** ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrožava život pacijenta.[32] I u tom slučaju o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti nadređene i pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.

[32] Ovo pravo predviđeno je i čl. 20. Zakona o liječništvu

4. NESAVJESNO LIJEČENJE KAO JEDNO OD NAJČEŠĆIH KAZNENIH DJELA PROTIV ZDRAVLJA LJUDI KAO DELICTA PROPRIA

Koristili smo podatke da su "... *nesavjesno liječenje i nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima u sudskoj praksi najzastupljenija kaznena djela koja čine zdravstveni djelatnici, ... da je gotovo dvije trećine svih kaznenih prijava odbačeno od strane nadležnog državnog odvjetništva kao neosnovane, ..., a u slučajevima osuđujućih presuda u najvećem broju da su u izrečene uvjetne osude (80%) te novčana kazna što pokazuje da je praksa kaznenog sudovanja prema zdravstvenim djelatnicima vrlo 'benevolentna' ... Slučajevi namjernog ozljeđivanja pacijenta vrlo su rijetki u sudskoj praksi te se praktički odgovara isključivo za nepažnju (nehaj-culpa). Pritom je sporno radi li se o krajnjoj (gruboj) nepažnji ili nemarnosti (običnoj nepažnji)...*"[33]

Nije li to dostatan pokazatelj zakonodavcu da nešto mora izmijeniti u koncepciji zakona, jer je očito da državno odvjetništvo ima opravdanih razloga biti "benevolentno" prema liječničkoj pogrešci, ali isto tako i sudovi (sada državni odvjetnici) u otvaranju istrage i odmjeravanju kazne.

Nesavjesno liječenje sankcionirano je člankom 181. KZ/11. Iz samog zakonskog teksta vidljivo je da se za počinjenje kaznenog djela traži primjena **očito nepodobnog sredstva ili očito nepodoban način liječenja** dakle svakog sredstva ili načina liječenja koji je **u očitoj suprotnosti s dostignućima i pravilima medicinske znanosti**. Očito nesavjesno postupanje tijekom pružanja zdravstvene usluge odnosi se na očitu površnost, očiti nemar, očitu brzopletost te svaki očito nesavjesni postupak pri obavljanju zdravstvene djelatnosti. Nije svaka površnost, nemar ili brzopletost ili svako odstupanje od pravila struke kazneno djelo.

Kriterij razlikovanja je pažnja prosječnog liječnika odnosno prosječnog zdravstvenog radnika ili suradnika, dakle pažnja dobrog stručnjaka jer mi smatramo da je u Republici Hrvatskoj nivo medicinske izobrazbe liječnika i zdravstvenih djelatnika na visokom nivou i da je prosječan liječnik dobar liječnik, te da nam mjerilo ne smije biti nadprosječno obrazovan stručnjak.

Ovo naše stajalište nalazi potkrijepu i u odluci Vrhovnog suda Republike Hrvatske broj: IV Kž-244/2002-3 od 26. lipnja 2003. godine prema kojemu "... *će u kaznenopravnom smislu odgovornost postojati samo u slučajevima očiglednog postupanja i uopće nesavjesnog postupanja u suprotnosti s pravilima struke i znanosti, da je* ***nehat u pravilu određen kriterijima standarda pažnje običnog, razboritog čovjeka*** *te da se od nikoga ne traže izvanredne sposobnosti. Stoga i eventualna pogrešna prosudba u teškim slučajevima kao što je bez sumnje bio ovaj u kaznenopravnom smislu ne konstituira odgovornost za nehat ...*".

[33] op. cit. 9. str. 4.

Iz zakonskog opisa ovog kaznenog djela razvidno je da se isto može počiniti s namjerom ili iz nehaja.

Prema odredbi članka 28. stavka 2. KZ/11 počinitelj postupa s izravnom namjerom (lat. *dolus directus*) kad je svjestan obilježja kaznenog djela i hoće ili je siguran u njihovo ostvarenje.[34] Teško je zamislivo da bi zdravstveni djelatnik promatrano kazneno djelo počinio sa izravnom namjerom[35] jer bi time počinio sasvim drugo kazneno djelo npr. ubojstvo ili nanošenje teške tjelesne povrede. Uostalom, zar sami naziv inkriminacije "nesavjesno liječenje" ne upućuje na nehaj, nepažnju, nemar, lakomislenost, što nije svojstveno postupanju sa izravnom namjerom?

Prema odredbi članka 28. stavka 3. KZ/11 *počinitelj* postupa s neizravnom namjerom (*lat. dolus indirectus*) kad je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela (ovdje nesavjesnog liječenja) pa na to pristaje. Da nije dogmatski sporne konstrukcije *namjere povređivanja i namjere ugrožavanja*[36] (da se u odnosu na nesavjesno liječenje traži neizravna namjera, a za posljedicu po zdravlje pacijenta da je dostatan i nehaj), teško bi bio zamisliv slučaj nesavjesnog liječenja koje bi se moglo podvesti pod izravnu ili neizravnu namjeru kao oblik krivnje.

Zato smatramo da bi *de lege ferenda* postupanje sa namjerom (izravnom i neizravnom) trebalo izostaviti iz zakona, u čemu ne bismo bili iznimka jer kao što je već rečeno ovakvih zasebnih kaznenih djela ne sadrži njemački (a niti austrijski) Kazneni zakon.

I za nehajno postupanje kod kaznenog djela nesavjesnog liječenja nalazimo određene dogmatske prijepore. Prema odredbi članka 29. stavka 2. KZ/11 počinitelj postupa sa svjesnim nehajem (*lat. luxuria* - objest, razuzdanost) kad je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, ali lakomisleno smatra da se to neće dogoditi ili da će to moći spriječiti. Dakle, lakomislenost je temeljna kvaliteta postupanja sa svjesnim nehajem, *počinitelj ostvarenje djela smatra mogućim, ali ga ne želi počiniti.*[37]

Prema odredbi članka 29. stavka 3. KZ/11 počinitelj postupa s nesvjesnim nehajem (lat. *negligentia* - nemarnost, bezbrižnost) kad nije svjestan da može

---

[34] Tako i Novoselec, P., Bojanić, I., *Opći dio kaznenog prava*, Pravni fakultet sveučilišta Zagrebu, Zagreb, 2013. str. 238.

[35] Neki smatraju da je to moguće i daju primjere za to *(Kurtović Mišić, A., Sokanović, L., Namjera kao stupanj krivnje u počinjenju kaznenih djela zdravstvenih radnika*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice 11-13 studenog 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu, str. 128. i dalje

[36] Novoselec, P., Bojanić, I., op. cit. 10. str. 245. smatraju da je riječ o "... ne malim teoretskim i praktičnim poteškoćama ..."

[37] Pavlović, Š., *Kazneni zakon,* Libertin, Rijeka 2012. str.58.

ostvariti obilježja kaznenog djela, iako je prema okolnostima bio dužan i prema svojim osobnim svojstvima mogao biti svjestan te mogućnosti.

Znanstveno je nužno postaviti pitanje može li se odgovornost liječnika (i drugih medicinskih djelatnika) za nesavjesno liječenje *de lege ferenda* preurediti na način da se suzi područje kaznene odgovornosti u korist građanskopravne odgovornosti.

Pravo na život zajamčeno je člankom 2. stavkom 1. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda.[38] Pravo na život inkludira i pravo na zaštitu svekolikog tjelesnog integriteta što znači i pravo na zaštitu protiv svakog namjernog ugrožavanja ili oštećenja zdravlja. Pravo na život jamči i Ustav Republike Hrvatske (članak 21. Ustava).

Kazneno zakonodavstvo Republike Hrvatske s pravom je ustanovilo kaznenu odgovornost za nehajno prouzročenje smrti jer se smrću neke osobe dokida njeno pravo na život. Ukoliko pođemo od načela supsidijarnosti kaznenog prava (gdje kazneno pravo nastupa tamo gdje građansko, disciplinsko (stegovno) ili prekršajno pravo ne pružaju dostatnu zaštitu), postavlja se pitanje treba li za nehajno prouzročenje smrti kazneno odgovarati i liječnik, posebice treba li odgovarati za nesvjesni nehaj čije smo subjektivne komponente prethodno raščlanili.

Treba li kazneno odgovarati liječnik koji u nekom hitnom slučaju ili svakom drugom slučaju, postupa vođen željom da pomogne bolesnoj osobi, u situaciji kada nije svjestan da metoda ili postupak koji primjenjuje može ugroziti zdravlje ili život pacijenta, ali bi prema svojim osobnim svojstvima toga trebao biti svjestan? Kod nesvjesnog nehaja nema niti intelektualne niti voljne komponente krivnje, niti sa aspekta ugrožavanja zdravlja niti glede posljedice. Stoga bismo teško mogli opravdati zaključak da liječnik treba odgovarati za nesvjesni nehaj. Liječnik je dužan pacijentu pružiti liječničku pomoć ne samo kada ordinira u toku radnog vremena, nego bez odgađanja, uvijek i svugdje kada prijeti opasnost za zdravlje i život neke osobe, jer u protivnom čini kazneno djelo nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima iz članka 183. KZ/11. Postavlja se pitanje u čemu se ogleda protupravnost njegova čina? Pa on je bio dužan priskočiti u pomoć i to je učinio, dakle nije postupao *contra legem*.

Na mogućnost dekriminalizacije medicinskog nehaja upućuje stajalište koje je zauzeo Europski sud za ljudska prava u predmetu **Velikog vijeća *Vo protiv Francuske*** *(2004.)* a koje glasi: "... **ako povreda prava na život ili tjelesni integritet nije uzrokovan namjerno pozitivna obveza nametnuta člankom 2. da se ustanovi djelotvorni pravosudni sustav ne mora nužno značiti osiguranje kaznenog pravnog sredstva u svakom slučaju. U specifičnom**

[38] Narodne novine - Međunarodni ugovori broj 6/99.

području medicinskog nehata obveza se primjerice također može ispuniti ako pravni sustav oštećenom nudi pravno sredstvo u građanskom sudu bilo samostalno bilo zajedno s pravnim sredstvom u kaznenom sudu, što dopušta da se ustanovi moguća zakonska odgovornost liječnika i postigne odgovarajuća građanska zadovoljština kao što su nalog za odštetu i objavljivanje odluke. Također se mogu predvidjeti disciplinske mjere ..."[39]

Zakonodavac u Republici Hrvatskoj opredijelio se za široko kažnjavanje zdravstvenih djelatnika. Ovakvim širokim propisivanjem mogućnosti kažnjavanja zdravstvenih djelatnika te velikim aktivizmom udruga koje se bave zaštitom prava pacijenata kao i agilnošću pacijenata, odnosno njihovih srodnika da ostvare pravo na odštetu, postoji opasnost (po mišljenju autora ovog rada) da se među liječnike uvuče strah od obavljanja liječničke djelatnosti iako je riječ o djelatnosti koja u svojoj primjeni treba biti lišena svakog straha jer to ugrožava njihovu slobodu rada i pravo na rad.

Ako bismo prihvatili tezu da bi liječnici trebali kazneno odgovarati samo za svjesni nehaj, koji se pojmovno može donekle poistovjetiti sa grubom nepažnjom (rekli smo da je gruba nepažnja pojam svojstven građanskopravnom odštetnom pravu), onda bismo značajno suzili područja odgovornosti liječnika.

Ako bismo posve isključili kazneni progon za nehaj to bismo učinili sa značajnim razlozima jer u konačnici i pacijenti moraju snositi rizik nesavršenosti zdravstvenog sustava te medicinskih materijala i opreme koji se primjenjuju u liječenju, pri čemu im stoji na raspolaganju pravo na obeštećenje u građanskom postupku kako od ustanove u kojoj je liječen pogrešnim sredstvima i metodama tako i od osiguratelja rizika pogrešnog liječenja. Jer sama kaznena odgovornost nedostatna je satisfakcija oštećeniku bez imovinskog obeštećenja, ali ne i obrnuto, imovinska satisfakcija u slučaju medicinskog nehaja dostatno je obeštećenje i nema potrebe za kaznenopravnom retribucijom kao svojevrsnom odmazdom prema liječniku.

Odredbu o nesavjesnom liječenju čak i u postojećem sustavu kažnjivosti trebalo bi preispitati i glede visine propisanih kazni jer je apsurdno da prema odredbi članka 181. stavka 8. u svezi sa stavkom 4. KZ/11 za nehajno prouzročenje smrti pri pružanju medicinske usluge zakonodavac propisuje kaznu zatvora od 1 - 8 godina, a za prouzročenje smrti iz nehaja u svim ostalim slučajevima u članku 113. propisuje kaznu od 6 mjeseci do 5 godina, ne vodeći računa o tome da je liječnik u pružanju liječničke pomoći uvijek vođen razlozima humanosti i zakonskom obvezom da pruži pomoć pacijentu, a da se ostala nehajna prouzročenja smrti ne temelje na humanim razlozima, dapače.

---

[39] Vidi Omejec, J., Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u praksi Europskog suda za ljudska prava, Zagreb 2014., str. 465.

5. O PRAVU PACIJENTA NA ODABIR ODREĐENOG DIJAGNOSTIČKOG POSTUPKA

U situaciji kada se radi o zdravom pacijentu koji se obraća liječniku radi preventivnih kontrolnih pregleda smatramo da nema "opasnosti" od ozbiljnijih konflikata osim ako pacijent traži dijagnostičke postupke koji nisu potrebni niti ekonomski opravdani. U takvoj situaciji liječnik može odbiti primjenu takvih postupaka ukoliko je riječ o državnim zdravstvenim ustanovama.[40]

Ukoliko se radi o privatnim zdravstvenim ustanovama koje uz određen cjenik naplaćuju svoje usluge smatramo da se radi o neformalnom ugovoru o liječenju gdje je liječnik dužan upozoriti pacijenta na bespotrebnost takvog postupka, ali ga je na izričit zahtjev pacijenta dužan provesti uz novčanu naknadu.

Ukoliko se radi o pacijentu kojem je dijagnosticirana određena bolest prema već naprijed izloženom, zdravstveni radnik, najčešće liječnik dati će mu podrobne obavijesti o naravni bolesti, mogućim načinima liječenja i mogućim posljedicama svakog od njih, pa ukoliko pacijent odabere jedan od mogućih i indiciranih postupaka, liječnik će se opredijeliti za taj postupak, a po potrebi pribaviti pisani pristanak pacijenta.[41]

Ukoliko pacijent želi primjenu postupka koji nije indiciran, koji je nepotreban ili čak štetan, liječnik ima pravo odbiti takav postupak.

Također će liječnik odbiti primjenu onih postupaka koji su nepotrebni i skupi jer je prema već naprijed izloženim dužnostima dužan voditi računa o racionalnom trošenju novčanih sredstava namijenjenih zdravstvu.

Međutim, ukoliko je riječ o određenim zahvatima na tijelu zdravog pacijenta koji se poduzimaju na zahtjev pacijenta u estetske svrhe tada liječnik koji ima odgovarajući stupanj specijalizacije nema ovlast odbiti takav zahvat osim u slučaju kada bi njegovo izvođenje bilo protivno pravilima struke ili bi moglo proizvesti ozbiljne štetne posljedice po zdravlje pacijenta čak i u slučaju kada bi taj zahvat bio izveden sukladno pravilima struke.

Međutim, i u slučaju kada se izvodi određeni zahvat na tijelu pacijenta na njegov zahtjev, a u skladu s pravilima struke, takav zahvat liječnik je dužan izvesti savjesno i brižljivo pazeći pritom da ne ošteti zdravlje pacijenta ili mu

---

[40] Već smo prethodno izložili da će prema Kodeksu "... liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi. Nepotrebne preglede i liječenje neće provoditi, bez obzira na to tko snosi troškove skrbi za bolesnika".

[41] Prema čl. 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata svaki pacijent ima pravo odbiti bilo kakvu intervenciju, preporučeni operativni zahvat ili neki terapijski postupak, osim ako bi nepoduzimanje takvog zahvata bilo opasno po život ili izazvalo trajna oštećenja zdravlja. Svoj pristanak kao znak prihvaćanja preporučenog medicinskog postupka pacijent daje potpisivanjem tzv. **obrasca suglasnosti**.

ugrozi život jer može doći pod udar kaznene, građanskopravne i stegovne odgovornosti (poznati slučaj kada je prilikom kirurškog zahvata na nosu pacijentice došlo do smrti iste pri čemu su kazneno odgovarali i pravomoćno osuđeni i liječnik i anesteziolog).[42]

Iz izloženog je za zaključiti da unatoč prividnoj regulatornoj disharmoniji na relaciji liječnik pacijent kada se stvari pravilno postave sukoba ne bi trebalo biti pod uvjetom da liječnik savjesno i brižljivo sukladno pravilima struke obavlja svoj posao poštujući pritom dostojanstvo pacijenta te ukoliko pacijent sa dužnim poštovanjem dolazi pred osobu od koje traži i s pravom očekuje pomoć pri otklanjanju zdravstvenih tegoba.

Ako se radi o zahtjevu da se porodi carskim rezom zdrave pacijentice, sa urednom trudnoćom, bez indikacija za carski rez, mišljenja smo da liječnik ima pravo odlučiti se za prirodan porod i odbiti takav zahvat, ali neće postupiti *contra legem* niti ako se odluči na carski rez, uz prethodno pribavljanje zahtjeva i suglasnosti koje potpisuje pacijentica, naravno uz prethodnu informiranost o svim mogućim rizicima i posljedicama.

6. ZAKLJUČAK

Evidentno je da se kaznenopravna odgovornost liječnika komparativno uređuje na različite načine, ponekad dijametralno suprotne. Smatramo da bi

[42] U odluci broj: U-III-440/2014 od 26. studenoga 2015. Ustavni sud Republike Hrvatske odbija ustavnu tužbu pravomoćno osuđenog liječnika D. Š. za počinjenje teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi propisanog člankom 249. stavcima 1. i 2. u vezi s člankom 240. stavkom 1. Kaznenog zakona počinjenog na štetu Lj. S. gdje je podnositelju izrečena kazna zatvora u trajanju od 2 (dvije) godine uz primjenu uvjetne osude u roku kušnje u trajanju od 5 (pet) godina, dok je II. okrivljeniku izrečena kazna zatvora u trajanju od 2 (dvije) godine, uz primjenu uvjetne osude u roku kušnje u trajanju od 4 (četiri) godine jer su "... dana 16. travnja 2002. ...u O., . u Poliklinici za kirurgiju. I. okr. kao vlasnik privatne poliklinike i spec. kirurg operater, a II. okr. kao liječnik spec. anesteziolog doveli uporabom inhalacijskog anestetika Halotana pacijenticu Lj. S. u stanje opće anestezije, a zatim započeli operaciju nosa bez prethodnog operativnog plana i nužne suradnje tijekom operacije, uslijed čega je I. okr. u namjeri da zaustavi prekomjerno krvarenje upotrijebio najmanje 2,5 puta veću količinu nedovoljno razrijeđene otopine lijeka Adrenalina od dozvoljene, a II. okr. se tome nije usprotivio, što je bilo visoko rizično i u kombinaciji s ranije upotrjebljenim anestetikom Halotanom dovelo do zastoja rada srca pacijentice u 18,16 sati, ... uslijed čega joj je zdravlje u tolikoj mjeri narušeno da je 13.07.2002. preminula u K. T."
Ova odluka pokazuje da i jednostavni kirurški zahvati mogu uroditi najtežim posljedicama po život pacijenta, ali i to da je sudska praksa glede visine izrečenih kazni prilično "benevolentna prema liječnicima.
Ustavnu tužbu podnio je i suoptuženik i ovom predmetu Z. H. ali je i ona odbijena odlukom broj: U-III-466/2014 od 26. studenoga 2015. godine.

zakonodavac trebao biti posve jasan oko toga da se kazneno djelo nesavjesnog liječenja ne može počiniti s namjerom (u tom slučaju radilo bi se o sasvim drugom kaznenom djelu npr. ubojstvo, nanošenje tjelesnih povreda i sl.), a da bi u zonu kažnjivosti ušlo samo nesavjesno liječenje počinjeno s svjesnim nehajem, ne i s nesvjesnim nehajem, jer bi u tom slučaju liječnik odgovarao za nedovoljno znanje odnosno nedovoljnu stručnost u izvođenju pojedinog medicinskog zahvata.

Autor ovog članka smatra da bi takvom intervencijom u Kazneni zakon Republika Hrvatska udovoljila zahtjevu smanjenja kaznenopravne prisile te bi, uz već zakonom uređeno obvezno osiguranje od rizika pogrešnog liječenja, nositelji zdravstvene djelatnosti bili lišeni nepotrebnog straha od pogreške, pri čemu će pacijentu biti osigurana prava na naknadu štete kao satisfakcija za pogrešno liječenje. Uvjereni smo da imamo dostatne argumente tvrditi da liječnik koji postupa u dobroj vjeri za svoje eventualne pogreške ne bi trebao snositi niti kaznenu niti odštetno pravnu, a niti bilo kakvu drugu odgovornost (prekršajnu, stegovnu).

To nipošto ne znači da liječnik ne bi snosio nikakve posljedice zbog nenamjernih pogrešaka, dapače, ustanova ili liječnik koji obavlja privatnu praksu dužan je obeštetiti oštećenog, a ovaj se može obeštetiti i od osiguratelja rizika liječničke pogreške. Ukoliko ustanova isplati odštetu, a liječnik je postupao iz grube nepažnje, ustanova se može regresirati od liječnika.[43]

Tek u slučaju grube nepažnje koja odgovara pojmu svjesnog nehaja liječnik bi mogao i kazneno odgovarati.

Prava pacijenata normativno i strukturalno u Republici Hrvatskoj snažno su zaštićena, a naspram prava pacijenta stoje normativno i etički snažno identificirane dužnosti i obveze liječnika.

O pravima liječnika izuzev prava na priziv savjesti u odnosu prema pacijentu ne možemo niti govoriti. Prava liječnika proizlaze samo iz propisa o liječništvu i o radu a koja proizlaze iz zasnovanog radnog odnosa. Mogli bismo reći da naspram sveobuhvatnih prava pacijenta stoje sveobuhvatne dužnosti liječnika, sve pod prijetnjom novčanih kazni, pod daljnjom prijetnjom stegovne odgovornosti i pod daljnjom prijetnjom kaznene te odštetne odgovornosti.

Definitivno tvrdimo da je takvo stanje za liječnik neopravdano tegobno, nepodnošljivo i nepravedno, te da time dolaze u pitanje njihova prava zaštićena Ustavom a to je pravo na slobodu rada.

---

[43] Više o tome: Cerjan, S. *Radnopravna odgovornost zdravstvenog radnika prema poslodavcu*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu

U svakom slučaju, kada bi se suzilo područje kaznenopravne represije za medicinski nehaj u korist odštetne odgovornosti time bi mogli biti posve zadovoljni kako liječnici tako i pacijenti jer njihov primarni interes je odštetna odgovornost i upravo zbog težnje da ishode naknadu štete vode dugotrajne kaznene postupke protiv liječnika koji najčešće završavaju oslobađajućim presudama.

7. LITERATURA

1. Bagić, S. (2016). *Informirani pristanak u sudskoj praksi*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
2. Cerjan, S. (2016). *Radnopravna odgovornost zdravstvenog radnika prema poslodavcu*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
3. Kazneni zakon (Narodne novine broj 125/11., 144/12., 56/15. i 61/15.)
4. Klarić A., Cvitkovć, M. (2016). *Vrste i načini odgovornosti unutar tima*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
5. Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1950. godine (Narodne novine - Međunarodni ugovori broj 18/97., 6/99. - pročišćeni tekst, 8/99. - ispr., 14/02. i 1/06.)
6. Kurtović Mišić, A. (2015). *Osnove kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija *"Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti*", Plitvice 13.-14. studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Splitu
7. Kurtović Mišić, A., Sokanović, L. (2016). *Namjera kao stupanj krivnje u počinjenju kaznenih djela zdravstvenih radnika*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
8. Muzur, A., Rinčić, I. (2016). *Obaviješteni pristanak u Hrvatskoj danas, bioetički i sociološki aspekt*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
9. Novoselec, P., Bojanić, I. (2013). *Opći dio kaznenog prava*, Pravni fakultet sveučilišta Zagrebu, Zagreb
10. Omejec, J. (2014). *Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u praksi Europskog suda za ljudska prava*, Zagreb
11. Pavlović, Š., (2012) *Kazneni zakon,* Libertin, Rijeka
12. Radolović, A. (2015). *Pravo na život, zdravlje, dostojanstvo,i privatnost (prava osobnosti) kao temelji građanskog medicinskog prava*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija *Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti*, Plitvice 13-14 studenoga 2015. godine Pravnog fakulteta u Split
13. Ustav Republike Hrvatske (Narodne novine broj 41/01. – pročišćeni tekst, 55/01., 76/10., 85/10. i 5/14.)

14. Veselić, I. (2016): *Disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika s pregledom sudske prakse*, Zbornik radova s međunarodnog simpozija "*2. Hrvatski simpozij medicinskog prava*", Vodice 11.-13. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
15. Zakon o liječništvu (Narodne novine broj 121/03., 117/08.)
16. Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine broj 169/04., 37/08.)
17. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12., 70/12., 144/12., 82/13., 159/13., 22/14., 154/14.)

SUMMARY

RESPONSIBILITY OF DOCTORS AT TREATMENT BY REQUEST IN REPUBLIC OF CROATIA

The author analyzes the provisions of the legal texts in force and the right in favor of the patient whose violation can also come under criminal responsibility. Therefore, sufficient arguments have been put forward to argue that a doctor who is in good faith for his or her own mistakes should not be liable for any criminal or legal damages or any other liability (misdemeanor, disciplinary). This does not mean that the doctor would not have any consequences for unintentional mistakes, in fact, the institution or doctor performing the private practice is obliged to compensate the injured person, and this can also be compensated by the health risk provider.

Key words: patient, doctors, rights and obligations, criminal law

POSTOJI LI TIM ZA PORODAJE – ULOGA DRUGIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA PRI PORODU

UDK: 618
Primljeno: 9. listopada 2017.
Izlaganje na znanstvenom skupu

Željka Kuljak, bacc.obs., mag.med.techn.
Škola za primalje Zagreb
zkulja@gmail.com

Autorica u radu analizira ulogu zdravstvenih radnika pri porodu analizirajući povijesni aspekt i utjecaj napretka medicinske tehnologije na cjelokupan nadzor nad rodiljama. Izlaže temeljne karakteristike koji svaki tim treba imati u svrhu ostvarivanja najbolje brige i skrbi.

Ključne riječi: pacijent, primalja, zdravstveni tim, skrb

DEFINICIJE I PROBLEMATIKA

Kroz povijest u našim krajevima primalje su samostalno provodile primaljsku skrb, radile su samostalno u izvanbolničkim i bolničkim rodilištima i u sustavu zaštite materinstva. Početkom 20. stoljeća primaljska se skrb sastojala u kontroli trudnice neposredno uoči porođaja, te u vođenju porođaja, u pravilu kod kuće žene[1]. Porođaj su vodile primalje. Njihov zadatak, osim vođenja porođaja, bio je njega žene tijekom dva tjedna babinja, učenje dojenja, čišćenje stana, kuhanje i pranje rublja. Liječnik, obično opće medicine, ili kirurg, ili tek od početka 20. stoljeća specijalist porodničar, bio je pozvan kad bi porođaj zastao. Porođaj u bolničkim rodilištima bio je rezerviran za žene s patološkom trudnoćom ili za nezbrinute majke[2].

Napretkom medicinske tehnologije ginekolozi i porodničari preuzimaju cjelokupan nadzor nad rodiljama, a primalje postaju njihove pomoćnice. Zaboravljaju se prirodne metode koje olakšavaju porođaj, a koje su babice i primalje, često samouke, dobro poznavale. Medikalizacija poroda uistinu je smanjila mortalitet majki i novorođenčadi, ali je i otuđila rodilju od prirodnih

1 Dražančić A. i suradnici.Porodništvo.Školska knjiga, Zagreb, 1994.
2 Habek D.: *Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskog kraja,* Čvor, Grad Bjelovari Županija bjelovarsko-bilogorska: Bjelovar; 2008

procesa koji se odvijaju u njezinu tijelu tijekom porođaja. Trend humanizacije porodništva nastupio je kada su žene, zahvaljujući dostupnosti informacija, putem medija i pisane literature, došle do spoznaja o prednostima prirodnog porođaja koji isključuje prekomjerne intervencije što nisu nužno medicinski opravdane. Humanizacija porodništva uvelike je dovela do razvoja primaljstva kao profesije koja se u svom radu koristi i već odavno poznatim metodama[3].

Zdravstveni tim se sastoji od najmanje dva zdravstvena radnika kojima je zajednički cilj psihičko i fizičko zdravlje trudnice, rodilje i babinjače. Oni koriste svoja znanja i vještine da bi planirali, provodili i evaluirali potrebnu skrb.

Tim kakav rodilja treba mora biti interdisciplinarni i multidisciplinarni, s jasnom podjelom poslova, ali i odgovornosti. U takvom timu svaki član ima drugačije obaveze koje su bazirane na znanjima i vještinama, ali i na individualnim sposobnostima. Svojim posebnostima članovi jačaju snagu tima, odnosno omogućavaju da rodilja dobije najbolju brigu i skrb. Gledano s pozicije svakodnevnog rada, zdravstveni tim bi se mogao svrstati u kategoriju samoupravljajučeg tima. Ima veliki stupanj autonomije i jasnu hijerarhijsku strukturu unutar tima. Njihov rad je jasno reguliran zakonom i u slučaju pogrešaka kazneno odgovaraju. Članovi tima sami određuju svoje dnevne zadatke i obaveze[4].

Mnoge trudnice i njihovi partneri žele upoznati zdravstveni tim koji će im pružiti brigu za vrijeme trudnoće, porođaja i perioda nakon porođaja.

U velikom broju zapadnoeuropskih zemalja trudnice imaju mogućnost odabira porođaja u bolnici ili izvan nje. U pojedinim zemljama (Njemačka, Austrija, Slovenija…) postoje kuće za rađanje. U njima rade kvalitetno educirane primalje. U ovakvom tipu rodilišta kao dio tima postoji porodničar koji dolazi na zahtjev rodilje ili na poziv primalje. Prednost kuća za rađanje je imitacija obiteljske atmosfere (mogu biti nazočne osobe po vlastitom izboru rodilje), komfor i nemedikalizirani, prirodni porođaj. Također postoje zemlje gdje je zakonski reguliran i porođaj u kući. U oba slučaja mora biti dobro organiziran logistički sustav i mogućnost hitnog transporta u bolnicu. Da bi bilo koji model funkcionirao mora biti dobro organiziran kontakt između trudnice, primalje i porodničara, a zdravstveni tim mora biti u potpunosti usklađen i podjela poslova mora biti jasno regulirana. Navedeni modeli imaju organiziranu i patronažnu službu koja babinjači nakon porođaja pruža skrb i savjetovanje[5].

[3] Kuljak Ž. Završni rad Primaljsko zakonodavstvo kroz povijest, 2011.
[4] Bajt A. Završni rad Načini rješavanja problema i sukoba u zdravstvenom timu, 2012.
[5] Primaljski vjesnik, broj 11, prosinac 2011., 30-36

U Republici Hrvatskoj situacija je potpuno drugačija. Tim na porođaju trebao bi se sastojati od primalje prvostupnice, primaljske asistentice i porodničara gdje se jasno zna podjela poslova. Stvarna situacija u našim rađaonicama nije baš takva.

Istovremeno, dok je primaljstvo u Europi potpuno autonomna profesija u Hrvatskoj su primalje još uvijek "asistentice liječnicima", te se i nakon ulaska Hrvatske u EU, primaljama i dalje ne priznaju zatečena prava, propisana odredbama Direktive 2005/36 EZ. Ona se na primaljsku profesiju izravno referira kao na jedno od sedam reguliranih profesija te propisuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije primalja te definira profesiju na nacionalnoj razini i traži od pojedinih država da prema njezinim odredbama usklade svoje zakonodavstvo[6].

Dakle, ulaskom Hrvatske u EU u praksi primalja se nije ništa dogodilo, a stanje u Hrvatskom primaljstvu i dalje ostaje nepromijenjeno. Upravo se najveći broj primalja koji je sada u sustavu zdravstva i nositelj je primaljske skrbi u našim rodilištima, odnosi na primalje sa završenom srednjom školom prema čemu nemaju potrebnu razinu obrazovanja za obavljanje ovog zahtjevnog zanimanja, a u pristupnom pregovaračkom procesu s EU prema kompetencijama izjednačene s primaljom- asistenticom[7]

Zakonom o primaljstvu donesenom 2008. g. određuje se djelokrug i djelatnost rada primalja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom primalja u Republici Hrvatskoj. Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na primalje na odgovarajući način primjenjuju se i na osobe sa zanimanjem: primalja-asistentica, medicinska sestra-primalja, medicinska sestra primaljskog smjera, prvostupnica primaljstva, viša medicinska sestra ginekološko-opstetričkog smjera te magistra primaljstva.

Definicija primalje (WHO)

Primalja je osoba koja je regularno primljena u edukacijski program za primalje priznat u državi u kojoj živi, koja je završila propisani studij za primalje i stekla potrebne kvalifikacije za registriranje i/ili dobivanje licencije za prakticiranje primaljstva. Primalja se poima kao odgovorni profesionalni

[6] Švaljug D .Primalja u Hrvatskoj – Sveučilišni studij primaljstva u Splitu,Forum "Majka i dijete" u organizaciji Rotary kluba Split, 08.03.2014., Split

[7] Švaljug D. I.: Primaljska skrb I. Povijest primaljstva (nastavni tekstovi), Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u splitu, Preddiplomski studij primaljstva, Split, 2013.+

djelatnik koji radi u partnerskom odnosu sa ženom pružajući joj potrebnu potporu, provodi skrb i savjetuje tijekom trudnoće, porođaja i poslije porođajnog razdoblja, vodi porođaj na svoju odgovornost te pruža skrb novorođenčetu i dojenčetu. Ta skrb uključuje preventivne mjere, promicanje prirodnoga porođaja, otkrivanje komplikacija u majke i djeteta, pristup medicinskoj njezi ili drugoj odgovarajućoj pomoći te provedbu hitnih mjera. Primalja ima važnu ulogu u zdravstvenom savjetovanju i edukaciji, ne samo žena nego i unutar obitelji i zajednice. Njezin rad treba uključivati prenatalnu edukaciju i pripremu za roditeljstvo te se može proširiti na zaštitu ženskoga zdravlja, seksualno i reprodukcijsko zdravlje te skrb za djecu.[8]

Zakon također navodi da su primalje u svom radu dužne primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno.

Zakon o primaljstvu

Članak 16.

Dužnosti primalje

- ***primjena svih dostupnih znanja iz područja primaljstva,***
- ***primjena metoda rješavanja problema u provođenju primaljstva koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa,***
- ***postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u primaljstvu,***
- ***provedba primaljske skrbi po utvrđenom planu,***
- ***primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,***
- ***pravodobno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije,***
- ***provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti,***
- ***vođenje primaljske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata,***
- ***pravodobno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja,***
- ***pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika,***
- ***čuvanje profesionalne tajne,***
- ***poštivanje prava pacijenata,***
- ***poštivanje etičkog kodeksa primalja,***
- ***poštivanje vjerskih načela pacijenata,***
- ***suradnja sa svim članovima tima,***

[8] http://www.zdravzivot.com.hr/index.php?cat=primaljstvo_u_hrvatskoj

– ***čuvanje ugleda ustanove (poslodavca),***
– ***ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme i***
– ***djelovanje u interesu bolesnika.9***

Zakon o primaljstvu propisuje da temeljno obrazovanje primalje-asistentice stječu uspješnim završavanjem strukovnog obrazovanja za zanimanje primalje-asistentice, u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske.

Zakon o primaljstvu

Članak 15.a

Djelatnost primalje-asistentice obuhvaća

– ***djelovati unutar zdravstvenog tima uz nadzor primalje i/ili liječnika, primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu,***
– ***sudjelovati u edukaciji u cilju očuvanja zdravlja i prevencije spolno prenosivih bolesti, ranog otkrivanja ginekoloških bolesti i planiranja obitelji te sudjelovati u provođenju edukacije u pripremi za porod i roditeljstvo,***
– ***pripremiti trudnicu za pregled i dopunske pretrage u trudnoći,***
– ***pripremiti prostor, instrumente i materijal za fiziološki porod,***
– ***provesti postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege kod operativnog dovršavanja poroda,***
– ***pripremiti pacijenticu za ginekološki pregled, pomoćne i specijalne pretrage u ginekologiji,***
– ***provesti osobnu higijenu trudnice, rodilje i babinjače, provesti previjanje i kupanje novorođenčeta,***
– ***sudjelovati u edukaciji roditelja o njezi zdravog novorođenčeta i dojenja,***
– ***provesti nadzor nad prehranom trudnice, rodilje i babinjače,***
– ***pratiti opće stanje tijekom bolničkog smještaja/liječenja trudnice, rodilje, babinjače i zdravog novorođenčeta; prepoznavati patološke promjene vitalnih funkcija te o istima odmah izvjestiti primalju i/ili liječnika,***
– ***pripremiti instrumente i materijal za sterilizaciju, pripremiti instrumente i materijal za pregled trudnice te za porod,***
– ***provoditi postupke asepse, kao i postupke prevencije bolničkih infekcija,***
– ***provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova (osim intravenske) ordiniranu od liječnika.[10]***

Zakon o primaljstvu propisuje da temeljno obrazovanje prvostupnice primaljstva stječu uspješnim završavanjem preddiplomskog studija za zanimanje prvostupnice primaljstva u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske.

---

9 Zakon o primaljstvu, NN 120/08, 145/10.
10 Zakon o primaljstvu, NN 120/08, 145/10.

Zakon o primaljstvu
Članak 15.b
Djelatnost primalje obuhvaća

- ***djelovati unutar zdravstvenog tima u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup; primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu, kao i znanja iz porodništva i ginekologije,***
- ***voditi medicinsku dokumentaciju o primaljskoj skrbi; planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrb; vrednovati plan primaljske skrbi, analizirati uvjete za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi,***
- ***provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porod te davati savjete o dojenju,***
- ***utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta,***
- ***po potrebi urezivati episiotomije te šivati episiotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja,***
- ***kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda,***
- ***provoditi postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju,***
- ***provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika,***
- ***pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja,***
- ***pripremiti i savjetovati ženu za ginekološki pregled te provesti edukaciju u cilju očuvanja zdravlja, prevencije spolno prenosivih bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja,***
- ***provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od liječnika***[11]

I sami Zakon o primaljstvu navodi da primalja bez obzira na razinu obrazovanja mora djelovati unutar zdravstvenog tima, ali sa jasno definiranim kompetencijama. U skladu s obujmom poslova koje bi primalje obavljale samostalno, nameće se i nužna razina obrazovanja koja zahtijeva visoku educiranost koja uključuje stjecanje niza specifičnih vještina i kompetencija.

U upravljačkom procesu koordinira timom primaljske skrbi, upravlja

[11] Zakon o primaljstvu, NN 120/08, 145/10.

odjelom, klinikom ili ustanovom primaljske skrbi, te djeluje unutar zdravstvenog tima, posebno u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup. Planira, organizira i upravlja materijalnim i ljudskim resursima te sustavima podrške u okviru svog autonomnog područja djelovanja koje se odnosi na sve razine zdravstvene zaštite i poslove koji uključuju primaljsku skrb.

Iz svega do sada navedenog vidljivo je da odgovornost primaljske asistentice i prvostupnice primaljstva u rodilištima tijekom porođaja je jednaka. Sloboda same primalje prvostupnice ponajviše ovisi o dobroj volji liječnika i politici kuće u kojoj radi. Na svim porođajima mora biti nazočan liječnik, najčešće specijalizant jer se radi uglavnom o fiziološkim porođajima, te primalja koja uz pripremu rodilje i ostali primaljski posao radi uz nazočnost liječnika. Još jedan veliki problem provođenja primaljske skrbi proizlazi iz činjenice da je u rađaonicama jako mali ili nikakav broj primalja prvostupnica. Unatoč Pravilniku o minimalnim uvjetima za obavljanje zdravstvene djelatnosti koji navodi da u rađaonici mora biti jedna prvostupnica primaljstva i primaljska asistentica na 500 porođaja, klinike i bolnice još uvijek nisu zaposlile dovoljan broj prvostupnica primaljstva. Veliki broj Kliničkih bolnica koje se nalaze na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite i dalje raspisuju natječaje za primaljske asistentice. Unatoč zakonskoj regulativi koja primalji daje određena prava i kompetencije, isto nije moguće ostvariti jer se u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti nigdje ne spominju kompetencije prvostupnice primaljstva. Isto tako postavlja se pitanje je li Zakon o zdravstvenoj zaštiti iznad Zakona o primaljstvu ili obrnuto. Žalosno je da su primalje u dalekoj prošlosti gdje je njihovo formalno obrazovanje bilo minimalno imale veću samostalnost kao članovi zdravstvenog tima nego što je to danas. Primaljstvo se danas kao profesija nalazi u procesu profesionalnog dokazivanja, traženja veće autonomije i ravnopravnosti kao i priznanja svoje jedinstvene ulogu u procesu primaljske skrbi.

Do danas su provedena mnoga istraživanja o pozitivnim ishodima prisutnosti primalje na porođaju žene. Istraživanja ukazuju na to da je primaljska skrbi isplativa, pristupačna i održiva. Zbog medikalizacije porođaja i čestih intervencija zbog kojih porođaj često više nije „prirodan proces“, trudnice su usmjeren na liječnike i primaljstvo je kao profesija manje cijenjeno. Upotreba primaljske skrbi minimizira nepotrebne intervencije, a paralelno ne ugrožava sigurnost majke i djeteta.

LITERATURA:

1. Bajt A. Završni rad; Načini rješavanja problema i sukoba u zdravstvenom timu, 2012.
2. Direktiva 2005/36/EZ http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=HR
3. Dražančić, A. i suradnici. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1994.
4. D. Švaljug, Ž. Kuljak. Nadriprimaljstvo u Republici Hrvatskoj kroz povijest i danas. II. Simpozij Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku) 11.-13.05.2017., Šibenik/Solaris
5. Habek, D.: Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskog kraja, Čvor, Grad Bjelovar i Županija bjelovarsko-bilogorska: Bjelovar; 2008
6. Kuljak Ž, Švaljug D. Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – prava i obveze, knjiga sažetaka Simpozija Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku), 08. i 09. travnja 2016., Hotel Jezero, Plitvička jezera
7. Kuljak Ž. Završni rad Primaljsko zakonodavstvo kroz povijest, 2011.
8. Primaljski vjesnik, broj 11, prosinac 2011., 30-36
9. Švaljug D. Primalja u Hrvatskoj – Sveučilišni studij primaljstva u Splitu,Forum "Majka i dijete" u organizaciji Rotary kluba Split, 08.03.2014., Split
10. Švaljug D. I.: *Primaljska skrb I. Povijest primaljstva* (nastavni tekstovi), Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u splitu, Preddiplomski studij primaljstva, Split, 2013.
11. *Zakon o primaljstvu,* NN 120/08, 145/10.
12. https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi
13. http://www.zdravzivot.com.hr/index.php?cat=primaljstvo_u_hrvatskoj
14. http://www.propisi.hr/print.php?id=6332

SUMMARY

DOES EXIST TEAM FOR CHILDBIRTH – THE ROLE OF OTHER HEALTH WORKERS AT CHILDBIRTH

The author analyzes the role of health workers at birth by analyzing the historical aspect and the impact of medical technology advancement on overall maternity care. It outlines the underlying characteristics each team needs to achieve the best care and care.

Key words: midwives, health team, care

AKTUALNO STANJE NA PODRUČJU MEDICINSKOG PRAVA

UDK: 349 : 614.2
Primljeno: 3. listopad 2017.
Izvorni znanstveni rad

prof. dr. sc. Jozo Čizmić,
redoviti profesor (trajno zvanje)
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
jozo.cizmic@pravst.hr

Medicinsko/zdravstveno pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost. Čini ga skup pravnih pravila kojima se uređuje: obavljanje medicinske djelatnosti, status osoba koje tu djelatnost obavljaju, njihov međusobni odnos, odnos s korisnicima usluga, zaštitu prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i organizacija, organizaciju zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa. Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka. Zajednički cilj medicine i prava jest humanost, pošto se staraju o životu i zdravlju ljudi, a u niz područja se medicinska i pravna znanost i praksa isprepliću i nužno koegzistiraju. Zdravstvena djelatnost, kao predmet proučavanja medicinskog prava, svakim danom postaje sve razvijenija, a pitanja i problemi koji iz te djelatnosti proizlaze sve su brojniji.
Poznavanje medicinskog prava nužno je za medicinare i pravnike zbog: brzog i kvalitetnog rješavanja multidisciplinarnih problema, promicanja statusa i ugleda tih dviju struka, sudjelovanja kod izrade i donošenja novih propisa iz područja zdravstva; educiranja zdravstvenih radnika radi prevencije pogrešaka, smanjenja trenda primjene tzv. defensive medicine; boljeg ostvarivanja zajamčenih prava pacijenata. Stručnjaci iz područja medicinskog prava trebali bi svojim radom (sudjelovanje u radu strukovnih komora, udruga, ministarstava, HZZO-a, bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova, rješavanjem sporova u kojima je potrebno njihovo multidiciplinarno znanje, vještačenjem i sl.) znatno pridonijeti uspostavljanju i razvitku sudske i upravne prakse na ovom području, što bi trebalo rezultirati i većom pravnom sigurnošću, a značajan doprinos trebali bi dati i razvitku medicinskopravne znanosti.

Ključne riječi: medicinsko pravo, bioetika, multidisciplinarnost

I/ UVOD - POJAM I SADRŽAJ MEDICINSKOG PRAVA

Medicinsko pravo je **grana prava** koja se odnosi na medicinsku djelatnost.[1] U zadnjih nekoliko desetljeća medicinsko pravo postoji i afirmiralo se kao

[1] Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 3.

zasebna disciplina pravne znanosti i kao zasebna grana prava.[2] Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga,[3] odnosno kojima se uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija te organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa.[4] Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze.[5] Na ovom području pravo i medicina se susreću i teže zajedničkom cilju

[2] Iako je medicinsko pravo relativno nova grana prava, elemente medicinskog prava možemo naći među najstarijim pravnim izvorima. U Hamurabijevu zakoniku (1729.-1686. prije Krista) nalaze se, primjerice, odredbe o profesionalnoj odgovornosti liječnika. Hipokrat (460.-377. prije Krista) je radio na etičkom i pravnom uređenju odgovornosti liječnika (Corpus hippocraticum), a treba spomenuti i Justinijanove zakone (Codex, Institutiones i Novellae) u kojima se, među ostalim, uređuje i profesionalna odgovornost liječnika, potreba ocjenjivanja težine tjelesnih povreda, uloga liječnika u vještačenju i sl. Tako i podrobnije o povijesnom razvitku medicinskog prava i sudske medicine kod ZEČEVIĆ, D. i dr., Sudska medicina i deontologija, Zagreb, 2004., str. 1.-5.; JOVANOVIĆ, LJ., Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja, Beograd, 1959., str. 5.-12.; JAHNKE, Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch, 10. Auflage, 5. Band, Leipzig, 1988., par. 203.; Medicinska enciklopedija, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

[3] Tako RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 21.

[4] Usp. ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 5.

[5] Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka, a u nekima se čak i preklapaju. Zajednički cilj i medicine i prava jest humanost, jer se staraju o životu i zdravlju ljudi, svatko na svoj način. RADIŠIĆ, J. (2004). Medicinsko pravo, Beograd: Fakultet za poslovno pravo: Nomos., str. 5. Snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi. ŠEPAROVIĆ, Z. (1998). Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, 3. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb: Informator., str. 5. Medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine. Tako JELAČIĆ, O. (1977). O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, XIV, str. 236. Danas je uobičajeno da na području (bio) medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija. Usp. VISKOVIĆ, N. (1995). Država i pravo, Zagreb: Birotehnika., str. 219. Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše normativnom sviješću općeg morala i znanstvene i medicinske

– očuvanju čovjekovih najvrijednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajanog segmenta zaštite ljudskih prava.[6]

Područje medicinskog/zdravstvenog prava vrlo je opsežno s tendencijom širenja, jer zdravstvena djelatnost, kao **predmet proučavanja** medicinskog prava, svakim danom postaje sve razvijenija, a sporna pitanja i problemi koji iz te djelatnosti proizlaze postaju sve brojniji.[7] Što se predmeta medicinskog prava tiče, norme medicinskog prava u pravilu su vezane i odnose se na tri subjekta: čovjeka (bolesnika, pacijenta) i njegova temeljna prava (na zdravstvenu zaštitu, odnosno život, zdravlje i sigurnost); liječnika i druge zdravstvene djelatnike (a posebno na njihovu odgovornost); te bolnice i druge zdravstvene ustanove u kojima pacijenti ostvaruju svoje pravo na zdravstvenu zaštitu, kao i na zdravstveni sustav u cjelini i njegovo uređenje i djelotvorno funkcioniranje.[8] Usto, zaseban predmet medicinskog prava je i **zdravstveno osiguranje** i s tim u svezi pravo čovjeka na zdravstvenu zaštitu, financiranje zdravstva.[9] U **našem pravu predmet zdravstvenog** prava proizlazi iz same definicije zdravstvene djelatnosti koja je dana u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine», broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, 70/16, dalje - **ZOZZ**). Tako se propisuje da zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (ZOZZ, čl. 2.), a zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ZOZZ-om (ZOZZ, čl. 23.).

deontologije. Kašnjenje pravne intervencije na području biomedicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini. Tako i podrobnije o tome kod VISKOVIĆ, N. (1995). Bioetika i biomedicinsko pravo, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 32 (1-2), str. 78.-82. U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

6 Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pravo kao garant vršenja medicine, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pravo kao garant vršenja medicine, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15.

7 Tako BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, 2006., str. 20.

8 Usp. ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 4.

9 Ibid., str. 4.

II/ OCJENA STANJA

1/ Zdravstvo u Republici Hrvatskoj već duže vrijeme je u krizi i to gotovo na svim područjima. Problemi u zdravstvu u velikoj su mjeri naslijeđeni iz socijalističkog razdoblja, a produbljeni su ratnim zbivanjima, jakom centralizacijom, privatizacijom, globalnom ekonomskom krizom i sl. Ovdje nećemo posebno govoriti o pozitivnim rezultatima rada našeg zdravstvenog sustava (transplatacija, niska smrtnost novorođene djece, procijepljenost stanovništva i sl.), jer držimo da je kvalitetan i učinkoviti zdravstveni sustav redovna zadaća svake vlasti i neotuđivo pravo korisnika usluga tog sustava. Stoga ćemo spomenuti samo neke najznačajnije negativne pojave kao što su, primjerice, problemi s:

- zastarjelim i podosta spornim sistemskim propisima, nedonošenjem sistemskih propisa (zakona o pravima, ali i obvezama i odgovornostima pacijenata, zakona kojim bi se uredilo raspolaganje, vođenje i arhiviranje medicinske dokumentacije i dr.) ili neusklađivanjem važećih propisa,
- nedostatkom zdravstvenih djelatnika u sustavu, kako po broju tako i po specijalizacijama (primjerice, liječnika obiteljske medicine, anesteziologa, radiologa, internista, pedijatara, ginekologa, kirurga, medicinskih sestara, laboranata i primalja), a i starosna struktutra je sve nepovoljnija,[10] te, apsurdno, velikim brojem nezaposlenih zdravstvenih djelatnika,
- odlaskom zdravstvenih radnika iz sustava ponajviše u inozemstvo ili kod drugih poslodavaca (farmaceuta ili privatnih zdravstvenih ustanova),[11]

---

[10] U Hrvatskoj nedostaje najmanje 2500 liječnika, a po europskim standardima čak 4000 liječnika. U Europi je maksimalni broj prekovremenih sati 180 sati godišnje, dok ih hrvatski liječnici odrade 60 do 80 sati mjesečno! Podatak kod „Zdravstveni sustav je neodrživ i nepravedan, ali ključni problem pacijenata je nedovoljna informiranost", na starnici http://www.slobodnadalmacija.hr/dalmacija/split/clanak/id/308076/zdravstveni-sustav-je-neodrziv-i-nepravedan-ali-kljucni-problem-pacijenata-je-nedovoljna-informiranost. Medicinske sestre su najbrojnije među stručnim osobljem koje sudjeluje u pružanju zdravstvene skrbi, no iako ih u Hrvatskoj trenutno ima oko 32.000, to je znatno ispod standarda Europske unije. Nedostatak medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu već godinama predstavlja ozbiljan problem, a trenutno ih nedostaje od 8.000 do 12.000. Istovremeno, na Zavodu za zapošljavanje je više od 2.000 sestara. Podatak kod „Apsurd hrvatskog zdravstva: Nedostaje ih 8 do 12 tisuća, a na zavodu ih je dvije tisuće", na stranici http://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/u-hrvatskoj-broj-medicinskih-sestara-ispod-standarda-eu---384715.html.

[11] „Jedan od temeljnih problema razvoja ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvenom sustavu je nepostojanje jasnog sustava upravljanja. Upravo zbog toga, postoji potreba za razvojem cjelovitog sustava praćenja ljudskih resursa u sustavu zdravstva koji bi omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih radnika. Također, Republika Hrvatska je obilježena novim trendovima u području zdravstva, uključujući

- financiranjem zdravstva zbog nedostatak financijskih sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju,[12] odnosno zbog velikih izdvajanja iz BDP-a za zdravstvo, među najvećima u Europi, a posebno u odnosu na države Istočne i Srednje Europe,
- odsutnosti nove, redefinirane, sveukupne, cjelovite strategije zdravstvenog sektora,
- nedovoljnom informiranošću pacijenata, nezadovoljstvom pacijenata kakvoćom, dostupnošću i brzinom pružanja zdravstvenih usluga, nerazvijenom kulturom brige o vlastitom zdravlju (nekvalitetna prehrana, pušenje, alkoholizam, konzumiranje opojnih sredstava, pretilost, nedovoljna tjelesna aktivnost, nepridržavanje terapije, nekorištenje zaštitnih sredstava, nehigijena i sl.),
- dugotrajnim listama čekanja i nefunkcionalnim prioritetnim listama čekanja,[13]
- trajnim nedostatkom menađerstva u zdravstvu,[14]
- nedostatnom zastupljenošću usluga dnevne bolnice i jednodnevne kirurgije,
- nejednakom kvalitetom i dostupnosti zdravstvene zaštite (posebno u ruralnim područjima),[15]

---

i migracije. U posljednjih nekoliko godina primjetan je trend smanjenja broja nezaposlenih liječnika, kao i manjak i liječnika i ostalih zdravstvenih radnika. Vanjska migracija zdravstvenih radnika usmjerena je prema zapadnim europskim zemljama i Sjedinjenim američkim državama. Prisutne su i unutarnje migracije koje se odnose na zapošljavanje izvan zdravstvenog sektora i prelazak u druge profesije, kao i migracija iz ruralnih područja prema većim urbanim centrima. Vidi Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020., Zagreb, travanj 2015., str. 3, podatak na stranici: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf.

[12] Više o tome kod KOVAČ, N., Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj, „Ekonomski vjesnik", God. XXVI, BR. 2/2013. str. 551-563.

[13] Tako i više o tome kod Prioritetne liste čekanja već od ponedjeljka u četiri bolnice, 24SATA.hr, od 23. 06. 2017., podatak na stranici: https://www.24sata.hr/news/prioritetne-liste-cekanja-vec-od-ponedjeljka-u-cetiri-bolnice-529754.

[14] Više o tome kod Stručnjakinja za menadžment u zdravstvu otkriva kako riješiti goruće probleme: Naš sustav još počiva na socijalističkom modelu upravljanja, a funkcionira samo zahvaljujući entuzijazmu liječnika, „Slobodna Dalmacija", od 14. 08. 2017., podatak na stranici: http://www.slobodnadalmacija.hr/novosti/hrvatska/clanak/id/501868/strucnjakinja-za-menadzment-u-zdravstvu-otkriva-kako-rijesiti-goruce-probleme-nas-sustav-jos-pociva-na-socijalistickom-modelu-upravljanja-a-funkcionira-samo-zahvaljujuci-entuzijazmu-lijecnika.

[15] Vidi Nacionalni program reformi 2017., Vlada Republike Hrvatske, travanj 2017., str. 58.-66., podatak na stranici https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-national-reform-programme-croatia-hr.pdf.

- nerazvijenim i neučinkovitim sustavom palijativne skrbi,[16]
- nedostatkom opreme ili dotrajalom opremom,
- (neobjedinjenom i netransparentnom) javnom nabavom,[17]
- neracionalnom i neučinkovitom organizacijom bolničkog sustava,
- nespjelom sanacijom zdravstvenih ustanova,[18]
- radom HZZO-a (utvrđivanje liste lijekova, naknade za police zadravstvenog osiguranja, participacija, liječenje u inozemstvu), a posebno stalnim deficitom HZZO-a zbog velikih i neodrživih dospjelih, a nenaplaćenih dugova,[19]

---

16 Palijativna skrb je sveobuhvatna zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek. Cilj je palijativne skrbi smanjiti, ublažiti bol i neugodne simptome bolesti kako bi bolesnik koji je u posljednjem (tzv. terminalnom) stadiju neizlječivih bolesti ili ima kroničnu tešku bolest, što kvalitetnije živio. U pružanju palijativne skrbi surađuju liječnici, farmaceuti, socijalni radnici, medicinske setre i volonteri, zajedno s obitelji pacijenta.
Temeljni nositelj palijativne skrbi u Hrvatskoj postojeći je sustav zdravstvene zaštite, odnosno sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca te postavljenjem novih procedura i standarda rada. U Strateškom planu razvoja palijativne skrbi 2014-2016. najavljen je palijativni pristup vulnerabilnim skupinama, uključujući i djecu, a koji će biti sastavni dio novog strateškog dokumenta za razdoblje 2017-2020. Vidi o tome kod DOMITROVIĆ, I., Koliko se dostojanstveno umire u Hrvatskoj?, DNEVNIK.hr od 02. ožujka. 2017., podatak na stranici tps://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/palijativna-skrb-dostojanstveno-umiranje-u-hrvatskoj---468440.html. Više o tome kod Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb, 2015.

17 MARKOVIĆ, I., Krah projekta javne nabave u zdravstvu: deseci milijuna kuna potroše se 'ispod radara, „Slobodna Dalmacija" od 14. 02. 2016. Podatak na stranici: http://slobodnadalmacija.hr/novosti/hrvatska/clanak/id/302097/krah-projekta-javne-nabave-u-zdravstvu-deseci-milijuna-kuna-potrose-se-ispod-radara. i POLŠAK PALATINUŠ, V., Skandalozne javne nabave u zdravstvu: Evo gdje cure milijuni, „tportal.hr" od 19. 09. 2014. Podatak na stranici: https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/skandalozne-javne-nabave-u-zdravstvu-evo-gdje-cure-milijuni-20140919.

18 Vidi SRZIĆ, A., Hrvatsko zdravstvo puca po šavovima - hoće li izdržati?, „tportal.hr" od 27. 03. 2017. Podatak na stranici: https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/hrvatsko-zdravstvo-puca-po-savovima-hoce-li-izdrzati-20170322.; Zbog čega se prekida sanacija zdravstvenih ustanova?, „N1" od 17. 03. 2016. Podatak na stranici: http://hr.n1info.com/a111221/Vijesti/Prekid-sanacije-zdravstvenih-ustanova-zbog-smjena-ili-zbog-dugova.html.; KORUŠIĆ, A., Zdravstvo pred bankrot doveli osobna korist, politika i neznanje, „Večernji list" od 30. 06. 2017. Podatak na stranici: https://www.vecernji.hr/premium/zdravstvo-bankrot-lijecnici-bolnice-1179487.

19 Više o tome kod JUREŠKO, G., EKSPLOZIJA DUGOVA U HRVATSKOM

- (nezaključenim) kolektivnim (granskim strukovnim) ugovorima,
- nemogućnosti pružanja nemedicinskih usluga (ugostiteljskih, pranja, zakupa prostora za uslužne djelatnosti i sl.),
- nužnom racionalizacijom i reorganizacijom nezdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama (*outsourcingom* pratećih službi u zdravstvu),[20]
- nedefiniranim odnosom privatne prakse i državnog zdravstvenog sustava,
- neznatanim udjelom privatnih osiguravajućih društava u financiranju troškova zdravstva i sl.

Mogli bismo zaključiti da je danas najteži bolesnik u Hrvatskoj upravo zdravstvo.

2/ Jasno je da u takvoj situaciji nisu i ne mogu biti odgovarajuće uređeni ni prava, obveze i odgovrnosti zdravstvenih djelatnika. Prvenstveno se to odnosi na odnos prema korisnicima njihovih usluga (primjerice, u pogledu odgovornosti za štetu i nelagode koje su prouzročene pacijentu zbog nepostupanja u skladu s pravilima struke ili s dužnom pažnjom, odgovornost za rad u timu) i na njihov radnopravni, odnosno strukovni i staleški status (sporni radnopravni status specijalizanata nakon položenog specijalističkog ispita, neusklađenost Zakona o radu i Zakona o zdravstvenoj zaštiti, veliki udio obavljanja administrativnih poslova u okviru radnog vremena zdravstvenih radnika – oko 30%, pravo na automatsko priznavanje kvalifikacija na prostoru EU, plaćanje dežurstava i prekovremenog rada, rad po pozivu i sl.).[21]

ZDRAVSTVU Bolnice se samo u dva mjeseca 2017. zadužile za još 150 milijuna kn, „JutarnjiVijesti" od 28. 02. 2017. Podatak na stranici: http://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/eksplozija-dugova-u-hrvatskom-zdravstvu-bolnice-se-samo-u-dva-mjeseca-2017-zaduzile-za-jos-150-milijuna-kn/5694511/.; Z. Marić: Izdvajanje HZZO-a iz državne riznice 'evidentno' nije riješilo problem u zdravstvu, „Lider" od 10. 07. 2017. Podatak na stranici: https://lider.media/aktualno/biznis-i-politika/hrvatska/z-maric-izdvajanje-hzzo-iz-drzavne-riznice-evidentno-nije-rijesilo-problem-u-zdravstvu/.; HZZO treba vratiti u državnu riznicu, „net.hr" od 10. 07. 2017. Podatak na stranici. http://net.hr/danas/hrvatska/bivsi-ministar-financija-predlaze-sadasnji-se-slaze-hzzo-treba-vratiti-u-drzavnu-riznicu/.

[20] Tako Nacionalni program reformi 2017., Vlada Republike Hrvatske, travanj 2017., str. 58.-66., podatak na stranici https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-national-reform-programme-croatia-hr.pdf. Vidi i Usp. KOVAČEVIĆ BARIŠIĆ, R., Vraća se outsourcing pratećih službi u bolnicama, „Večernji list" od 30. Travnja 2016. Podatak na stranici: https://www.vecernji.hr/vijesti/vraca-se-outsourcing-pratecih-sluzbi-u-bolnicama-1080479.; Sindikat zdravstva protiv izdvajanja nezdravstvenih djelatnosti iz sustava, „Direktno.hr" od 03. 05. 2016. Podatak na stranici: https://direktno.hr/domovina/sindikat-zdravstva-protiv-izdvajanja-nezdravstvenih-djelatnosti-iz-sustava-46948/.

[21] Kako bi riješila navedene probleme, Vlada Republike Hrvatske planira poduzeti niz mjera poput: uvođenja smjenskog rada gdje je to moguće, preraspodjelu radnika,

III/ SVRHA I CILJ MEDICINSKOG PRAVA

Svrha i cilj medicinskog prava jest upravo rješavanje brojnih, složenih i multidisciplinarnih problema i odnosa u zdravstvu od strane stručnjaka koji istovremeno posjeduju znanja i vještine iz dvaju različitih znanstvenih područja i struka – prava i medicine, a pri tome nije od presudnog značaja koja znanja i vještine posjeduju u većoj mjeri.

Medicinska i pravna struka svugdje u svijetu su dvije elitne, iznimno cijenjene struke. To se može zaključiti i po **načinu školovanja** pripadnika tih dviju struka (integrirani studij), i po njihovom **statusu i ugledu** u društvenoj zajednici, koji svakako uključuje i **imovinski status**. Financijski, odnosno ekonomski status nije zanemariv jer je to jedan od preduvjeta kod te dvije struke da njihovi pripadnici mogu kvalitetno i predano (koncentrirano) raditi svoj humani posao. To je svakako i razumljivo jer se te dvije struke bave **najznačajnijim ljudskim vrijednostima**, kao što su život i zdravlje. Na žalost, kod nas to nije slučaj. Ponajviše zbog toga postoji praksa i tendencija sve većeg odlaska zdravstvenih radnika na rad u inozemstvo.

Svjedoci smo postojanja niza problema na koje samo medicinska i samo pravna struka ne mogu dati za širu javnost brz i eksplicitan odgovor. Štoviše, **na brojna pitanja ne mogu odgovoriti niti zajedničkim pristupom bez pomoći bioetike** (poput eutanazije, patentiranja gena, kloniranja, matičnih stanica ili biološkog testamenta). Kontinuirani i brzi razvoj medicine, sve veći broj slučajeva i problema koji uznemiravaju najširu javnost (liječničke greške, mito, javna nabava u području zdravstva, neispravni medicinski uređaji, plagijati, problematika zdravstvenog osiguranja, umjetna oplodnja, liste čekanja i sl.) u kojima zdravstveni djelatnici i pravnici ne mogu samostalno i u razumnom roku iznaći kvalitetno rješenje, potiče sumnju i nepovjerenje u pripadnike medicinske i pravne struke. Svjedoci smo da su pripadnici upravo tih dviju struka kroz medije i u raznim domaćim i inozemnim izvješćima i analizama prozivani i spominjani s negativnim konotacijama.

Koji su **razlozi** tome, teško je precizno kazati. Držimo da je jedan od razloga, svakako ne isključivi i najveći, upravo **nepoznavanje medicinskog prava**. Vidjeli smo da postoji niz problema na koje samo medicinska i samo pravna struka ne mogu dati za širu javnost **brzi i eksplicitni odgovor**, što potiče sumnju i nepovjerenje u pripadnike te dvije struke.

reviziju đežurstava i pripravnosti, ujednačavanje koeficijenata, nove sistematizacije radnih mjesta i sl. Vidi Nacionalni program reformi 2017., Vlada Republike Hrvatske, travanj 2017., str. 58.-66., podatak na stranici https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-national-reform-programme-croatia-hr.pdf.

Drugi razlog ovog negativnog trenda prema pripadnicima ovih dviju struka vidimo i u **načinu donošenja propisa iz područja zdravstva**. U njihovom donošenju u raznim fazama i na razne načine sudjeluju osobe koje u pravilu nisu najbolje upoznate s područjem koje ti propisi trebaju urediti, niti imaju temeljna pravna, nomotehnička znanja koja bi jamčila da će ti propisi biti organska cjelina, da neće biti u koliziji s drugim propisima te da će biti provedivi u praksi. A te propise (nacrte i prijedloge) bi trebali u velikoj mjeri kreirati stručnjaci koji imaju znanja iz područja medicine, iz područja prava, kao i iz područja bioetike.

Zato smatramo da je medicinsko pravo, odnosno **zajednički rad medicinske i pravne struke** jedan od preduvjeta i načina za povratak ugleda i statusa ovih dviju struka koji im tradicionalno pripada, a koje sada u nas zasigurno nemaju, barem ne na onoj razini na kojoj bi ih trebali imati. Držimo kako bi se veliki dio problema o kojima smo govorili mogao otkloniti ili prevenirati educiranjem i radom stručnjaka iz područja medicinskog prava.

IV/ ODNOS PREMA DRUGIM SLIČNIM ZNANSTVENIM GRANAMA

1/ Medicinsko pravo (*medical law, droit medical, Artzrechts*) u **užem** (funkcionalnom) **smislu** obuhvaća pravna pravila koja uređuju odnose u obavljanju zdravstvene/medicinske zaštite.[22] Gledano u **širem smislu**, medicinsko pravo obuhvaća i druge propise kojima se ne uređuju izravno odnosi u obavljanju zdravstvene djelatnosti, ali su u svezi s njima, kao što su, primjerice, propisi o prometu i izdavanju lijekova, osiguranju od odgovornosti, medicinskim proizvodima,[23] organizacije zdravstvenog sustava (statusno i organizacijsko medicinsko pravo) i sl. Medicinsko pravo u širem smislu obuhvaća, dakle, i pravne norme koje se tiču lijekova, medicinskih sredstava, prikupljanja i transfuzije krvi i sl.[24]

---

[22] Za tzv. medicinsko pravo u užem smislu ponekad se koristi i naziv „liječničko pravo", jer se drži da su liječnici temeljni nositelji medicinske djelatnosti. Međutim, pretežito je mišljenje da taj naziv nije u potpunosti prikladan jer navodi na pomisao da se radi o grani prava koja se isključivo bavi statusom i radom liječnika, te tako skreće pozornost s činjenice da je cilj medicinskog prava zaštita pacijenata. Stoga se naziv medicinsko pravo drži prikladnijim jer, kao i nazivi drugih pravnih disciplina, ukazuje na djelatnost kojom se bavi, a ne na djelatnike koji tu djelatnost obavljaju. RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 21.; vidi i KLARIĆ, P., Odštetno pravo, Zagreb, 2003., str. 378., bilješka 13.

[23] Tako KLARIĆ, P., Odgovornost za štete u medicini, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

[24] Usp. DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., Medizinrecht, Berlin, 2003., str. 3.

2/ U pravnoj teoriji i judikaturi u zadnje vrijeme pojavljuje se i naziv «**zdravstveno pravo**» ili «pravo zdravlja» (*Health Law*), koji je prema mišljenju nekih autora **sadržajno širi** od pojma «medicinsko pravo», jer obuhvaća sve propise vezane uz zdravstvo, odnosno zdravlje.[25] Drže da je zdravstveno pravo ne samo širi pojam, nego je i socijalno-zdravstveno područje aktivnosti različito od medicinskog prava. Termin i pojam „zdravstva" daleko je sveobuhvatniji od onoga što se shvaća pod „medicinom", te sadrži u sebi naglaske na društvenim i pravnim konotacijama i ingredijentima, jer se radi o važnoj socijalnoj djelatnosti, dok medicina ima svoje biološke, somatske, organske, morfološke komponente i elemente.[26] Smatraju, usto, da je pojam „medicinsko pravo" uži od pojma „zdravstveno pravo" jer medicinsko pravo, u načelu, uređuje odnos između liječnika i pacijenta kao pružatelja i korisnika zdravstvene zaštite, i tek podredno uključuje druge zdravstvene radnike u području svoje regulacije, pa može predstavljati samo jednu od grana zdravstvenog prava.[27]

Treba napomenuti da ima i **suprotnih mišljenja**. Tako Šeparović smatra da je pojam „medicinsko pravo" **obuhvatniji** od pojma „zdravstveno pravo" jer pokriva cjelovito područje medicine kao djelatnosti, kao medicinskog (zdravstvenog) čina, kao struke i poziva, umijeća (*ars*) i znanosti (*scientia*).[28]

Iako medicinskopravna teorija daje različito sadržajno značenje pojmovima «medicinsko pravo» i «zdravstveno pravo», na način da jedni drže da je pojam «medicinsko pravo» sadržajno širi od pojma «zdravstveno pravo», dok drugi tvrde suprotno, držimo da su i pojam «medicinsko pravo» i pojam «zdravstveno pravo» postali svojevrsni ***terminus technicus*** za označavanje (sve brojnijih) pravnih (i etičkih) pravila koja uređuju kompleksne odnose u obavljanju zdravstvene/medicinske zaštite, kao i sve druge odnose i pojave koje su na bilo koji način u svezi s obavljanjem te djelatnosti. Držimo, također, da pri tome nije od primarnog i presudnog značenja koji je pojam sadržajno uži, a koji širi jer se, uostalom, oni vrlo često koriste i kao **sinonimi.**

3/ Prilikom pojmovnog i sadržajnog objašnjenja „medicinskog prava" svakako treba ukazati i na njegov odnos prema **sudskoj medicini**. Pojmovi

---

[25] Vidi LAUFS, A. – UHLENBRUCK, Handbuch des Arztrecht, Munchen, 2002., str. 4.; KLARIĆ, P., Odgovornost za štete u medicini, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

[26] Tako i podrobnije kod RADOVANČEVIĆ, LJ. – RUŠINOVIĆ SUNARA, Đ., Sadržaj i kontekst zdravstvenog prava i bioetike, referat na skupu Lošinjski dani bioetike, Mali Lošinj, Hrvatska, 13.-15. lipnja 2005., str. 3.

[27] Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, 2006., str. 19.

[28] Tako ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 3.

„sudska medicina" i „medicinsko pravo" nisu sinonimi. Sudska medicina (engl. *Forensic Medicine*, njem. *Recht Medizin*) je **grana medicine** koja se, najčešće za potrebe suda, bavi utvrđivanjem činjenica kao što su, primjerice, nastupanje smrti, ozljede i sl.[29] Sudska medicina je medicinska disciplina koja povezuje dvije različite struke i znanosti – medicinu iz kruga bioloških znanosti i pravo kao predstavnika društvenih znanosti, a temeljni joj je zadatak pružanje pomoći pravnoj struci u slučajevima kad u pravnim postupcima treba riješiti različite medicinske probleme.[30] Znanja iz sudske medicine služe uglavnom za razjašnjavanje pravnih problema iz domene zdravlja i bolesti, života i smrti ljudi.[31] Možemo zaključiti da sudska medicina predstavlja, zapravo, pravo u medicini, a medicinsko pravo predstavlja medicinu u pravu.[32] Sudska medicina naziva se i **forenzičkom medicinom**. Često se kao sinonim koristi i pojam **«pravna medicina»**, koja u sebi uključuje **sudsku psihopatologiju** i **medicinsku kriminalistiku**.[33]

4/ Što se odnosa medicinskog prava i (medicinske/bio/integrativne bio) etike tiče, **zajednički im je cilj – humanost**, odnosno promicanje i zaštitu temeljnih ljudskih prava u obavljanju medicinske djelatnosti. To je svakako i razumljivo jer se te dvije discipline i struke bave **najznačajnijim ljudskim vrijednostima**, kao što su život i zdravlje čovjeka, svaka na svoj način.

Značajni predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između liječnika (zdravstvenih radnika) i pacijenata u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni, nego je i etički. U njemu su moralni i pravni obziri pomješani u znatno većoj mjeri nego što je to slučaj s ostalim pravnim odnosima među ljudima. Moralni stavovi liječnika, baš kao i moralni stavovi različitih pojedinaca, nisu uvijek jednaki. Stoga je nužno stalno i trajno raspravljati o etičkim pitanjima unutar liječničkih krugova. S jedne je strane potrebno utvrditi stavove *a priori*, koji će olakšati procjenu etičnosti, dok je s druge strane nužno u svakom pojedinačnom slučaju preispitati moralne postulate kojih se situacija dotiče. Tako će odluke o etičnosti sačuvati utemeljenost na općeprihvaćenim načelima, ali i osigurati razinu pojedinačne posebnosti, kako bi se izbjegli površni i pogrešni zaključci.[34]

---

29 Ibid., str. 3.

30 Vidi ZEČEVIĆ, D. i dr., Sudska medicina i deontologija, Zagreb, 2004., str. 1.

31 Tako JELAČIĆ, O., Osnove sudske medicine za studente prava, Split, 1981., str.5.

32 Usp. RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 21.; RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo u svetu i kod nas, „Pravni informator", 2002., br. 9. str. 1.

33 Tako RAMLJAK, A. – VESEL, J., - Pravna medicina, Banja Luka, 1986., str. 17.-18. O pravnoj medicini vidi i kod MARIĆ, J. – LUKIĆ, M., Pravna medicina, Beograd, 1998.

34 Usp. RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 5.

Medicinska etika[35] dio je opće znanstvene discipline koja se bavi jednim od bitnih područja ljudskog življenja – problematikom morala.[36] Medicinska je djelatnost zbog specifičnosti svog predmeta i svoje svrhe tradicionalno bila regulirana prvenstveno etičkim postulatima. Kao djelatnost usmjerena na ostvarenje dobrobiti čovjeka, tj. zaštitu njegovog života i uspostavljanje, očuvanje i unapređenje njegovog zdravlja, ona nužno počiva na načelu humanosti i može se objasniti samo kao realizacija etičkih (tj. moralnih) stavova o odnosu pripadnik profesije – pacijent. Medicinska etika je jedno od specijalističkih područja etike kao znanstvene discipline, a spada u tzv. profesijske etike. Iako se često izjednačava s tzv. liječničkom etikom, ona je širi pojam jer u sebi sadrži i etičke standarde drugih pripadnika struke (npr. medicinskih sestara, medicinskih tehničara, stomatologa i sl.). U većini zemalja u svijetu pravila medicinske etike su danas utvrđena kao zasebni tekstovi (tzv. kodeksi medicinske etike) od strane različitih strukovnih udruga pripadnika medicinske profesije.[37] Medicinska etika predstavlja jedan od brojnih oblika posebne ili područne etike. Predmetno područje na koje se odnosi medicinska etika obuhvaća medicinsku praksu u najširem smislu riječi.[38] Iako etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila, liječnik (zdravstveni radnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti.[39] Načela liječničkog djelovanja

[35] Medicinska etika predstavlja jedan od brojnih oblika posebne ili područne etike. Predmetno područje na koje se odnosi medicinska etika obuhvaća medicinsku praksu u najširem smislu riječi. ČOVIĆ, A., Pojmovna razgraničenja: moral, etika, medicinska etika, bioetika, integrativna bioetika, rad objavljen na starnici http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/11/Clanak-COVIC-Bioetika-i-dijete.pdf., str. 16.

[36] Usp. ZNIDARČIĆ, Z., Medicinska etika 1 – Uvod, Svrha raspravljanja o medicinskoj etici, Zagreb, 2004., str. 11.

[37] U nazivu ovih akata često se pored ili umjesto termina „etika" inzistira i na terminu „deontologija", no treba naglasiti da je to posljedica promijenjenog odnosa medicinskog prava i medicinske etike kao normativnih sustava u suvremenom društvu. Naime, medicinska deontologija je širi pojam od pojma medicinske etike jer se ona bavi definiranjem i izučavanjem dužnosti (i prava) pripadnika profesije, što znači da naglasak stavlja ne samo na etičku nego i na pravnu dimenziju odnosa. PETRIĆ, S., Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu BiH, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse", Mostar, 2005., broj 3, str. 94.

[38] Vidi kod ČOVIĆ, A., Pojmovna razgraničenja: moral, etika, medicinska etika, bioetika, integrativna bioetika, rad objavljen na starnici http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/11/Clanak-COVIC-Bioetika-i-dijete.pdf., str. 16.

[39] Tako RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo u svetu i kod nas, „Pravni informator", 2002., br. 9. str. 1.

do danas su uglavnom ostala ista, a neka važnija su: načelo neškodljivosti - *primum nil nocere,* činiti samo ono što pridonosi ozdravljenju; dobročinstva - *bonum facere*; autonomije i pravednosti - *autonomia et iustitia.*

Jedan od izvora medicinskog prava su i pravila pojedine medicinske profesije, odnosno kodeksa etike i/ili deontologije pojedine profesije. **Deontologija** (grčki *tò déov:* dužnost + -logija), je znanost o dužnostima, a naziv je prvi put upotrijebio engl. filozof J. Bentham u djelu Deontology, 1834. Danas deontologija znači pouku o dužnostima pripadnika pojedinih staleža (npr. liječnika prema bolesnicima),[40] odnosno objašnjava se kao u**čenje o ispravnosti i dužnosti pojedinih zanimanja.**[41] Danas se *deontologijskima* nazivaju svi oni smjerovi u etici koji normativnost i kakvoću ćudorednoga djelovanja izvode iz dužnosti, neovisno o izvanjskim svrhama i posljedicama djelovanja.[42] Deontologija profesije bi trebala biti samostalni sustav načela i pravila uređenja djelovanja te mogućih vrijednosnih prijepora unutar neke profesionalne skupine i za neku pojedinu profesionalnu skupinu (Primjerice, liječnika, pravnika, novinara i sl.[43] Deontologija je širi pojam od medicinske etike i govori o normama ponašanja (o pravima i dužnostima liječnika). Ona podrazumijeva pravne propise kojima se uređuje liječničko djelovanje i komplementarna je s medicinskim pravom.[44] Medicinska deontologija temelji se na dva dijela – medicinskoj etici i medicinskom pravu.

Bioetika - Pojam «bioetika» nastaje u 20. stoljeću, a tek posljednjih desetljeća postaje i općeusvojeni naziv nove grane suvremene etike.[45] U Bioetičkoj enciklopediji «bioetika» se definira kao sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu prirodnih znanosti i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju.[46] Danas se bioetika

---

40 Podatak kod Hrvatski leksikon, na stranici http://www.hrleksikon.info/definicija/deontologija.html.

41 Podatak na stranici http://sjedi5.com/sto-je-i-sto-znaci/strana-rijec/deontologija/.

42 Podatak kod Hrvatska enciklopedija, na stranici http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=14605.

43 Vidi MILIČIĆ, V., Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika, ćudoredna raskrižja bioetike, Zagreb, 1996., str, 41.

44 Tako MILETIĆ MEDVED, M., Načela na kojima se temelji medicinska etika, rad u knjizi PUNTARIĆ, D. i dr., Javno zdravstvo", Medicinska naklada, Zagreb, 2015., str. 536.

45 Tako VISKOVIĆ, N., Kakva bioetika?, poglavlje u knjizi Nikola Visković «Sumorne godine – nacionalizam, bioetika, globalizacija», Split, 2003., str. 212.

46 Usp. Introduction. In: Reich WT, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed., New York, 1995., str. XXI. Tako i opširnije o tome kod HLAĆA, N., O bioetici u povodu potpisa u Vijeću Europe dvaju međunarodnih dokumenata s bioetičkim sadržajima,

nerijetko poistovjećuje s medicinskom etikom, odnosno s novom medicinskom etikom, jer se drži da su ti pojmovi sinonimi.[47] S druge strane, postoji i mišljenje da to nije u potpunosti točno jer se tvrdi da je bioetika mnogo više od medicine i medicinskih znanosti,[48] pošto globalno sagledava dobrobit čovjeka u kontekstu poštivanja prirode, te da pored medicinske etike uključuje i etiku okoliša, religijsku etiku, socijalnu etiku i dr.[49] I prema mišljenju Callahana, pojam «bioetika» ne podrazumijeva i ne promatra ljudsko zdravlje i kvalitetu života isključivo u medicinskom smislu jer bi takvo shvaćanje bilo preusko da obuhvati šira i sporna pitanja suvremene etike.[50] U definiciju bioetike, ponekad se, pored medicinske etike ubrajaju sudska medicina i profesionalna deontologija.[51]

U teoriji i praksi (bio)medicinske etike, često se može susresti pojam **klinička bioetika**, koji se odnosi na moralno odlučivanje tijekom svakodnevne brige za (konkretnog) pacijenta i etička pitanja koja iz toga proizlaze, a klinička bioetika to čini u okviru šireg interdisciplinarnog područja bioetike koje obuhvaća i filozofiju, teologiju, pravo i dr.[52]

Što se međunarodnih izvora medicinskog prava tiče, njegov izvor su i brojne bioetičke konvencije i deklaracije poput: Konvencije Vijeća Europe o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine; Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, koja je stupila na snagu 1. prosinca 1999.; Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića, koji je stupio na snagu 1. ožujka 2001.;

«Vladavina prava», god. II., 1998., br. 3-4, str. 45.-52., SORTA-BILAJAC, I., Od eutanazije do distanazije, Rijeka, 2005., str. 15.-28.; MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 76.

47 Tako i opširnije kod ŠEGOTA, I., Nova medicinska etika (bioetika), Rijeka, 2000., str. 1. i dalje. O pojmu «globalna bioetika» vidi kod MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 77.

48 Vidi JONSEN A. R. – JAMETON A., Medical Ethics, In: Reich WT, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed., New York, 1995., str. 1624., podatak kod SORTA-BILAJAC, I., Od eutanazije do distanazije, Rijeka, 2005., str. 17.

49 Usp. ŠEGOTA, I., Van Rensselaer Potter II – «otac» bioetike, Bioetički svesci 1999., 6, str. 14.-21.

50 Pogledaj kod CALLAHAN, D., Bioethics, In: Reich WT, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed., New York, 1995., str. 1624., podatak kod SORTA-BILAJAC, I., Od eutanazije do distanazije, Rijeka, 2005., str. 18.

51 Vidi Medicinski leksikon, Zagreb, 1990., str. 106.

52 Tako SORTA-BILAJAC, I., Od eutanazije do distanazije, Rijeka, 2005., str. 19. Vidi i FLETCHER, J. C. – BRODY, H., Clinical Ethics, In: Reich WT, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed., New York, 1995., str. 399.-402.

Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine u svezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla, sastavljen u Strasbourgu, 24. siječnja 2002. (vidi «Narodne novine – Međunarodni ugovori», broj 13/03.); Helsinške Deklaracije o etičkim načelima biomedicinskih istraživanja na ljudskim subjektima iz 2000. godine; Madridske deklaracije o etičkim standardima za psihijatrijsku djelatnost iz 1996. i dr.

4.2.2. Integrativna bioetika – Bioetika je nastala kao reakcija na moralne nedoumice koje je donio razvitak suvremene medicine, jer medicinska etika više ne uspijeva pokriti sve sporne slučajeve i odnose, posebno odnose zdravstvenih radnika i pacijenata. U novije vrijeme javlja se novi koncept, odnosno model bioetike – integrativna bioetika, čija su osnovna obilježja interdisciplinarnost i pluriperspektivizam. Pretpostavka integrativne bioetike je integriranje različitih (i svih) tema i problema vezanih uz *bios*, kao i integriranje različitih (i svih) pristupa tim temama i problemima. Glavne karakteristike tako shvaćene bioetike mogu se sažeti kroz pojmove *multi-, inter-* i *transdisciplinarnosti, pluriperspektivnosti*, te *integrativnosti*. Povijesni razvitak bioetike prema stadiju integrativnosti odvijao se na predmetnom planu kao proces širenja, ali i produbljivanja problemskog područja kojim se bioetika bavila, od početnih problema medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja preko problematike ne-ljudskih živih bića i općih uvjeta održanja života (ekologija) do poniranja u dubinsku, filozofijskopovijesnu dimenziju tih problema, u kojoj su se otvorila pitanja svjetskopovijesnih razmjera – naime, pitanja o karakteru znanstveno-tehničke epohe, o metodološkoj konstituciji i povijesnoj ulozi moderne znanosti, o mijenama u temeljnom odnosu čovjeka i prirode – i u kojoj su se, naposljetku, detektirali procesi prelamanja svjetsko-povijesnih epoha.[53] Model integrativne bioetike, zahvaljujući nastojanju da riješi načelne probleme interdisciplinarnih i interperspektivnih diskusija mogao bi, dakle, poslužiti kao model integrativnog pogleda i na brojne ne-bioetičke probleme, odnosno kao model integrativnih rasprava i u drugim sferama, pa i o onim pitanjima koja nisu bioetička.[54] Čović drži najvažnijim postignućem koncepta integrativne bioetike izgrađivanje inovativnog koncepta integrativne bioetike, s prepoznatljivim doprinosom razvoju bioetike u globalnim razmjerima, jer integrativnu bioetiku u predmetnom pogledu karakterizira široko predmetno

[53] Usp. ČOVIĆ, A., Integrativna bioetika i problem istine, rad objavljen na stranici http://epub.ff.uns.ac.rs/index.php/arhe/article/viewFile/1219/1238, str. 186.

[54] Tako JURIĆ, H., Hrvatska uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera, rad na stranici http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/09/45___dok.doc_.pdf, str. 86.

područje, koje seže od moralnih dilema u medicinskoj praksi i biomedicinskim istraživanjima, preko određivanja moralnog statusa neljudskih živih bića, tematiziranja ekoloških pitanja, uloge znanosti i tehnike u suvremenoj civilizaciji, rasprave o karakteru naše epohe i znakovima prelamanja epoha, sve do teorijskog zasnivanja nove svjetskopovijesne epohe. U metodološkom pogledu integrativnu bioetiku obilježava izrazita interdisciplinarnost, uvažavanje i uključivanje u raspravu relevantnog kruga posebnih znanstvenih disciplina, ali isto tako i kruga neznanstvenih perspektiva koje obuhvaćamo nazivom – kulturne perspektive.[55] U tom kontekstu nastao je i pojam pluriperspektivizma kao metodološko određenje integrativne bioetike, pojam koji u sebi objedinjuje znanstvene i kulturne perspektive. Integrativna bioetika određena je u metodološkom pogledu idejom pluriperspektivizma, prema kojoj se »orijentacijsko znanje« može postizati samo interakcijom različitih spoznajnih perspektiva unutar određenog problemskog polja.

Pravna perspektiva u integrativnoj bioetici nužna je za artikuliranje i rješavanje bioetičkih problema, kako u teorijskom tako i u praktičkom smislu, uz korištenje metodologije integrativne bioetike. Neke od istraživačkih tema koje svakako vrijedi istražiti jesu: odnos između bioetike i zdravstvenog prava s posebnim osvrtom na pravne izvore iz područja bioetike (u poredbenom, europskom i međunarodnom pravu), temeljna bioetička načela gledana iz pravne perspektive, prava pacijenata kao ljudska prava (pravo na adekvatno liječenje, zabrana diskriminacije, pravo na humano postupanje, pravo na privatnost, pravo na samoodređenje, selekcija pacijenata u slučajevima nedostatka sredstava i skl.), informirani pristanak (pojam informiranog pristanka, informacija koja treba biti otkrivena pacijentu, sposobnost davanja pristanka, pravo odbijanja liječenja), odgovornost zdravstvenih radnika (građanska, kaznena itd.) – analiza slučajeva, povjerljivost (definicija liječničke tajne, dužnost i iznimke glede čuvanja liječničke tajne, odgovornost za kršenje povjerljivosti, neovlaštena uporaba povjerljivih podataka), biomedicinska istraživanja na ljudima (pravni i etički okvir biomedicinskog istraživanja –međunarodni dokumenti i nacionalno zakonodavstvo iz poredbene perspektive), pravni aspekti zaštite okoliša, pravni aspekti zaštite životinja.[56] U tom smislu donesen je niz pravnih propisa kojima se artikuliraju i rješavaju bioetički problemi i odnosi iz područja integrativne bioetike, a i Ustav Republike Hrvatske

[55] Vidi ČOVIĆ, A., Pojmovna razgraničenja: moral, etika, medicinska etika, bioetika, integrativna bioetika, rad objavljen na starnici http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/11/Clanak-COVIC-Bioetika-i-dijete.pdf., str. 23.

[56] Podatak kod Znanstveni program Znanstvenog centra izvrsnosti za integrativnu bioetiku, rad na stranici http://www.bioetika.hr/wp-content/uploads/2016/04/ZCI-IB-znanstveni-program.pdf, str. 7.

(„Narodne novine“, NN 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14), kao najviša pravna norma, sadrži niz odredbi koje možemo povezati s područjem interesa integrativne bioetike. Poput odredbe o: očuvanju prirodnog i kulturnog bogatstva i korištenju njime (čl. 2.), o pravu svakog ljudskog bića na život (članak 21.), osobitoj zaštiti nekretnine i stvari od ekološkog značenja, za koje je zakonom određeno da su od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 52.), pravu na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom svakome (čl. 58), zabrani primanja na rad djece prije zakonom određene dobi i prisiljavana na rad koji štetno utječe na njihovo zdravlje, jamčenju prava na zdrav život svakome, osiguravanju uvjeta za zdrav okoliš od strane države, dužanosti, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, posvećivanja osobite skrbi o zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša (čl. 70.).

Treba napomenuti da se (sudska i druga) praksa medicinskog prava često temelji na rješavanju sporova, odnosno problema iz područja bioetike.

4.2.3. Odnos medicinskog prava i (medicinske, integrativne, bio) etike

Zbog značenja i aktualnosti etike i medicinskog prava kod zaštite i promicanja prava pacijenata, ali i uređenja rada i statusa zdravstvenih radnika, odnos ovih dviju znastvenih disciplina i znanstvenih područja postao je predmetom brojnih rasprava i istraživanja.[57]

Tako, primjerice, postoji mišljenje da (integrativna) boietika, kao suvremena interdisciplinarna grana medicinske znanosti, čija je djelatnost utemeljena na zaštiti ljudskih prava u medicini, uključuje u sebi i sudsku medicinu, profesionalnu deontologiju, ali i zdravstveno pravo *sensu strictiori* i zdravstveno pravo u širem smislu. Drugim riječima, drži se da je zdravstveno/medicinsko pravo, kao sadržajno uži pojam, dio bioetike. [58] Svakako, postoji i suprotno mišljenje.[59]

Uvažavajući naprijed navedena mišljenja, držimo ipak da niti je medicinsko/zdravstveno pravo dio bioetike, niti je bioetika dio zdravstvenog/medicinskog prava. U Republici Hrvatskoj znanstvena područja, polja i grane uređeni su Pravilnikom o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima

---

[57] Vidi MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 45.-461., CAPRON, A. M., Law and Bioethics, Encyclopedia of Bioethics, vol. 3., str. 1329.-1335., ZATTI, P., Bioetica e diritto, «Rivista italiana di medicina legale, 1995., br. 17, str. 11ss. I dr.

[58] O tome primjerice kod RADOVANČEVIĆ, LJ., (Ko)relacije bioetike i zdravstvenog prava, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanog u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008., Program i sažeci, str. 15.

[59] Tako, primjerice, postoji mišljenje da profesionalna medicinska etika čini temeljni dio medicinskog prava. Usp. BOŠKOVIĆ, Z., Medicina i pravo, Zagreb, 2007., str. 15. Vidi i MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 458.

i granama („Narodne novine“, broj 118/09, 82/12, 32/13, dalje - **PZPPG**). Naime, medicinsko pravo i medicinska etika/(integrativna) bioetika dva su zasebna znanstvena područja, polja i grane koja se, svako sa svog aspekta, bave istraživanjem i uređenjem odnosa na području medicine/zdravstva.[60] Medicinsko pravo je znanstvena disciplina koja pripada znanstvenom području društvenih znanosti (PZPPG, 5.0), polju prava (PZPPG, 5.02), i izučava se u okviru više znanstvenih grana iz polja prava (primjerice, građansko i građansko procesno pravo, kazneno i kazneno procesno pravo, upravno pravo i upravna znanost, ustavno pravo i dr.). S druge strane, medicinska etika pripada znanstvenom području biomedicine i zdravstva, polju kliničkih medicinskih znanosti (PZPPG, 3.02), grani medicinska etika (PZPPG, 3.02.15). Što se bioetike tiče, najbliže bismo je mogli svrstati u znanstveno područje humanističkih znanosti (PZPPG, 6.00), polje filozofija (PZPPG, 6.01), grana filozofijska bioetika (PZPPG, C6.01.25). Integrativna bioetika prema PZPPG-u svrstana je, pak, u interdisciplinarno područje znanosti (PZPPG, 8.00), znanstveno polje integrativna bioetika (PZPPG, 8.03, prirodne, tehničke, biomedicina i zdravstvo, društvene, humanističke znanosti).

Držimo neprijepornim da integrativna bioetika može (u budućnosti) postojati kao samostalna znanstvena disciplina, a razlog prije svega treba tražiti u izričaju «interdisciplinarna impostacija», jer je to njezin specifikum. Naime, vodeći računa o stalnom razvitku i policentričnom sustavu znanstvene djelatnosti i visokog obrazovanja, moguće je i u budućnosti nužno uspostaviti interdisciplinarna znanstvena područja koja će omogućiti suradnju znanstvenika i znanstvenih organizacija iz više različitih znanstvenih područja, polja i grana u ostvarivanju većeg broja problemski povezanih znanstvenih projekata. Ovo područje bilo je donedavno moguće utvrditi samo načelno kao znanstveno područje različitih znanstvenih područja i polja, a znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja mogla su se utvrditi u svakomu pojedinom predmetu (primjerice, znanost o sustavima i kibernetika, kognitivne znanosti, Life Sciences, Behavioural Sciences i sl.). Znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja uspostavljaju se, pak, temeljem obrazloženog zahtjeva, a odluku o utvrđivanju polja donosi Nacionalno vijeće za znanost, visoko obrazovanje i tehnološki razvoj (*ex* Nacionalno vijeće za znanost) (Arg. PZPPG, čl. 5.). U tom bi pravcu svakako trebalo biti usmjereno i uređenje odnosa medicinskog prava i integrativne bioetike i njihov položaj u sustavu

[60] U tom smislu Matulić drži da: «bioetika i biopravo jesu i ostaju dvije razdvojene stvarnosti, ali intimno povezane i međuovisne, gdje svaka sfera ostaje autonomna i nealterirana u svojoj domeni, ali bezuvjetno legitimira utjecaj jedne na drugu». MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 458.

znanstvenih područja, polja i grana. Značajan iskorak u tom smjeru učinjen je svrstavanjem integrativne bioetike u interdisciplinarno područje znanosti, a svakako bi i medicinsko pravo trebalo ispunjavati uvjete za svrstavanje u interdisciplinarno područje znanosti jer ima za predmet izučavanja znanstvena polja i grane iz najmanje tri znanstvena područja – društvenih i humanističkih znanosti te biomedicine i zdravstva.[61]

Medicinsko pravo i (integrativna) bioetika imaju zajednički cilj – humanost, odnosno promicanje i zaštitu temeljnih ljudskih prava u obavljanju medicinske djelatnosti. To je svakako i razumljivo jer te se dvije struke bave najznačajnijim ljudskim vrijednostima, kao što su život i zdravlje čovjeka, svaka na svoj način.[62]

Medicinska etika i (medicinsko) pravo nerijetko se međusobno nadopunjuju. Pojedini odnosi i problemi koji se pojave u području medicinske djelatnosti mogu biti predmetom interesa i medicinskog prava i medicinske etike, odnosno (integrativne) bioetike. Štoviše, nekada je zajednički pristup nužan da bi se navedeni odnosi mogli kvalitetno urediti, odnosno da bi se uočeni problemi mogli kvalitetno riješiti. Spomenuli smo već neke primjere poput: eutanazije, kloniranja, patentiranja gena i matičnih stanica, nepristanka na medicinsku uslugu iz vjerskih razloga, liječničke tajne, priziva savjesti i sl.

Posebno je značajna i nužna suradnja pripadnika ovih znanstvenih područja kod donošenja propisa kojima se uređuju odnosi u području zdravstva. (Integrativna) bioetika sa svojim etičkim sudovima o konkretnom ponašanju pomaže pravu i pravnoj znanosti u artikuliranju adekvatnih zakonskih normativa.[63] Bioetika, za razliku od etike, insistira da temat svog proučavanja legalno kodificira.[64] Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim **kodeksima**. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni radnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Odnos zdravstvenog radnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, nego su pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih radnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac (primjerice, odredbom čl.

[61] Tako MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 76.

[62] Usp. RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 5.

[63] Vidi MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 453.

[64] Tako MUZUR, A. – RINČIĆ LERGA, I., Etika i bioetika: sličnosti i razlike u odnosu prema pravu, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanog u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008., Program i sažeci, str. 14.

120. ZOZZ-a) digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije.[65] Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je neprijeporno da je medicinska etika izvor medicinskog prava.[66] Kada se etički postulati i pravila ponašanja u području medicine urede pravnim normama, tada dolazi do preklapanja, odnosno svojevrsne simbioze bioetike i medicinskog prava i pri tome je najmanje značajno je li bioetika postala dijelom medicinskog prava ili je, pak, obrnuto.

Treba kazati da medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja i odnosa iz područja medicine.[67] Danas je uobičajeno da na području medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa na tom području što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija.[68] Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše pravilima morala i medicinske etike i deontologije. Tako, na određeni način, bioetika preuzima ulogu prava u uređenju odnosa iz područja medicine, dok se ti odnosi konačno ne urede pravnim normama. S druge strane, pravne norme daju bioetičkim postulatima i teorijama potrebnu praktičnost i opću primjenjivost.[69] Već od samih početaka bioetike bila je razvidna nužnost i neodgodiva potreba za angažmanom pravne znanosti i prava u tematikama i problematikama koje bioetika prihvaća kao svoj materijalni objekt, a pogotovo se danas javlja potreba ozbiljnog i studioznog pravno-znanstvenog promišljanja o brojnim bioetičkim temama.[70]

Drugim riječima, snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika,

---

65 Usp. KLARIĆ, P., Odgovornost za štete u medicini, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

66 Vidi RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 24.

67 Tako JELAČIĆ, O., O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. XIV, 1997., str. 236.

68 Usp. VISKOVIĆ, N., Država i pravo, Zagreb, 1995., str. 219.

69 Tako BOGDANIĆ, M., Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava, referat na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

70 Usp. MATULIĆ, T., Bioetika, Zagreb, 2001., str. 452.

razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi.[71] Kašnjenje pravne intervencije na području medicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini.[72] U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

Treba napomenuti da se (sudska i druga) praksa medicinskog prava često temelji na rješavanju sporova, odnosno problema iz područja bioetike.

V/ PRAVNI IZVORI MEDICINSKOG PRAVA

1/ Medicinsko pravo je skup raznorodnih pravila, koja pripadaju različitim granama prava, a zajedničko im je da uređuju odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti. Izvori medicinskog prava brojni su s tendencijom da budu sve brojniji, a usto su i disperzirani. Izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u više skupina: propise koji **izravno** uređuju odnose koji nastaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti, te propise iz drugih područja prava (primjerice, ustavnog, građanskog, građanskog procesnog, kaznenog,[73] kaznenog procesnog, radnog i socijalnog, upravnog, obiteljskog, međunarodnog i sl.), koji dijelom (**posredno**) uređuju pojedina pitanja vezana za odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti.[74]

Nadalje, pravne izvore medicinskog prava mogli bismo podijeliti i po drugim **kriterijima.** Primjerice, nacionalne i međunarodne; s obzirom na donositelja na one koje donose državni organi, razne ustanove i druge pravne osobe (tzv. autonomno pravo), komore i udruge zdravstvenih djelatnika (tzv. staleško pravo) i dr.

2/ Zakoni predstavljaju temeljni **izravni izvor medicinskog prava.** Kao najznačajnije, kapitalne zakone izdvojili bismo:

a/ Zakon o zdravstvenoj zaštiti – ZOZZ, kojim se uređuju: načela, mjere, način provođenja te organizacija zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite

---

71 Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 5.

72 Tako i podrobnije o tome kod VISKOVIĆ, N., Bioetika i biomedicinsko pravo, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 32, 1995., br. 1-2, str. 78.-82.

73 O tzv. medicinskom kaznenom pravu podrobnije kod KOROŠEC, D., Medicinsko kaznensko pravo, Ljubljana, 2004.

74 Šeparović navedene izravne izvore medicinskog prava naziva izvorima medicinskog prava u užem smislu, dok ostale pravne izvore medicinskog prava koji se odnose na «zdravstveni čin», naziva izvorima medicinskog prava u širem smislu. ŠEPAROVIĆ, Z., Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., str. 4.

te sadržaj, način obavljanja i nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti (ZOZZ, čl. 1. st. 1.); **b/ Zakon o liječništvu** („Narodne novine“, br. 121/03, 117/08, dalje - **ZOL**), kojim se uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj; **c/ Zakon o sestrinstvu** („Narodne novine“, br. 121/03, 117/08, 57/11, dalje - **ZOS**), kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj; **d/ Zakon o primaljstvu** („Narodne novine“, br. 120/08, 145/10, dalje - **ZOP**), kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom primalja u Republici Hrvatskoj; **e/ Zakon o dentalnoj medicini** („Narodne novine“, broj 121/03, 117/08, 120/09, dalje - **ZODM**), kojim se uređuju ustrojstvo te uvjeti za obavljanje stomatološke djelatnosti kao službe koja osigurava pružanje stomatološke pomoći osobama u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja; **f/ Zakon o ljekarništvu** („Narodne novine“, broj 121/03, 142/06, 35/08, 117/08, dalje - **ZOLJK**), kojim se uređuje način organiziranja i provođenja ljekarničke djelatnosti kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije pod uvjetima i na način propisan tim Zakonom; **g/ Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti** („Narodne novine“, broj 121/03, 117/08, dalje - **ZOMBD**), kojim se uređuju načela, način organiziranja i provođenja medicinsko-biokemijske djelatnosti, kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistar medicinske biokemije pod uvjetima i na način propisan tim Zakonom; **h/ Zakonom o djelatnostima u zdravstvu** („Narodne novine“, broj 87/09, dalje - **ZODUZ**), kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom sanitarnih inženjera, stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, stručnih prvostupnika radne terapije i stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike; **i/ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju** («Narodne novine», broj 80/13, 137/13), kojim se uređuje: sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba osiguranih prema ovom zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući

i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju**,** čl. 2.); **j/ Zakon o zaštiti prava pacijenata** («Narodne novine», broj 169/04., 37/08., dalje - **ZOZPP**), kojim se određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava. Pacijentom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije (ZOZPP, čl. 1.); **k/ Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti** (Narodne novine, broj 120/2008), kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nada radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na fizioterapeute na odgovarajući način se primjenjuju i na fizioterapeutske tehničare, radne terapeute, masere-kupeljare koji sudjeluju u procesu fizioterapeutske skrbi pacijenta, uzimajući u obzir njihov djelokrug rada.[75]

[75] Pored ovih temeljnih zakona, kao izravni izvor medicinskog prava mogli bi spomenuti i sljedeće zakone: Zakon o lijekovima («Narodne novine», broj 76/13, 90/14.), kojim se radi osiguranja djelotvornih, kvalitetnih i sigurnih lijekova kao proizvoda od posebnog značaja za zdravstvenu zaštitu ljudi utvrđuje postupak ispitivanja i stavljanja u promet, proizvodnja, označavanje, klasifikacija, promet, farmakovigilancija, oglašavanje i informiranje, nadzor nad lijekovima te provjera kakvoće lijekova (Zakon o lijekovima, čl. 1.); Zakon o medicinskim proizvodima („Nrodne novine“, broj 76/13.), kojim se radi osiguranja kakvoće, sigurnosti i izvedbenih mogućnosti medicinskih proizvoda kao proizvoda od posebnog značenja za zdravstvenu zaštitu ljudi utvrđuju zahtjevi za medicinske proizvode, klinička ispitivanja medicinskih proizvoda, upis u očevidnik proizvođača medicinskih proizvoda, ocjenjivanje sukladnosti i oznaka »CE«, tijela za ocjenjivanje sukladnosti, upis u očevidnik, promet, oglašavanje, vigilancija i nadzor nad medicinskim proizvodima (Zakon o medicinskim proizvodima, čl. 1.); Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama («Narodne novine», broj 76/14.), kojim se propisuju temeljna načela, zaštita prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama (Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, čl. 1.); Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti («Narodne novine», broj 79/07, 113/08, 43/09 i 22/14 - RUSRH), kojim se utvrđuju zarazne bolesti čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za Republiku Hrvatsku, kao i mjere za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti (Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, čl. 1.); Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj («Narodne novine», broj 80/13.), kojim se uređuje obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita stranaca u Republici Hrvatskoj, opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, opseg prava na zdravstvenu zaštitu te druga prava i obveze stranaca prema ovom Zakonu, uvjeti i način ostvarivanja i financiranja zdravstvene zaštite stranaca u Republici Hrvatskoj te prava i obveze provoditelja zdravstvene zaštite. (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u republici hrvatskoj,

3/ Pored zakona, izravni izvor medicinskog prava su i vrlo brojni (provedbeni) **podzakonski propisi**, koje ponajviše donose Ministarstvo zdravstva i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Podzakonskim se propisima obično razrađuju pitanja koja su samo općenito, načelno regulirana zakonom.

4/ Samo dio pravnih pravila nalazi se u pravnim propisima kojima se izravno i jedino uređuje medicinska djelatnost i status njezinih djelatnika, dok je drugi dio pravila medicinskog prava raspoređen, odnosno nalazi se u brojnim drugim zakonskim i podzakonskim tekstovima koji pripadaju različitim područjima prava, a jednim dijelom uređuju i područje medicinskog prava.[76] Tako Ustav Republike Hrvatske («Narodne novine», broj 41/01 – pročišćeni tekst, 55/01., 76/10, 85/10, 05/14), sadrži i neke odredbe kojima se na izravan ili neizravan način uređuju i odnosi na području medicinskog prava. Ustav svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (Ustav, čl. 58.), te propisuje da svatko ima pravo na zdrav život. Usto, propisuje da je država dužna osigurati uvjete za zdrav okoliš, te da je svatko dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, posvećivati osobitu skrb zaštiti zdravlja ljudi (čl. 69.). Nadalje, propisuje da svako ljudsko biće ima pravo na život (Ustav, čl. 21.), te da nitko ne smije biti podvrgnut bilo kakvu obliku liječničkih pokusa bez svoje privole (Ustav, čl. 23.). Koliko značenje Ustav daje zaštiti zdravlja može se najbolje vidjeti iz odredaba čl. 16. i 50. Ustava prema kojima se sva druga ustavna prava i slobode mogu ograničiti, ako je to potrebno radi zaštite zdravlja.[77] Kao neizravne izvore medicinskog prava spomenuli bismo i sljedeće zakone: Zakon o obveznim odnosima («Narodne novine», broj 35/05., 41/08,

čl. 1.); Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva («Narodne novine», broj 53/91.), koji je, u stvari, preuzeti zakon bivše SFR Jugoslavije; Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (prije: Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja) («Narodne novine», broj 144/12.), kojim se utvrđuju uvjeti za presađivanje ljudskih organa, te osiguranje kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih presađivanju u svrhu liječenja (Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, čl. 1.); Zakon o krvi i krvnim pripravcima («Narodne novine», broj 79/06., 124/11.), kojim se uređuje opskrba stanovništva Republike Hrvatske krvlju i krvnim pripravcima koja obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera i aktivnosti na području planiranja, prikupljanja i testiranja krvi te proizvodnje, čuvanja i raspodjele krvnih pripravaka. Odredbe ovoga Zakona ne primjenjuju se na opskrbu lijekovima iz ljudske krvi ili ljudske plazme (Zakon o krvi i krvnim pripravcima, čl. 1.); Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju («Narodne novine», broj 85/06., 150/08, 71/10.), kojim se uređuju vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja (Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, čl. 1.); i dr.

[76] Usp. RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo u svetu i kod nas, „Pravni informator", 2002., br. 9., str. 1.

[77] Tako KLARIĆ, P., Odštetno pravo, Zagreb, 2003., str. 379.

125/11, 78/15**);** Kazneni zakon («Narodne novine», broj 125/11, 144/12, 56/15, 61/15); Zakon o zaštiti tajnosti podataka („Narodne novine“, broj 108/96.); Zakon o tajnosti podataka („Narodne novine“, broj 79/07, 86/12.); Zakon o zaštiti osobnih podataka (“Narodne novine”, br. 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12); Zakon o pravu na pristup informacijama (“Narodne novine”, br. 25/13, 85/15); Zakon o kaznenom postupku, «Narodne novine», broj 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14); Zakon o parničnom postupku («Narodne novine», broj 53/91, 91/92, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 02/07, 84/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14.); Zakon o općem upravnom postupku («Narodne novine», br. 47/09.); Zakon o zaštiti od ionizirajućih zračenja («Narodne novine», broj 91/10.); Zakon o sanitarnoj inspekciji («Narodne novine», broj 113/08, 88/10.); Zakon o otrovima («Narodne novine», broj 27/99.); Zakon o obrtu («Narodne novine», broj 143/13.); Zakon o trgovačkim društvima («Narodne novine», broj 111/93, 34/99, 121/99, 52/00, 118/03, 107/07, 146/08, 137/09, 125/11, 152/11, 111/12, 68/13) i dr.

5/ Osim propisa koje donosi država, izvor medicinskog prava je i tzv. **staleško pravo**, a čine ga propisi koje, uz eventualno odobrenje nadležnog organa (ministarstva), donose razne profesionalne udruge i organizacije zdravstvenih djelatnika (primjerice, liječnička, ljekarnička, stomatološka ili sestrinska komora, udruga inženjera medicinske radiologije i dr.),[78] deklaracije međunarodnih strukovnih organizacija i sl., a kojima se uređuje ponašanje zdravstvenih djelatnika prilikom obavljanja svoje profesije, međusobni odnosi članova pojedine profesije/komore, odnos prema pacijentima, društvu, kao i druga prava, dužnosti i odgovornosti.[79] Staleško pravo rezultat je samostalnosti strukovnih organizacija unutar zdravstvenog sustava koje na temelju zakonskih ovlasti mogu donositi podzakonske opće akte kojima reguliraju temeljna pitanja iz područja njihove struke.[80] Propisi staleškog prava ograničenog su dosega jer važe isključivo za članove komore/udruge određene profesije, a ne obvezuju

[78] U Republici Hrvatskoj djeluju Hrvatska liječnička komora, Hrvatska stomatološka komora, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, koje su strukovne organizacije zdravstvenih radnika sa statusom pravne osobe (arg. ZOZZ, čl. 189.). Ako posebnim zakonom nije drukčije određeno, zdravstveni radnici visoke stručne spreme i medicinske sestre koji obavljaju zdravstvenu djelatnost na području Republike Hrvatske, obvezno se učlanjuju u navedene komore (ZOZZ, čl. 190.).

[79] U tom smislu RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 23.

[80] Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, 2006., str. 41.

pacijente i treće osobe, ali im ipak mogu jamčiti određena prava.[81] Staleško pravo pojavljuje se najčešće u obliku **statuta** strukovnih komora,[82] te **pravila pojedine medicinske profesije**, odnosno **kodeksa etike i/ili deontologije** pojedine profesije. Liječnik (zdravstveni radnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti.[83] Etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila. Međutim, odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, već su i pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac odredbom čl. 120. ZOZZ-a digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije.[84] Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je neprijeporno da je medicinska etika izvor medicinskog prava.[85]

Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim **kodeksima**. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni djelatnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Najstarija kodifikacija liječničke etike je Hipokratova zakletva.[86] U Republici

[81] Tako RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 23.

[82] Vidi Statut Hrvatske liječničke komore, («Narodne novine» br. 47/04.); Statut Hrvatske stomatološke komore («Narodne novine», broj 44/04., 69/06.); Statut Hrvatske ljekarničke komore, od 27. svibnja 2004. godine; Statut Hrvatske komore medicinskih sestara, od 1. listopada 2003. (izmjene 18. rujna 2005.); Statut Hrvatske komore medicinskih biokemičara, od 29. studenog 1994. godine, izmijenjen 23. siječnja 2004. godine.

[83] Tako RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo u svetu i kod nas, „Pravni informator", 2002., br. 9. str. 1.

[84] Usp. KLARIĆ, P., Odgovornost za štete u medicini, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

[85] Vidi RADIŠIĆ, J., Medicinsko pravo, Beograd, 2004., str. 24.

[86] Hipokratova zakletva drevni je dokument i temelj je medicinske etike. Nastala je u V. stoljeću prije Krista. Hipokrat je postavio temelje moderne medicine, oslobađajući je od religije, nametanja kulta čovjeka i uvođenjem znanstvenog načela promatranja čovjeka i prirode. Hipokrat je u zakletvu unio temeljna deontološka načela koja su u to vrijeme važila u Grčkoj. Vidi NIKOLIĆ, S., Etika zdravstvenih radnika danas,

Hrvatskoj najznačajniji su Kodeks medicinske etike i deontologije («Narodne novine», broj 47/04.); Kodeks stomatološke etike i deontologije, od 7. lipnja 1996. godine; Kodeks ljekarničke etike i deontologije, od 18. travnja 1996. godine; Etički kodeks medicinskih sestara, od 22. prosinca 2005. godine; Kodeks etike i deontologije medicinskih biokemičara, od 8. svibnja 1996. godine; Kodeks etike Društva inženjera medicinske radiologije, od 24. svibnja 2003. godine. Što se međunarodnih kodeksa medicinske etike i deontologije tiče, spomenuli bismo Međunarodni kodeks medicinske etike, usvojen na 3. generalnoj skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Londonu, 1949. godine, te Načela etike za europske liječnike, Međunarodne konferencije predstavnika liječničkih komora i sličnih liječničkih organizacija iz zemalja članica Europske unije iz 1987. i 2001. godine.

6/ Pravni izvor medicinskog prava kojeg nije donio zakonodavac predstavlja i **tzv. autonomno pravo.** Autonomni izvori prava su oni koje je donio (ili je barem sudjelovao u njihovom donošenju) subjekt na kojeg će se oni i primjenjivati. Kod tih su izvora adresant i adresat pravne norme iste (pravne) osobe. Autonomni su izvori oblik samoregulacije i samoobvezivanja, u granicama slobode koju im je dao zakonodavac. Oni imaju karakter prava jer su popraćeni državnom sankcijom, ali kroz te norme dolazi do izražaja volja i odluka subjekta na kojeg se primjenjuju.[87] Na području zdravstvene djelatnosti

«Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90. Polagali su je prilikom stupanja na dužnost svi liječnici koji su pripadali Hipokratovom društvu Asklepiada. Cjeloviti tekst Hipokratove zakletve objavljen je kod MILIČIĆ, V., Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – ćudoredna raskrižja bioetike, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII. Zdravstveni djelatnici najčešće se susreću sa Ženevskom formulacijom Hipokratove zakletve, u kojoj su naglašene obveze koje, prema iskustvima iz prethodna dva svjetska rata, nisu poštivane. Usp. NIKOLIĆ, S., Etika zdravstvenih radnika danas, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90. Usvojena je u Ženevi, 1948. godine, dopunjena na 22. Skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1968., i 35. skupštini u Veneciji, 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – ćudoredna raskrižja bioetike, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII.-XXIV. I Međunarodni kodeks liječničke etike nalaže : "Liječnik je dužan držati u tajnosti sve što zna o bolesniku, čak i nakon njegove smrti". Usvojen je u Londonu 1949. godine, te dopunjavan dva puta: na skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1986., i Veneciji 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – ćudoredna raskrižja bioetike, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIV.-XXV. Usp. DOURAKI, T., Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights, «Pravni život», god. LI, 2002., br. 9, str. 183.

87 Podrobnije kod BOŠKOVIĆ, Z., Pravni nadzor u području farmacije, JAHR, vol. 3, 2012., br. 6, str. 473.

to bi najčešće bili statuti, pravilnici, poslovnici, kolektivni ugovori, rješenja i drugi opći akti zdravstvenih ustanova (bolnice, lječilišta, domovi zdravlja, zavodi, poliklinike i sl.) te trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

7/ Ubrzanim razvitkom medicinskog prava povećava se i broj njegovih pravnih izvora, i to ne samo na nacionalnoj razini, nego i na **međunarodnoj razini**.[88] I međunarodne izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u one kojima se izravno uređuje područje medicinskog prava, te one iz drugih područja koji dijelom (posredno) uređuju pojedina pitanja iz područja medicinskog prava.[89] Osim višestranih međunarodnih sporazuma, međunarodni izvor medicinskog prava mogu biti i **bilateralni sporazumi**. Tako su međunarodni bilateralni sporazumi izvor i hrvatskog medicinskog prava, kako oni koje je sklopila Republika Hrvatska, tako i oni koje je preuzela sukcesijom od bivše SFR Jugoslavije.[90]

---

[88] Tako MEMETEAU, G., Droit medical, Paris, 1986., str. 19.

[89] Tako se najvažnija pitanja i načela iz područja medicinske djelatnosti inkorporiraju i u konvencijama o ljudskim pravima kao što je, primjerice, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1950. godine. Što se međunarodnih izvora medicinskog prava tiče, naveli bismo, primjerice, sljedeće: Konvencija Vijeća Europe o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine; Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, koja je stupila na snagu 1. prosinca 1999.; Dodatni protokol uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića, koji je stupio na snagu 1. ožujka 2001.; Dodatni protokol uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine u svezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla, sastavljen u Strasbourgu, 24. siječnja 2002. (vidi «Narodne novine – Međunarodni ugovori», broj 13/03.); Deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije o promicanju prava pacijenata u Europi iz 1994. godine; Deklaracija ujedinjenih naroda o borbi protiv HIV/AIDS-a iz 2001. godine; Helsinška Deklaracija o etičkim načelima biomedicinskih istraživanja na ljudskim subjektima iz 2000. godine; Madridska deklaracija o etičkim standardima za psihijatrijsku djelatnost iz 1996.; Lisabonska deklaracija o pravima pacijenata iz 1981.; Deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja o nezavisnosti i profesionalnoj slobodi liječnika iz 1986.; Deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja o ljudskim pravima i osobnoj slobodi medicinskih radnika iz 1985.; Deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja o medicinskoj edukaciji iz 1987. i 1991.; Madridska deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja o profesionalnoj autonomiji i samoregulaciji iz 1987.; Malteška deklaracija Svjetskog medicinskog udruženja o štrajku glađu iz 1991. i 1992. i dr. Treba napomenuti da međunarodni ugovori koji su sklopljeni i potvrđeni u skladu s Ustavom Republike Hrvatske i objavljeni, a koji su na snazi, čine dio unutarnjega pravnog poretka Republike Hrvatske, te su po pravnoj snazi iznad zakona. Njihove se odredbe mogu mijenjati ili ukidati samo uz uvjete i na način koji su u njima utvrđeni, ili suglasno općim pravilima međunarodnog prava (Ustav, čl. 141.).

[90] Spomenuli bismo, primjerice, Temeljni sporazum između Vlade Republike Hrvatske

VI/ UMJESTO ZAKLJUČKA – ZNAČAJ MEDICINSKOG PRAVA

1/ Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka, a u nekima se čak i preklapaju. U tom smislu, vidjeli smo, postoji niz područja u kojima se medicinska i pravna znanost i praksa isprepliću i nužno koegzistiraju. Pri tome je potpuno nevažno je li u konkretnom predmetu veći udio medicine ili prava.

Zbog svoje interdisciplinarnosti medicinsko pravo je vrlo kompleksno, pa zahtijeva od **pravnika barem elementarno poznavanje medicinske problematike, ali i obrnuto**.[91] Posebno se akcent postavlja na poznavanje medicinske prakse i visokih standarda i dostignuća u području medicinske djelatnosti, jer je to, među ostalim, dovelo i do znatnog širenja instituta odgovornosti zdravstvenih djelatnika, ne samo u pogledu stručnog, *lege artis* postupanja, nego i u pogledu iskazivanja dužne pažnje i poštivanja tuđih i vlastitih prava tijekom obavljanja zdravstvene djelatnosti.[92]

2/ Kada govorimo o značaju medicinskog prava kao znanstvene discipline i grane prava na uređenje odnosa u području zdravstva, prvenstveno bi trebalo ukazati na **edukacijski značaj medicinskog prava**. Educiranje (budućih) zdravstvenih djelatnika na ovom području svakako bi pridonijelo prevenciji pogrešaka, umanjilo bi trend primjene tzv. *defensive medicine* i omogućilo bi bolju informiranost i bolje ostvarivanje zajamčenih prava pacijenata. Naime, medicinsko pravo je u našem pravu (još uvijek) relativno nova znanstvena disciplina i grana, čiji bi razvitak trebao pridonijeti obrazovanju stručnjaka koji će raspolagati multidisciplinarnim znanjima. Postojanje polivalentno obrazovanih stručnjaka, odnosno stručnjaka koji će imati znanja iz područja prava, medicine i bioetike, korisno je i nužno zbog **rješavanja brojnih problema multidisciplinarnog značaja koji se javljaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti.**

---

i Svjetske zdravstvene organizacije o uspostavi tehničko-savjetodavne suradnje («Narodne novine – Međunarodni ugovori», broj 5/06.); Sporazum o suradnji u oblasti zdravstvene zaštite SFRJ i ČSSR («Službeni list – Međunarodni ugovori i drugi sporazumi», br. 6/64.) (sukcesija); i Konvenciju između Vlade FNRJ i Vlade NR Mađarske o sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti («Službeni list – Međunarodni ugovori i drugi sporazumi», br. 9/58.) (sukcesija).

[91] Upravo zbog povezanosti ove dvije struke, liječnicima je u svakodnevnom radu potrebno (prethodno) elementarno poznavanje pravnog aspekta, odnosno mogućih negativnih pravnih posljedica njihova rada, posebno jer često odluke moraju donositi u trenu. Liječnici su sve više izloženi kaznenim prijavama, građanskim tužbama i stegovnim postupcima zbog eventualnih propusta i grešaka u njihovom radu.

[92] Tako MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pravo kao garant vršenja medicine, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15.

Bez pretenzija da obuhvatimo sve poslove koje bi **specijalisti medicinskog prava** mogli obavljati, odnosno **kompetencije** koje bi mogli i trebali steći izobrazbom, slobodni smo nabrojati neka od znanja, odnosno neke od potencijalnih **poslova i zadataka** specijalista medicinskog prava: znanja o osnovnim izvorima medicinskog prava, o ugovornom aspektu odnosa liječnik ili ustanova ili trgovačko društvo – pacijent, o pretpostavkama odgovornosti za štete u medicini i doživljene nelagodnosti tijekom medicinskog tretmana, o pravnoj regulativi medicinski potpomogunutog začeća, doniranja tkiva i organa, o pravnom uređenju uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja i medicinski potpomognutog začeća, o pravnom uređenje zaštite osoba s duševnim smetnjama, pravnom uređenje prekida trudnoće, ugovoru o medicinskim uslugama, informiranom pristanaku pacijenta, odgovornosti za štete u medicini, osiguranju od odgovornosti, zdravstvenom osiguranje, o pravima i dužnostima liječnika s posebnim naglaskom na liječničku tajnu i vođenje liječničke dokumentacije, o uvjetima provođenja biomedicinskih istraživanja nad ljudima, o kaznenoj odgovornosti liječnika, o zaštiti potrošača kroz kazneno pravo, o odgovornosti za prijevarno postupanje u pružanju zdravstvenih usluga, o etičkim i pravnim problemima kloniranja i pobačaja, o pravnim aspektima intenzivne medicine s posebnim osvrtom na pitanja vezana uz eutanaziju, o pravnoj zaštiti HIV pozitivnih osoba odnosno osoba s AIDS-om, o inkriminacijama vezanim uz ovisnost, o upotrebi biomedicinskih spoznaja u kaznenom pravu i kriminologiji, o kaznenim djelima iz područja zdravstva (nesavjesno liječenje, samovoljno liječenje, nepružanje medicinske pomoći), o problematici pravne odgovornosti u uvjetima timskog rada na relaciji liječnik, medicinska sestara (i drugi zdravstveni radnici), pacijent; o liječničkom zvanju i načelima obavljanja liječničke djelatnosti; pravima i obvezama liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti; vrednovanju liječničke djelatnosti (sve navedeno analogno vrijedi i za druge zdravstvene radnike); radu i ustroju Hrvatske liječničke komore i drugih komora zdravstvenih radnika; Kodeksima medicinske etike i deontologije te disciplinskoj odgovornosti zdravstvenih radnika, o postupku sudske zaštite i ostvarivanja individualnih prava pacijenata; izvanparničnim, ovršnim i stečajnim postupcima u području zdravstva te ostvarivanju prava pacijenata i udruga za zaštitu pacijenata u postupku pred ustavnim sudom RH i pred Sudom za ljudska prava Vijeća Europe, prisilnoj hospitalizaciji, oduzimanju i vraćanju poslovne sposobnosti, parnicama radi utvrđivanja očinstva i materinstva, značaju medicine u predistražnom postupku, fiksiranju dokaza i donošenju presude, ulozi DNK u istraživanju kaznenih djela, ovlasti policije i tijela kaznenog postupka na tjelesne preglede okrivljenika i drugih osoba, na uzimanje mokraće, krvi, povjerljivih medicinskih uzoraka, analizu genetskog materijala, primjene

medicinskih intervencija za potrebe kaznenog postupka, prisilnom liječenju pritvorenika, medicinskim uzrocima nesposobnosti okrivljenika da sudjeluje u kaznenom postupku, pravu na suodlučivanje, na obaviještenost; na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka; na pristup medicinskoj dokumentaciji; na povjerljivost; na održavanje osobnih kontakata; na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove; na privatnost; na naknadu štete; o nastanku i razvoju zdravstvenih sustava kroz povijest, modelima financiranja i upravljanja zdravstvenim sustavima u svijetu, problemima i poteškoćama koje se pri tome javljaju, formalnim i neformalnim organizacijskim strukturama u zdravstvu, stanjem u zdravstvenom sustavu Hrvatske, mogućim mjerama i metodama koje se mogu poduzimati kako bi se osiguralo njegovo pravilno funkcioniranje i ostvario javni interes zbog kojeg i postoji posebna regulacija tog područja društvenog života, o temeljnim institutima radnog i socijalnog prava, o propisima koji reguliraju ispitivanje, registraciju, proizvodnju i promet lijekova a posebno o izumima nebioloških i mikrobioloških postupaka i proizvoda; izumima koji se odnose na element izoliran iz ljudskog tijela ili proizveden tehničkim postupkom, uključujući odsječak ili djelomični odsječak gena; izumima koji se odnose na dijagnostičke ili kirurške postupke ili postupke liječenja koji se primjenjuju neposredno na ljudskom tijelu; postupcima kloniranja ljudskih bića, postupcima za modificiranje genetičkog identiteta zametne loze ljudskih bića, uporabi ljudskih embrija u industrijske ili komercijalne svrhe; patentnoj zaštiti izvedenih bioloških materijala; patentnoj zaštiti proizvoda koji sadrži ili se sastoji od genetičke informacije, ograničenja prava iz patenata, ograničenje učinaka s obzirom na patente iz područja biotehnologije, zaštiti generičkih lijekova, o štetnim zdravstvenim učincima okolišnih čimbenika, uvjeta i načina rada; ovisnosti zdravlja i bolesti o čimbenicima vezanim za neposredni životni i radni okoliš uključujući i izvanredna stanja; o uzrocima i prevenciji ozljeda na radu, profesionalnih bolesti, bolesti u svezi s radom kao i drugih bolesti koje su važne u morbiditetu radnika kao uzrok privremene ili trajne nesposobnosti za rad; o sindikatima i sindikalnom djelovanju u oblasti zdravstva, o osiguranju financiranja javno-zdravstvenih usluga, odnosu javnog i privatnog u zdravstvenom sustavu, ponude i potražnje zdravstvenih usluga, troškova bolničkih programa, poreznih poticaja itd.

3/ Sve to nužno traži i odgovarajući **proces naobrazbe** polivalentnih stručnjaka koji će moći udovoljiti tim složenim zahtjevima.[93]

[93] Podrobnije kod GOSIĆ, N., Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

3.1. Osim što bi trebali biti podrobno upoznati s pravnim propisima i pravnom praksom iz područja zdravstva**, pravnici** bi trebali biti barem na općenitoj razini upućeni u medicinsku problematiku,[94] kroz odgovarajući **proces naobrazbe polivalentnih stručnjaka** koji će moći udovoljiti tim zahtjevima. Temeljne spoznaje o tome pravnici bi mogli steći tijekom studiranja iz kolegija medicinsko/zdravstveno pravo, sudska medicina, sudska psihijatrija/psihopatologija i sl.[95] Na žalost, medicinsko/zdravstveno pravo, kao ni bioetika,[96] ne izučavaju se sustavno kao zasebni obvezni predmeti na našim pravnim fakultetima,[97] dok se, suprotno, pod raznim nazivima, s različitim sadržajem i opsegom te s različitim nastavnim programima, ponegdje nalaze u studijskim programima medicinskih, zdravstvenih i nekih drugih stručnih, preddiplomskih, diplomskih i poslijediplomskih studija, što držimo iznimno značajnim i pozitivnim.[98] Međutim, postoji mišljenje da unatoč tome njihova zastupljenost u studijskim programima medicinskih fakulteta nije zadovoljavajuća s obzirom na realno stanje koje se najbolje očituje kroz veliki broj tužbi protiv liječnika, opadanje interesa studenata za studiranje na fakultetima zdravstvenih usmjerenja te malu ili gotovo nikakvu zainteresiranost za kirurške, anesteziološke, ginekološke i druge „rizične" specijalizacije.[99]

---

[94] Podrobnije kod Gosić, N. (2008). Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu Bioetika i medicinsko pravo u Rijeci.

[95] Usp. JELAČIĆ, O., O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. XIV, 1997., str. 236.

[96] Jedna od najznačajnijih uloga bioetike upravo je njezina edukacijska uloga. Malo je vjerojatno da će zakonodavac pravnim normama u potpunosti urediti sve, često i prijeporne odnose u obavljanju medicinske djelatnosti, ako sama medicinska profesija jasno ne definira svoje ciljeve i načela. Ovo je posebno značajno zbog trenda zanemarivanja humanističkih u korist znanstvenih ciljeva u medicini. Tako BOGDANIĆ, M., Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava, referat na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

[97] Na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu izvodi se izborni kolegij Medicina i pravo, a na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu izvodi se izborni kolegij Zdravstveno pravo.

[98] Primjerice, u svom studijskom programu Madicinski fakultet u Osijeku ima kolegije Pravo na život i Kako primijeniti Hipokratovu prisegu; Visoka zdravstvena škola u Zagrebu, Studij inženjera medicinske radiologije u planu ima (u planu) kolegij Zdravstveno pravo; Medicinski fakultet u Rijeci ima kolegije Medicinska etika i bioetika i Etika zdravstvene skrbi; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu – Stručni studij Medicinske radiologije izvodi kolegij Zdravstveno pravo i etika i dr. Usto, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu izvode se i Medicinska etika, Etika u zdravstvu, Filozofija i bioetika u zdravstvenoj njezi.

[99] Usp. ŽUNIĆ, LJ., Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike, seminarski rad – neobjavljeno, Split, 2009., str. 8.

Usprkos nedostatku (mogućnosti) stjecanja takvih specijaliziranih znanja, pravnici su prisiljeni pisati pravne propise iz područja medicinskog prava i primjenjivati ih u praksi. Nedostatak tih znanja naše pravnike dovodi u podređeni položaj u odnosu na pravnike iz Europske unije i drugih zemalja.

3.2. Značajan iskorak na planu izobrazbe stručnjaka iz područja medicinskog prava uradio je Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu ustrojavanjem **poslijediplomskog specijalističkog studija «Medicinsko pravo»**, koji ima za cilj obrazovanje specijalista medicinskog prava, kako bi mogli obavljati vodeće i najsloženije poslove u zdravstvenim ustanovama, pravosuđu, visokoškolskim i drugim obrazovnim ustanovama, institutima te državnim i drugim javnim institucijama. Studij mogu upisati pristupnici koji su diplomirali na sveučilišnom studiju prava. Studij mogu upisati i pristupnici koji su diplomirali na medicinskom fakultetu, zdravstvenim studijima ili na nekom od društvenih fakulteta: nakon upisa navedeni pristupnici moraju prije polaganja drugih ispita odslušati predavanja iz predmeta «Uvod u pravo». Završetkom poslijediplomskog specijalističkog studija «Medicinsko pravo», stječe se zvanje i kompetencije specijalista medicinskog prava, odnosno točnije specijaliste medicinskog prava. Polaznik stječe multidisciplinarno (pravno-medicinsko-etičko) znanje i vještine koje omogućuju kritičku analizu i sposobnost primjene stečenih specifičnih znanja iz područja medicinskog prava u praksi. Polaznici koji steknu diplomu moći će obavljati složene i zahtjevne poslove viših razina odgovornosti u: zdravstvu, pravosuđu, javnoj administraciji (lokalnog, regionalnog, nacionalnog i međunarodnog značenja), profesionalnim i strukovnim udruženjima, obrazovnim institucijama, institutima, ustanovama kao samostalni eksperti iz područja medicinskog prava i dr. Na studiju se izvode obvezni kolegiji: Građansko pravo i medicina, Medicina i kazneno pravo, Liječničko pravo, Medicinsko građansko procesno pravo, Medicina i kazneni postupak, Pravo pacijenata, Sudska medicina, Uprava u zdravstvu, Radno i socijalno pravo u zdravstvu, te izborni kolegiji:Integrativna bioetika, Osobna prava, Zakonodavstvo na području lijekova, Pravno uređenje inventivne djelatnosti u medicini, Zdravstvena ekologija i medicina rada, CSI Split - Medicinska kriminalistika, Sudska psihijatrija, Sindikalno pravo u zdravstvu, Financiranje javnog zdravstva, Zdravstveno strukovno staleško pravo, Zdravstvena informatika, Međunarodno medicinsko pravo, Osnove zdravstvenog osiguranja.[100]

3.3. Treba kazati da **medicinska struka** ima znatno veću tradiciju i uspostavljene sustave provođenja i kontrole izobrazbe i usavršavanja

[100] Vidi Studijski program poslijediplomskog specijalističkog studija „Medicinsko pravo“, Split, 2008.

zdravstvenih djelatnika, negoli što je to slučaj s pravnom strukom. Štoviše, načini i dužnost permanetnog usavršavanja zdravstvenih djelatnika uređeni su i kogentnim normama. Osiguranje odgovarajućeg stupnja profesionalnosti postiže se, između ostalog, i tzv. postupkom **trajne medicinske izobrazbe** u kojem sudjeluju svi zdravstveni radnici kojima je izdano odobrenje za samostalan rad - licencija.

3.4. Osobe koje se u vidu zanimanja bave poslovima iz područja medicinskog prava, ili su im znanja iz tog područja nužna iz drugih razloga (pacijenti, znanstvenici, odvjetnici i sl.), mogućnost specijalizacije i stjecanja tih znanja mogu ostvariti, osim kroz visokoškolski sustav, i sudjelovanjem na spacijaliziranim kongresima, savjetovanjima, radionicama, u radu na znanstvenim i stručnim projektima i bavljenjem znanstvenim radom, članstvom u strukovnim povjerenstvima, radnim skupinama (za izradu propisa) i sl.

Posebno bismo istaknuli značaj postojećih i nužnost osnivanja novih strukovnih komora/udruga koje bi, između ostalog, trebale omogućiti i organizirati stjecanje specijalističkih znanja i kvalifikacija iz područja medicinskog prava (organiziranjem seminara i polaganjem specijalističkih ispita), donositi pravila struke i etičke kodekse, ostvarivati suradnju s drugim sličnim nacionalnim i inozemnim/međunarodnim udrugama (primjerice, udrugama pacijenata, pravnika u zdravstvu, sudsko-medicinskih vještaka i dr.) i komorama (primjerice, odvjetničkom, javnobilježničkom i sl.).

4/ Medicinsko pravo i stručnjaci koji posjeduju znanja iz područja medicinskog prava trebali bi imati značajnu ulogu kod **izrade i donošenja novih propisa iz područja zdravstva**, te kod **usklađivanja naših propisa iz područja zdravstva s propisima međunarodnog prava, odnosno s propisima Europske unije**, koji su brojni na ovom području.[101] Možemo kazati da je danas odnos pacijenta i zdravstvenih radnika sve više protkan pravnim pravilima pa se često koristi termin juridizacija medicine, kao kontinuirani postupak kontrole pružanja zdravstvenih usluga s posljedicom povećanja prava pacijenata i smanjenja ovlasti zdravstvenih radnika.[102]

Malo je vjerojatno da će zakonodavac pravnim normama u potpunosti urediti sve, često i prijeporne odnose u obavljanju medicinske djelatnosti, ako sama medicinska profesija jasno ne definira svoje ciljeve i načela. Ovo je posebno značajno zbog trenda zanemarivanja humanističkih u korist znanstvenih ciljeva u medicini.[103]

---

[101] Tako MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. (2001). Pravo kao garant vršenja medicine, Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo, septembar/decembar, str. 16.

[102] Usp. ŽUNIĆ, LJ., Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike, seminarski rad – neobjavljeno, Split, 2009., str. 9.

[103] Tako BOGDANIĆ, M., Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava, referat na 9. bioetičkom

5/ Konačno, stručnjaci iz područja medicinskog prava trebali bi svojim radom (sudjelovanje u radu strukovnih komora, udruga, ministarstava, HZZO-a, bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova, te rješavanjem sporova u kojima je potrebno njihovo multidiciplinarno znanje, vještačenjem i sl.), znatno pridonijeti **uspostavljanju i razvitku sudske i upravne prakse** na ovom području, što bi u konačnici trebalo rezultirati i većom pravnom sigurnošću, a značajan doprinos trebali bi dati i **razvitku medicinskopravne znanosti**.

okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

SUMMARY

ACTUALITIES IN THE FIELD OF MEDICAL LAW

Medical / Health Law is a branch of law related to medical activity. It consists of the set of legal rules that regulate: medical activities, status of persons performing this activity, their relationship, the relationship with patients, protection of human rights to health, health care and health insurance, the responsibility and rights of health professionals and organizations and organization of the health system as public activity of particular social interest. Law and medicine share common goal: the humanity. Also, medical and legal science and practice are intertwined and necessarily coexist because of their common concern for the life and health of people as well as in the number of other areas. Healthcare, as a subject of study of medical law, is becoming more and more developed every day, and the issues and problems that arise from this activity will be even more numerous in years to come.

Knowing the fact that medical law is a necessity for medical practitioners and lawyers because of it's fast and high quality multidisciplinary problem solving, promotion of the status and reputation of these two professions, participation in the development and adoption of new regulations in the field of health and also because of education of health workers to prevent mistakes, reduce the trend of application of so-called " defensive medicine" with emphasis on better realization of guaranteed rights of patients. Experts in the field of medical law should contribute significantly to their work (which includes participation in the work of professional chambers, associations, ministries, HZZO-s, hospitals, health centers and other health institutions, solving disputes requiring their multidisciplinary knowledge, expertise etc.) make significant contribution to establishment and development of judicial and administrative practices in this area that would result in greater legal certainty with significant contribution to the development of medical science in whole.

Key words: medical law, bioethics, multidisciplinarity

MATERIJALNO-PRAVNI ZNAČAJ DIJAGNOSTIČKO-TERAPIJSKIH SMJERNICA U ODLUČIVANJU

UDK: 614.2 : 34
Primljeno: 6. listopada 2017.
Stručni članak

Ivica Veselić, mag.iur.
Županijski sud u Zagrebu
Ivica.Veselic@zszg.pravosudje.hr

Istraživanjem provedenim na stranicama Hrvatskog liječničkog zbora http://www.hlz.hr/smjernice/, prema javno dostupnim i objavljenim podatcima, proizlazi da su javno objavljene ukupno 22 različite smjernice. Sud će uzeti u obzir one smjernice za koje postoji dogovor o njihovoj primjeni u praksi između samih liječnika. Ono što je potrebno imati u vidu kod takvog dogovora, ako se već strukovna udruženja odluče za primjenu stranih smjernica, jest stupanj razvijenosti zdravstvene zaštite i liječničkih metoda te materijalnih uvjeta rada u hrvatskim zdravstvenim ustanovama.

Ključne riječi: dijagnostika, liječnici, pravna odgovornost

PROBLEMATIKA

Hrvatski liječnički zbor, kao strukovno i stručno udruženje liječnika Republike Hrvatske, izradio je i objavio niz smjernica za postupanje liječnika u provedbi dijagnostičkih ili terapijskih postupaka pri liječenju pacijenata. Pored smjernica ovog društva, postoji i niz smjernica strukovnih udruženja specijaliziranih za određeno područje medicine ili liječenje određenih bolesti kao što su smjernice Hrvatskog društva za dječju neurologiju, Hrvatskog endokrinološkog društva, Hrvatskog društva za debljinu, i drugih. Te smjernice ponekad se, ovisno o društvu koje ih je izradilo, nazivaju i postupovnicima, standardima, normativima i slično (npr. Standardi i normativi za laboratorij i preglede Transkranijskog obojenog doplera (TCCD) u novorođenčadi, dojenčadi i djece Hrvatskog društva za dječju neurologiju).

Istraživanjem provedenim na stranicama Hrvatskog liječničkog zbora http://www.hlz.hr/smjernice/, prema javno dostupnim i objavljenim podatcima, proizlazi da su javno objavljene ukupno 22 različite smjernice. Ovaj podatak ukazuje na to da su stručna udruženja liječnika aktivna u praksi donošenja takvih smjernica, ali ukazuje i na njihovu brojnost, zbog čega je nastala i potreba za objedinjavanjem brojnih smjernica u ZBORNIK SMJERNICA

STRUČNIH DRUŠTAVA HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA.

Postavlja se pitanje od kakvog su značenja ove smjernice u sudskim postupcima u kojima se odlučuje o odgovornosti liječnika za propuste u liječenju te posljedično o pravu pacijenta na naknadu štete. Drugo pitanje koje se postavlja jest utječe li primjena smjernica na ocjenu nalaza i mišljenja vještaka medicinske struke.

Prije svega valja naglasiti da sukladno odredbi čl. 5. Zakona o sudovima, sudovi sude na temelju Ustava, međunarodnih ugovora, zakona i drugih važećih izvora prava. Smjernice različitih strukovnih udruženja u tom smislu ne predstavljaju obvezujući izvor prava kojeg je sud dužan primjenjivati.

I u odnosu na odgovornost liječnika, postavlja se pitanje jesu li smjernice strukovnih udruženja obvezujuće za njih u postupanju.

Naime, donesene smjernice nisu zakonske norme, a nemaju niti pravnu snagu podzakonskih akata. Međutim, to ne znači da smjernice nisu od nikakvog pravnog značenja.

Odredba čl. 10. st. 2. Zakona o obveznim odnosima propisuje da su sudionici obveznih odnosa u ispunjavanju svojih obveza iz profesionalne djelatnosti, kao što je i liječnička, dužni postupati sukladno pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka).

Stoga, smjernice kao upute liječnicima kako postupati pri provođenju medicinskih postupaka predstavljaju pravilo struke, u onoj mjeri u kojoj su one kao pravilo struke prihvaćene u zdravstvenim ustanovama. Pojednostavljeno, pojavi li se u postupku pitanje je li liječnik propustio primijeniti dužnu pažnju dobrog stručnjaka pri liječenju pacijenata, sud može kao ključan kriterij za ocjenu postojanja njegove odgovornosti postaviti mjerilo je li liječnik postupao sukladno smjernici strukovnog udruženja.

Međutim, smjernica je u tom slučaju odlučujući kriterij tek ako se u postupku utvrdi da u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je liječnik zaposlen postoji ustaljena praksa primjene takve smjernice, ili da između liječnika te ustanove postoji izričit dogovor da će postupati sukladno određenoj smjernici.

U tom smislu, govorimo o običaju ustaljenom u određenoj profesionalnoj djelatnosti kako navodi odredba čl. 10. st. 2. Zakona o obveznim odnosima.

S druge strane, kako smjernice udruženja nemaju karakter obvezujuće pravne norme kao što su zakonske norme ili norme podzakonskih akata, bilo bi neopravdano očekivati od liječnika da postupa prema određenoj smjernici ukoliko u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je zaposlen ne postoji praksa primjene smjernice strukovnog udruženja.

Takva je primjerice osobito situacija u kojoj bi između liječnika zaposlenih u određenoj zdravstvenoj ustanovi postojao dogovor da određenu smjernicu

neće primjenjivati jer je prema vlastitoj stručnoj ocjeni ne smatraju prikladnom za primjenu u praksi.

Naime, strukovna udruženja nemaju pravni autoritet da liječnicima nametnu obvezujuću primjenu smjernica koje donose, a između liječnika može postojati prijepor o sadržaju smjernica i kvaliteti njihove izrade.

U tom slučaju, liječniku koji prema vlastitoj stručnoj procjeni određene situacije, i koji postupa savjesno i brižljivo u svojem radu, ne može se prigovoriti da nije postupao sukladno pravilima struke, ukoliko se ta pravila struke ne primjenjuju u radu u njegovoj zdravstvenoj ustanovi.

Isto se odnosi i na slučajeve u kojima liječnik na temelju stručnog znanja i vlastite savjesne ocjene potreba pacijenta i njegova liječenja ustanovi da primjena smjernice u konkretnoj situaciji nije prikladna za liječenje pacijenta, osobito u atipičnim slučajevima kada pacijent zbog specifičnog zdravstvenog stanja ne može biti podvrgnut redovnim procedurama liječenja.

Isto tako, postavlja se pitanje, što ako je smjernica naprosto zastarjela te zbog promjene u stanju tehnologije i medicinske opreme koja je na raspolaganju liječniku, isti ne može postupiti po smjernici jer je za to objektivno spriječen?

Dakle, možemo zaključiti da smjernice strukovnih udruženja liječenja predstavljaju pravila struke u smislu odredbe čl. 10. st. 2. Zakona o obveznim odnosima koja se mogu uzeti u obzir za ocjenu postupanja liječnika u sudskim postupcima, ali da nisu odlučujući i presudan kriterij za ocjenu postojanja odgovornosti liječnika za propuste u liječenju pacijenata te da je svaki konkretan slučaj potrebno razmotriti prema njegovim specifičnim okolnostima i utvrđenim činjenicama.

Iz provedenog istraživanja nismo uočili da bi hrvatska strukovna udruženja imala različite smjernice za isti dijagnostički ili terapijski postupak.

Takva situacija znatno olakšava sucima ocjenu konkretnog slučaja jer stranke ne mogu prigovarati da je liječnik morao postupati po nekoj drugoj smjernici u odnosu na onu na koju se liječnik poziva.

U tom smislu, takvi prigovori ne bi se mogli uspješno iznositi niti protiv nalaza i mišljenja vještaka medicinske struke.

Međutim, u situaciji kada je vještak medicinske struke pri provedbi vještačenja koristio određenu smjernicu kao metodologiju za ocjenu, strankama je dopušteno prigovarati da liječnik nije bio dužan postupati prema smjernici iz razloga koje smo ranije naveli.

Ako sud ocijeni da je takav prigovor stranke s obzirom na specifične okolnosti slučaja osnovan, u tom slučaju, nalaz i mišljenje vještaka utemeljen na predmetnoj smjernici kao dokazno sredstvo postaje za suca bezvrijedan.

Stoga pri izradi nalaza i mišljenja vještaka nije dostatno pri razlaganju

metodologije vještačenja pozvati se samo na smjernicu, već je potrebno da vještak obrazloži iz kojeg razloga se opredijelio da određena smjernica bude temelj za provedbu vještačenja.

Ona će biti opravdan temelj ukoliko vještak primjerice utvrdi da se ta smjernica provodi u konkretnoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je liječnik zaposlen kao ustaljena praksa, da je u konkretnom slučaju postojao dogovor konzilija da će se postupati po smjernici, da je postojala uputa nadređenog predstojnika klinike zaposlenicima da postupa po toj smjernici, da postoji izjava zdravstvene ustanove o prihvaćanju te smjernice kao upute za postupanje, te pored svega navedenog, da u tom slučaju nije bilo osnovanog razloga za odstupanje od smjernice.

Kao što smo naveli ranije, osnovni problem je ustvari nedostatak nadležnosti i ovlasti strukovnih udruženja da nameću obvezujuću primjenu smjernica.

Taj se problem može otkloniti tako da određena zdravstvena ustanova ili osobe u istoj izrade obvezujuću uputu o postupanju po određenoj smjernici.

Međutim, u tom slučaju je potrebno internim aktima razraditi i mehanizme te procedure za one atipične slučajeve pacijenata kod kojih primjena smjernice nije adekvatna za liječenje pacijenta.

Pod procedurama, preporučuje se osmisliti postupak u kojemu liječnik obavještava da u određenom slučaju nije postupao po smjernici, primjerice formular izjave liječnika, dogovor na sastanku konzilija o kojemu postoji pisani zapisnik ili slično.

Međutim, prije nego što se uopće određena zdravstvena ustanova odluči da će primjena smjernice biti obvezujuća prema njenim internima aktima za djelatnike te ustanove, potrebno je prije svega razmotriti i ocijeniti je li potrebno prema praksi u toj zdravstvenoj ustanovi uopće uvoditi smjernice kao obvezujuće akte i postoji li konsenzus djelatnika o tome da se postupa prema smjernici.

U odnosu na pitanje koje se pojavilo u praksi, treba li primjenjivati između hrvatskih i različitih stranih (primjerice europskih ili američkih) smjernica, one domaće ili strane, moramo naglasiti da to nije od presudne važnosti u sudskim postupcima.

Sud će uzeti u obzir one smjernice za koje postoji dogovor o njihovoj primjeni u praksi između samih liječnika.

Ono što je potrebno imati u vidu kod takvog dogovora, ako se već strukovna udruženja odluče za primjenu stranih smjernica, jest stupanj razvijenosti zdravstvene zaštite i liječničkih metoda te materijalnih uvjeta rada u hrvatskim zdravstvenim ustanovama.

Primjerice, nezamislivo nam je od hrvatskog liječnika koji je zaposlen u

zdravstvenoj ustanovi u kojoj nisu osigurani uvjeti za provedbu određenog medicinskog postupka jer primjerice ta ustanova ne posjeduje uređaj za provedbu istoga, a kojeg redovno posjeduju strane bolje opremljene zdravstvene ustanove, očekivati da postupa po stranoj smjernici koja nalaže primjenu uređaja koji hrvatskom liječniku nije na raspolaganju.

Isto se odnosi i na posebna stručna znanja i vještine ili medicinske postupke koji su se možda razvili u naprednijim stranim zdravstvenim ustanovama, ali u RH liječnici nisu osposobljeni za provedbu istih.

Temelj za sačinjavanje smjernica strukovnog udruženja za liječenje pacijenata svakako ne bi trebalo biti, sa stajališta pravnika, planirane uštede fondova zdravstvenog osiguranja te dirigiranje smjernica kroz pokriće osiguravatelja.

Sucu u sudskom postupku je jedino važno utvrditi je li liječnik postupao savjesno i odgovorno u odnosu na pravo pacijenta na adekvatnu zdravstvenu zaštitu.

Zato je nejasno zašto bi neko pravilo medicinske struke za liječenje pacijenta moglo biti uvjetovano uštedama u proračunu, a ne prije svega motivirano osiguravanjem standarda kvalitete zdravstvene zaštite za sve pacijente.

S tim u svezi, moramo naglasiti da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ima svako pravo samostalno urediti opseg pokrića zdravstvene zaštite pacijenata na teret sredstava fonda za zdravstveno osiguranje.

Ali smjernice za liječenje pacijenta ne mogu se ograničiti samo na to pokriće.

Zamislimo situaciju u kojoj je liječniku jasno da pacijentu koji će svaki čas umrijeti može spasiti život jedino primjenom postupka koji nije u pokriću osiguranja? Smije li liječnik odbiti provedbu postupka jer zdravstvenoj ustanovi nije za taj postupak predviđen povrat od HZZO?

Kako bi postupili u toj situaciji sa stajališta liječnika koji je dao Hipokratovu zakletvu i posljedično, kako će sud odlučiti u tom slučaju?

SUMMARY

MATERIAL-LEGAL DEGREE OF DIAGNOSIS-THERAPY GUIDELINES IN DECISION

According to the research conducted on the pages of the Croatian Medical Association http://www.hlz.hr/smjernice/, according to publicly available and published data, a total of 22 different guidelines were published. The court will take into account those guidelines for which there is agreement on their practice in practice between doctors themselves. What needs to be taken into account in such an arrangement, if professional associations are already opting for foreign guidelines, is the level of development of healthcare and medical methods and material working conditions in Croatian health care institutions.

Key words: diagnostics, doctors, legal responsibility

KAZNIVO DEJANJE MALOMARNEGA ZDRAVLJENJA (179. ČLEN KZ-1) PRI BOLNIKU S TEŽKO BOLEZNIJO – SUBSUMPCIJA DEJANSKEGA STANU POD ZAKONSKO NORMO »*IN CONCRETO*«

UDK: 343 : 61
Primljeno: 29. rujna 2017.
Prethodno priopćenje

Mag. Boštjan Valenčić
Okružni državni tužilac
Republika Slovenija
bostjan.valencic@gmail.com

Author in this paper analyses Art. 179. Of CC-1 in Slovenia. In paper are described some judicial practice but also is given de lege ferenda approach through comment of legal effects that provisions provide.

Key words: culpability, criminal responsibility, negligence, criminal offence

OPIS DEJANSKEGA STANU

Predstavitev slovenske inkriminacije malomarnega zdravljenja pričenjam z opisom dejanskega stanu v enem izmed bolj odmevnih primerov malomarnega zdravljenja, ko je bila eventuelno zdravnica tudi pravnomočno spoznana za krivo kaznivega dejanja.

Opis v obtožnici (povzet tudi v pravnomočni sodbi) se je glasil:

»Zdravnica ZK je dne dd.mm.yyyy. na Kliniki za pediatrijo UKC M, v Odseku za intenzivno nego in terapijo, iz malomarnosti ravnala v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke, in tako povzročila, da se je otroku BN, ki je bil na kliniko sprejet dne dd.mm.yyyy ob 18.00 uri, občutno poslabšalo zdravje, ko je kot dežurna nadzorna zdravnica pri opravljanju zdravniške dejavnosti ravnala v nasprotju z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UBP2, Ur. 1. RS št. 23/2005), ki v 45. členu določa, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi, na ta način, da je med 00.30 in 08.00 uro, po končanih laboratorijskih preiskavah, za katere so v laboratorij sprejeli vzorec otrokove krvi istega dne ob 23.50 uri, sama pa je bila najkasneje do

00.30 ure obveščena o izvidu preiskave, s katerim je bila ugotovljena abnormno povišana vrednost plazemskega amoniaka, ki je znašala 453 umol/L, opustila dolžne ukrepe, ko v nasprotju s sprejeto zdravstveno doktrino ter pravili in kodeksi zdravniške znanosti in stroke, ki so zaradi v medicini splošno znanega dejstva, da je amoniak izrazito toksičen za možganovino, znan in najtežji zaplet tako izražene hiperamoniemije pa običajno ireverzibilni možganski edem, narekovali:

- takojšnje in urgentno zdravljenje pacienta v obliki nujno potrebne infuzije za znižanje ravni amoniaka z višjim dovajanjem najmanj 10 % glukoze,
- zaradi izrazito visoke vrednosti amoniaka v pacientovi krvi, specifičnosti pacientovega obolenja in s tem indicirane potrebe po hemodializi ter nadaljnjih terapijah po metodah in sredstvih zdravljenja pacienta, s katerimi v UKC M ne razpolagajo, ter tudi v skladu z ustaljeno prakso in protokolom „Delitev dela s področja pediatrije«, ki v poglavju „Endokrinologija in metabolizem« določa, da je za kvalitetno obravnavo redkih endokrinih in metabolnih bolezni ključno tesno sodelovanje med pediatrično mrežo primarnega/sekundarnega nivoja s terciarnim centrom, in da le tako tesno sodelovanje omogoča zgodnje prepoznavanje bolezni, ustrezno diagnostiko in zdravljenje v terciarnem centru, ter da se tovrstna bolezen, na katero je brez dvoma kazala ugotovljena abnormno povišana vrednost plazemskega amoniaka 453 umol/L, zdravi v terciarnem centru - Pediatrični kliniki UKC L, pa tudi takojšnjo premestitev na Pediatrično kliniko UKC L in
- posvet z zdravnikom Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni (KO EDPB) Pediatrične klinike UKC v L, v času dežurne službe
- ni začela z zdravljenjem v obliki nujno potrebne infuzije za znižanje ravni amoniaka z višjim dovajanjem najmanj 10 % glukoze,
- ni poskrbela za takojšnjo premestitev na Pediatrično kliniko UKC L,
- poleg tega se zaradi zagotovitve ustrezne terapije in otrokove takojšnje premestitve ni posvetovala niti z zdravnikom Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni (KO EDPB) Pediatrične klinike UKC v L, kjer je vzpostavljena 24-urna pripravljenost za urgentna stanja v diabetologiji, endokrinologiji in metabolnih obolenjih, čeprav se je kot specialistka pediatrinja in vodja Odseka za intenzivno terapijo in nego glede na svoje medicinsko znanje in dolgoletne strokovne izkušnje ter alarmanten biokemičen izvid otroka (453 umol/L) zavedala, da se zaradi takšnih njenih opustitev lahko zdravstveno stanje otroka občutno poslabša, pa je lahkomiselno mislila, da se to ne bo zgodilo, posledica zgoraj opisanih opustitev dolžnih ukrepanj zdravnice pa je bila, da je zaradi abnormno povišane

vrednosti plazemskega amoniaka, upoštevajoč referenčne vrednosti 12-47 umol/L, prišlo do okvare otrokovih možganov, kar je zdravstveno stanje otroka BN občutno poslabšalo.«

Splošno o inkriminaciji 179. člena KZ-1

Kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti po 179. členu KZ-1 je uvrščeno v poglavje kaznivih dejanj zoper človekovo zdravje, ki kot osrednjo dobrino varuje *zaupanje javnosti v zdravstveni sistem,* pa čeprav se *prima facie* morda zdi, da je v ospredje postavljeno človekovo zdravje kot tako in je inkriminacija specialna glede na poškodbena kazniva dejanja iz poglavja zoper človekovo življenje in telo. Slovenska kazenskopravna doktrina inkriminacijo malomarnega zdravljenja pogosto navaja kot arhetip malomarnostnega (poškodbenega) kaznivega dejanja, postavljenega dogmatično tipizacijsko ob bok inkriminaciji 323. člena KZ-1 (povzročitev prometne nesreče iz malomarnosti). Pri čemer se ravno v zvezi med prometno nesrečo, v kateri vsaj ena oseba zadobi hudo telesno poškodbo in občutnim poslabšanjem zdravja kažejo določene doktrinarne vzporednice, na katere opozarja novejša kazenskopravna doktrina[1], in sicer da prometna nesreča ni poškodbena posledica tega malomarnostnega kaznivega dejanja, temveč realizacija konkretne nevarnosti, ki jo storilec povzroči s kršitvijo cestnoprometnih predpisov. Po doktrinarni analogiji s prometno nesrečo, v kateri vsaj ena oseba zadobi hudo telesno poškodbo, se torej zdi prepričljivejše stališče, da je občutno poslabšanje zdravja nepravi objektivni pogoj kaznivosti, ki kaznivost malomarnega zdravljenja utemeljuje, s tovrstno uporabo zakonskega znaka občutnega poslabšanja zdravja, ki je s stališča storilca nujno aleatoren, pa zakonodajalec postavlja ločnico med posameznimi (ne) kaznivimi kršitvami dolžnostnega ravnanja zdravstvenih delavcev (zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja ali zdravilcev).

Inkriminacija malomarnega zdravljenja, sicer naslovljena kot nevestno zdravljenje, je bila v slovenski kazenski zakonodaji prvič uporabljena v 122. členu Kazenskega zakonika SRS – 77, trenutno veljavno inkriminacijo v treh odstavkih pa je določil zakonodajalec v Kazenskem zakoniku iz leta 2008 (KZ-1), ko je v primerjavi s kaznivim dejanjem malomarnega zdravljenja po 190. členu Kazenskega zakonika, KZ razširil krog možnih storilcev tudi na zdravstvene delavce, ki niso zdravniki in opravljajo zdravstveno dejavnost ter zdravilce, ki opravljajo ***dovoljeno*** zdravilsko dejavnost.

[1] Korošec, D. in drugi: Cestnoprometno kazensko pravo, GV založba, Ljubljana, 2013.

Storilec in izvršitveno ravnanje

Kaznivo dejanje se glede možnega storilca uvršča med ***prava posebna kazniva dejanja*** (*pravi delictum proprium*), dolžnostno ravnanje zdravnikov, zdravstvenih delavcev in zdravilcev je določeno v posebnih predpisih (v literaturi in predvsem sodni praksi posplošeno poimenovana kar pravila znanosti in stroke), na katere dispozicija odkazuje (blanketna dispozicija). Če je zakonodaja, na katero kazenskopravna norma 179. člena KZ-1 odkazuje, nedvoumna glede zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, pa je definicija zdravilca oziroma status slednjega povsem nedorečen. Malenkostno je k zapolnjevanju pravne praznine pripomogel Zakon o zdravilstvu, ZZdrav[2] ki zdravilca v 3. členu definira kot osebo, ki opravlja zdravilsko dejavnost, skladno s tem zakonom, vendarle pa je seznam dejavnosti, ki se uvrščajo pod splošni pojem zdravilstva (posledično pa tudi oseb, ki te dejavnosti izvajajo) bistveno širši, kot jih ureja ZZdrav[3]. V zvezi s temeljnimi karakteristikami predmetne kazenskopravne norme pa je treba opozoriti tudi na posebnosti glede že omenjenega vprašanja določanja prepovedane posledice, vzročne zveze in krivde, kar bo predmet nadaljnje analize značilnosti inkriminacije 179. člena KZ-1. Ker je v predmetni inkriminaciji določena kaznivost malomarnega zdravljenja, taka konstrukcija ne prenese udeležbe (napeljevanje in pomoč), temveč zgolj sostorilstvo, pa še to samo v primeru, če ima sostorilec zahtevano posebno lastnost.

Nomotehnično je inkriminacija sestavljena iz treh odstavkov. V I. odstavku 179. člena KZ-1 je urejeno temeljno kaznivo dejanje, ki ga izvrši zdravnik pri opravljanju zdravniške dejavnosti, ko iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke ter tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje. V II. odstavku je inkriminirana kršitev dolžnostnega ravnanja zdravstvenega delavca, ki pri opravljanju zdravstvene dejavnosti, iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili stroke ter tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, in kršitev dolžnostnega ravnanja zdravilca, ki pri opravljanju dovoljene zdravilske dejavnosti iz malomarnosti neustrezno izbere in uporabi zdravilski sistem in zdravilsko metodo ter s tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje. V III. odstavku je urejeno kaznivo dejanje, kvalificirano s hujšo posledico v obliki smrti pacienta (če zaradi dejanja

[2] Zakon o zdravilstvu (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11).

[3] Zdrav pozna le tradicionalno kitajsko zdravilstvo, ajurvedo in homeopatijo, medtem pa se med zdravilske sisteme in metode primeroma navedeno uvršča tudi akupresura, apiterapija, aromaterapija, bioenergetika, cvetno zdravljenje, iridologija, kampo, kineziologija, feng shui, makrobiotika, Reiki, shiatsu, šamanizem, tai-chi, unani, urinoterapija in druge.

[…] kdo umre). Tozadevno vpeljani institut hujše posledice, ki ga slovenski zakonodajalec nasploh pogosto in zelo nekritično uporablja pri številnih inkriminacijah, četudi se v posameznih primerih doktrinarno pokaže kot povsem neprimeren, pa je v predmetni inkriminaciji še posebej problematičen. Formulacija v določbi citiranega člena »če zaradi dejanja kdo umre« odpira velike etične probleme pri množičnih smrtih zaradi ene napake, ki sploh ni nemogoča situacija v sodobni medicini in ob hujši posledici v III. odstavku 179. člena KZ-1 pomeni zakonodajalčeve združevanje ene ali več oseb v isto nepravnostno košaro v okvirih instituta odgovornosti za hujšo posledico. Tovrsten pristop ne kaže le splošne odvrnjenosti slovenskega zakonodajalca od najpomembnejših osebnih dobrin posameznih ljudi (življenja, elementarne telesne celovitosti) v njihovi edinstvenosti, individualnosti in enkratnosti, temveč se prav zato kaže kot nehumano ali vsaj kot etično čudno ignoriranje števila mrtvih znotraj biti kaznivega dejanja kot elementa splošnega pojma kaznivega dejanja. Predvsem pa je napačno z vidika dogmatike konceptualno predvsem zaostritvenega instituta odgovornosti za hujšo posledico.

Kaznivo dejanje po I. odstavku lahko izvrši zgolj zdravnik, ki opravlja zdravniško dejavnost. **Zdravnik** je strokovnjak, ki se poklicno ukvarja s prepoznavo bolezenskih stanj pri ljudeh in zdravljenjem ljudi in je za to posebej usposobljen. Zakon o zdravniški službi, ZZdrS[4] v 1. členu določa, da je zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti, in da zdravnica in zdravnik ter doktorica in doktor dentalne medicine (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) opravljajo zdravstveno dejavnost kot zdravniško službo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost in ZZdrS. Zdravnik mora imeti ustrezno izobrazbo in usposobljenost (kvalifikacija), biti vpisan v register zdravnikov, imeti dovoljenje - licenco za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju (10. člen). Zdravniška služba pa je skladno s I. odstavkom 4. člena ZZdrS poklicna dejavnost zdravnikov, ki temelji na spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah ter obsega:

- pregled na prisotnost ali odsotnost telesnih ali duševnih bolezni, poškodb ali anomalij,
- presojo stanja iz prejšnje točke s pomočjo medicinsko-diagnostičnih sredstev,
- zdravljenje, habilitacijo oziroma rehabilitacijo,
- preprečevanje bolezni, vzgojo in svetovanje,
- skrb za reproduktivno zdravje prebivalstva,
- predpisovanje zdravil in zdravstvenih pripomočkov,
- obdukcijo mrtvih,
- izdajanje zdravniških spričeval in zdravniških potrdil,

[4] Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06).

- druga dela v skladu s posebnimi predpisi (II. odstavek 4. člena ZZdrS).

V zvezi s slednje naštetimi dejavnostmi, ki se uvrščajo v kategorijo opravljanja zdravniške službe, je treba opozoriti na uveljavljeno stališče sodne prakse[5], da med zdravniške dejavnosti ne gre uvrščati administrativnih opravil, ki so povezana z zdravniško dejavnostjo, kot je primeroma navedeno izdajanje zdravniških spričeval in zdravniških potrdil ter obdukcija mrtvih, nasprotno pa se pod zakonski znak opravljanja zdravniške dejavnosti lahko subsumira tudi določanje zdravniškega osebja za določen zdravniški ukrep, nadzorovanje podrejenega zdravniškega osebja, kontrolni pregledi[6].

V KZ-1 iz leta 2008 sta bila v II. odstavek 179. člena KZ-1 kot možna storilca uvrščena tudi zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost (razen zdravnika) in zdravilec, ki opravlja dovoljeno zdravilsko dejavnost.

Ne more biti sporno, da je tudi zdravnik zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost, in se torej točka a II. odstavka 179. člena KZ-1 kaže kot zakonska redundanca, vendar pa je s pomočjo jezikovne in teleološke razlage slednje navedene določbe mogoče ugotoviti, da je šlo tozadevno prizadevanje zakonodajalca v smeri razmejitve delokroga zdravnikov in njihovega dolžnostnega ravnanja od drugih zdravstvenih delavcev in njihovega dolžnostnega ravnanja (babice, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje). V 1. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti, ZZDej[7] je določeno, da zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Skladno z 2. členom ZZDej se zdravstvena dejavnost opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Kot posebna specialistična dejavnost se na sekundarni in terciarni ravni opravlja socialnomedicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost. Zdravstveni delavci so vsi tisti delavci, ki so si pridobili dodiplomsko ali podiplomsko izobrazbo zdravstvenega področja oziroma študijskega področja in opravili strokovni izpit na Ministrstvu za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ) ali izvajalcih, ki jih je pooblastilo MZ (62. člen

[5] Deisinger, 2002, str. 286.
[6] Deisinger, 2002, str. 285.
[7] Zakon o zdravstveni dejavnosti, ZZDej (Uradni list RS, št. 23/05).

ZZDej). Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi (45. člen ZZDej).

V letu 2007 je bil z namenom ureditve področja zdravilstva sprejet Zakon o zdravilstvu, ZZdrav[8], ki določa vrste zdravilstva, izvajalce zdravilstva, način opravljanja zdravilstva, Zdravilsko zbornico in nadzor nad izvajanjem zdravilstva (1. člen ZZdrav). V 2. členu ZZdrav je zdravilstvo definirano kot dejavnost, ki jo opravljajo zdravilci z namenom izboljšati zdravje uporabnika storitev ter obsega ukrepe in aktivnosti, temelječe na zdravilskih sistemih in zdravilskih metodah in se izvaja na način, ki ne škoduje zdravju. ZZdrav (enake izraze povzema tudi KZ-1 v 179. členu) zdravilstvo definira kot organiziran sistem, ki zajema teoretične podlage, izobraževanje, usposabljanje in izvajanje zdravilske dejavnosti, zdravilsko metodo pa kot metodo pristopa zdravilca k izboljšanju zdravja uporabnika storitev. Zdravilec oziroma zdravilka je oseba, ki opravlja zdravilsko dejavnost, skladno z ZZdrav, uporabnik oziroma uporabnica storitev pa je oseba, ki uporablja zdravilske storitve. V 4. členu ZZdrav so urejene zdravilske metode in zdravilski sistemi. In sicer se pri izvajanju zdravilske dejavnosti uporabljajo naslednji zdravilski sistemi: tradicionalno kitajsko zdravilstvo, ajurveda – tradicionalno indijsko zdravilstvo, homeopatija in druga zdravilstva, ki se uvajajo v zdravilsko dejavnost. Za nadzor nad njimi je pristojna Zdravilska zbornica. Zdravilske metode so glede na temeljni način izvajanja opredeljene kot »metode interakcije med umom in telesom« – to so metode, ki krepijo sposobnost duha, da vpliva na delovanje telesa, »biološko osnovane metode« – to so metode, pri katerih se za zdravljenje in tudi preprečevanje bolezni uporabljajo živila, zdravilna zelišča in mikronutrienti, »manipulativne in telesne metode« – to so metode, pri katerih se zdravijo in tudi preprečujejo bolezni s premikanjem delov telesa in »energijske metode« - to so metode vplivanja z biopoljem in delovanjem na biopolje. Biopolje je predvidoma vsaj delno koherentno endogeno bioelektromagnetno polje organizmov, ki odraža njegovo biološko stanje. Zdravilsko dovoljenje lahko izvajalci opravljajo na podlagi dovoljenja, ki ga podeli Zdravilska zbornica. Do ustanovitve Zdravilske zbornice dovoljenja podeljuje MZ. Za pridobitev dovoljenja morajo izvajalci izpolnjevati minimalne tehnične zahteve, sanitarno zdravstvene pogoje in imeti ustrezno opremo, pribor in ustrezne kadre. Zdravilska zbornica oziroma MZ odvzame dovoljenje za opravljanje zdravilske dejavnosti, če ponudnik zdravilskih storitev ne izpolnjuje več prostorskih in kadrovskih pogojev, če je bilo dovoljenje pridobljeno z navajanjem neresničnih podatkov, če ponudnik

[8] Zakon o zdravilstvu, ZZdrav (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11).

zdravilskih storitev ne odpravi pomanjkljivosti, ugotovljenih pri strokovnem nadzoru ali na predlog pristojnega inšpektorja.

Od tod dalje velja opozoriti na ustrezno razlikovanje dovoljene in nedovoljene zdravilske dejavnosti, saj se b točka II. odstavka 179. člena KZ-1 izrecno nanaša zgolj na zdravilce, ki izvajajo dovoljeno zdravilsko dejavnost. Lastnost zdravilca je konstitutiven zakonski znak kaznivega dejanja po II. odstavku 179. člena KZ-1, pri čemer pa je navkljub dejstvu, da se v pojem zdravilstva uvršča bistveno več sistemov in metod, kot pa jih pozna slovenski ZZdrav in zgoraj citirani pravilnik, zdravilec le oseba, ki jo zakon opredeljuje kot tako in ima poleg tega še dovoljenje ustreznega organa. Če ravnanje po II. odstavku 179. člena KZ-1 izvrši oseba, ki se ukvarja z zdravilstvom, pa nima dovoljenja Zdravilske zbornice (oziroma MZ) ali če zdravilec izvaja nedovoljeno zdravilsko dejavnost, ne bo podano kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti temveč kaznivo dejanje mazaštva po 180. členu KZ-1 (več o tem glej komentar k členu 180 KZ-1).

Izvršitveno ravnanje (storitev ali opustitev) pri inkriminaciji 179. člena pomeni kršitev dolžnostnega ravnanja, v katerem je vsebovano nepravo oziroma protipravnost in nevarnost tega kaznivega dejanja[9]. Dolžnostno ravnanje je v inkriminacijski normi lahko določeno v obliki zapovedi ali prepovedi, kar velja tudi za pravila znanosti in stroke, ki določajo dolžnostno ravnanje zdravnikov, zdravstvenih delavcev in zdravilcev ob opravljanju zdravstvene (ali zdravilske) dejavnosti. Tako po prvem kot po drugem odstavku 179. člena je možna neprava opustitvena izvršitvena oblika, pri čemer garantna dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravilcev uvršča med varovalne garantne dolžnosti – prevzete garantne dolžnosti z elementom odvisnosti kazenskopravne dobrine od drugega, praviloma iz pogodbenega razmerja, če je le prišlo do dejanskega prevzema oblasti[10]. Dolžnostno ravnanje zdravnika je torej v inkriminaciji (I. odstavek 179. člena KZ-1) določeno kot ravnanje v skladu s pravili zdravniške znanosti in stroke. Temeljni predpis, ki s tem v zvezi dopolnjuje blanketno dispozicijo, je zgoraj citirani ZZdrS, ki v 3. členu določa, da je zdravnik pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen, da svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši, ter da se mora pri svojem delu ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah. Kodeks medicinske deontologije Slovenije v 2. členu nalaga zdravniku obveznost, da je dolžan nuditi primerne zdravstvene storitve ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva, v 3. členu pa določa, da se mora zdravnik stalno izobraževati in uporabljati le tiste diagnostične in terapevtske

[9] Bavcon, 2014, str. 294.
[10] Bavcon, 2014, str. 167.

metode, ki so znanstveno utemeljene in strokovno sprejete. Izvršitveno ravnanje je lahko aktivno (storitev) ali pasivno (opustitev). Možna (in v praksi precej pogosta) je neprava opustitvena izvršitvena oblika po I. in II. odstavku 179. člena KZ-1. *Korošec*[11] navaja, da dejstvo, da je opustitev zdravstvene pomoči posebej inkriminirana kot naklepno kaznivo dejanje, ne po sistematični ne po zgodovinski ali teleološki razlagi zakona ni ovira za kaznivost malomarnega zdravljenja v nepravih opustitvenih izvršitvenih oblikah. Tako bo za kaznivo dejanje po 179. členu KZ-1, izvršeno v njegovi opustitveni obliki prav gotovo lahko odgovarjal zdravnik, ki ne bo izvedel vseh ustreznih ukrepov tekom zdravljenja, tudi tistih, ki so preventivne narave. *Pavlović*[12] izpostavlja obveznost (tozadevno kazensko relevantno bo seveda opuščanje) zdravniškega nadzora nad izvajanjem oziroma opravljanjem nalog zdravstvenega osebja, nadalje neizvajanje karantene v primeru bolnika z nalezljivo boleznijo, zanemarjanje sterilizacije kirurških instrumentov, stomatološkega materiala in podobno

S tem v zvezi je omeniti, da hrvaški zakonodajalec v Kazenskem zakoniku (Kazneni zakon Republike Hrvatske) v 181. členu[13] izrecno opredeljuje možnost izvršitve tega kaznivega dejanja tako z aktivnim ravnanjem, ko zdravnik, zobozdravnik ali drugi zdravstveni delavec pri zdravljenju uporabi očitno neprimerno zdravilo ali (metodo) zdravljenja, oziroma da pri zdravljenju

---

11 Korošec, 2016, str. 496.

12 Pavlović, 2015, str. 842.

13 (1) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.
(2) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.
(3) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.
(4) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena smrt jedne ili više osoba, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.
(5) Ako je kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do šest mjeseci.
(6) Ako je kazneno djelo iz stavka 2. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do jedne godine.
(7) Ako je kazneno djelo iz stavka 3. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.
(8) Ako je kazneno djelo iz stavka 4. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.

uporabi očitno neprimerno zdravilo ali zdravljenje kot tudi pasivno izvršitveno ravnanje, ko določa, da se kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja lahko izvrši tudi tako, da storilec na drug način ne ravna v skladu s pravili stroke in s tem povzroči poslabšanje bolezni ali zdravja.

V doktrinarno podobni inkriminaciji je torej hrvaški zakonodajalec izrecno predvidel opustitveno ravnanje, kar je prav gotovo dodaten argument za to, da je stališče slovenske sodne prakse, da je delikt po 179. členu KZ-1 nujno storitven (češ da imamo posebno pravo opustitev zdravstvene pomoči, ki da ima za posledico, da so ostale strokovne napake v medicini nujno storitvene), povsem napačno.

Dolžnostno ravnanje zdravstvenega delavca je v a točki II. odstavka inkriminacije 179. člena KZ-1 določeno kot ravnanje v skladu s pravili (zdravstvene) stroke. Kot omenjeno zgoraj, je temeljni predpis, ki ureja zdravstveno dejavnost Zakon o zdravstveni dejavnosti, nadalje pa je sama zdravstvena dejavnost po vsebini podrobneje urejena v številnih podzakonskih aktih, med drugim v Pravilniku o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti[14], Pravilniku o minimalnih sanitarno zdravstvenih pogojih za opravljanje dejavnosti higienske nege in drugih podobnih dejavnosti in drugih. Dolžnostno ravnanje zdravilca (točka b II. odstavka 179. člena KZ-1) pa je določeno kot ravnanje, usmerjeno v ustrezno izbiro in uporabo zdravilskega sistema ali zdravilske metode.

Vendar pa je s tem v zvezi treba opozoriti, da navedeni pravni predpisi ne vsebujejo postopkov, ukrepov ali pravil, ki bi posameznemu zdravniku (zdravstvenemu delavcu ali zdravilcu) nalagali točno določeno ravnanje ob posameznih konkretnih primerih. Njihovo ravnanje mora biti skladno s pravili znanosti in stroke. Tozadevno je Vrhovno sodišče RS v sodbi II Ips 656/2008 zapisalo, »da ni mogoče enačiti medicinske doktrine z materialnim pravom, saj pravo lahko najsplošneje opredelimo kot posebno vrsto družbenih pravil, s katerimi oblikujemo družbeni red v državno organiziranih družbah. Pravna pravila niso predmet dokazovanja; sodišče mora pravo poznati. Drugače je s pravili znanosti in stroke ter izkustvenimi pravili, kar se dokazuje z izvedencem kot strokovnjakom na svojem področju, ki je strokovno usposobljen, preizkušen in imenovan na seznam sodnih izvedencev ter na podlagi strokovnega znanja sestavi izvedensko mnenje o preteklih in sedanjih dejstvih, s čimer pomaga sodniku ugotoviti in razjasniti pravno relevantna dejstva.«

Prevladujoči del slovenske kazenskopravne doktrine vztraja pri stališču, da je v temeljni obliki inkriminacije malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti poškodbena posledica določena kot občutno poslabšanje

[14] (Uradni list RS, št. 24/92 in 98/99 – ZZdrS);

zdravja (zdravniško, zdravstveno oziroma zdravilsko obravnavanega pacienta) oziroma smrt kot hujša posledica (III. odstavek 179. člena KZ-1). Vendar pa s tem v zvezi *Korošec*[15] navaja, da temu ni tako, in da smrt ali posebno hudo poslabšanje zdravja nista prepovedani posledici po 179. členu KZ-1, temveč je to le nevarnost za zdravje in življenje, ki se je pokazala v nastopu objektivnega pogoja kaznivosti s posledično škodo na splošnem zaupanju v zdravstveni sistem vred. Od tod dalje navaja, da se zdi najbolj prepričljivo kot bistvo te poškodbenosti videti poškodbo zaupanja v delovanje zdravstvenega sistema (ki se pokaže na poslabšanju zdravja določenega pacienta zaradi zdravstvene napake.

Občutno poslabšanje zdravja je pravni standard, katerega vsebine ni mogoče določiti na abstraktno regulativni ravni, ampak le v konkretnih življenjskih primerih. Kazenski zakonik ne vsebuje definicije stanja, ki ga uporablja norma 179. člena KZ-1, čeravno se zdi, da bi lahko občutno poslabšanje zdravja ustrezalo posebno hudi telesni poškodbi, ki pa jo KZ-1 v členu 124 določa kot tako hudo škodo na zdravju, da je zaradi tega v nevarnosti življenje poškodovanca, ali je uničen ali za vselej in znatno oslabljen pomemben del njegovega telesa ali pomemben organ, ali je postal poškodovani zaradi tega za vselej nezmožen za vsakršno delo, ali je ostal skažen, ali mu je bilo za vselej hudo okvarjeno zdravje. Dodaten argument, ki govori slednjemu stališču v prid je tudi dejstvo, da sodna praksa obravnava zgolj primere, ko oškodovanci utrpijo izjemno hude posledice ali celo umrejo, navkljub temu pa je treba izpolnjenost predmetnega zakonskega znaka kot pogoja za kaznivost malomarnega zdravljenja ugotavljati v vsakem konkretnem primeru posebej, s sodelovanjem izvedenca medicinske stroke. *Deisinger*[16] navaja, da se kot občutno poslabšanje zdravja smatra poslabšanje v razmerju do zdravja, ki bi obstajalo pri vestnem zdravljenju in se lahko nanaša na poslabšanje zdravja bolnika ali zdravja osebe, katere bolezen je na primer povzročil zdravnik zaradi odreditve napačnih zdravil.

S pravnim standardom občutnega poslabšanja zdravja se je ukvarjalo Vrhovno sodišče RS, ki je v sodbi I Ips 273/2010 zapisalo, da za obstoj kaznivega dejanja (po 179. členu KZ-1) zadošča občutno poslabšanje zdravja nosečnice, kamor je v praksi, zaradi neločljive povezanosti nosečnice in plodu, potrebno šteti tudi primere poškodb ali celo odmrtja plodu, ki so posledica ravnanja zdravnika v nasprotju s pravili zdravniške stroke.

Balažic kot relevanten v zvezi z občutnim poslabšanje zdravja izpostavlja primer, ko je *zdravnik pediater na sekundarni ravni podpisal izvid (prepisan*

[15] Korošec, 2016, str. 496.
[16] Deisinger, 2002, str. 286.

po nareku), za tri-letnega otroka, kateremu je bil postavljen sum na manjšo srčno napako, ne da bi preveril njegovo vsebino, na katerem je bila (za potrebe izdaje zdravila na recept) pomotoma navedena 10-krat višja doza, kot bi bila terapevtska (1,0 mg/kg namesto 0,1 mg/kg otrokove teže), kar je povzročilo, da je otrok po prejemu zdravila utrpel zastoj srca, rešila pa ga je hitra in ustrezna intervencija nujne medicinske pomoči.

Nadalje primer bolnika s kronično astmo, ki se je zdravil na način šolske medicine z več antiastmatičnimi zdravili, ki je zdravljenje zaupal tudi zdravilcu. Le – ta mu je svetoval ukinitev s strani pulmologa predpisanih zdravil in nadaljevanje zdravljenja z zdravilskimi naravnimi metodami. Bolnik je povsem opustil klasično zdravljenje in jemal le s strani zdravilca svetovana zdravila, ter teden dni po prenehanju zdravljenja z zdravili uradne medicine utrpel hud astmatični napad z nastopom smrti.

Ob koncu pa izpostavlja primer kroničnega alkoholika, ki je utrpel manjšo poškodbo glavo. Osnovna diagnostika z rentgenskim slikanjem glave ni pokazala posebnosti. Poškodovanec je vztrajno odklanjal hospitalizacijo in opazovanje, zdravnik pa je ocenil, da v tistem trenutku ni bil v neposredni življenjski nevarnosti in ga je proti lastnoročnemu pacientovemu podpisu odpustil, nato pa je poškodovanec umrl zaradi masivne krvavitve pod trdo možgansko opno in posledične hude akutne oteklosti možganov, kar je predstavljalo neposredni vzrok smrti.

Vzročna zveza se pri kaznivem dejanju malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti pojmuje drugače kot pri tipičnih naklepnih kaznivih dejanjih, saj je treba upoštevati:

a) objektivno predvidljivost poškodbene posledice;

b) če bi prepovedana posledica nastala tudi v primeru, ko bi obdolženi storil vse, kar mu je velevalo dolžnostno ravnanje, vzročne zveze ni.

Kot že omenjeno, prevladujoči del slovenske kazenskopravne doktrine občutno poslabšanje zdravje pojmuje kot prepovedano poškodbeno posledico kaznivega dejanja po 179. členu KZ-1, ki je v vzročni zvezi s kršitvijo dolžnostnega ravnanja storilca *in concreto*. Zato je tozadevno smiselno izpostaviti stališča *Ambroža*[17], ki kot problem vzročnosti pri kaznivih dejanjih v medicini (kot tudi pri ostalih kaznivih dejanjih, ki jih zaznamuje kršitev dolžnostnega ravnanja) izpostavlja problematiko »alternativnega ravnanja v skladu s predpisi«. Pri teh kaznivih dejanjih nas zanima, ali bi storilec z upoštevanjem pravil dolžnostnega ravnanja posledico sploh lahko preprečil oziroma kaj bi se zgodilo, v primeru alternativnega scenarija, po katerem bi storilec naredil vse tako, kot je treba.

[17] Ambrož,M.: Problem vzročnosti pri kaznivih dejanjih v medicini, Podjetje in delo, št. 6-7, letnik 2014, str. 905-913.

Pri iskanju odgovora na zgornje vprašanje *Ambrož*[18] izpostavlja **teorijo o prenehanju varstvene funkcije dolžnostnega varovanja in teorijo o povečanju tveganja.** Po teoriji o prenehanju varstvene funkcije dolžnostnega varovanja mora med kršitvijo dolžnostnega varovanja in nastalo posledico obstajati specifična povezava – posledico so morale povzročiti točno tiste okoliščine, ki predstavljajo kršitev dolžnostnega varovanja. **Teorija o povečanju tveganja** posledico storilcu treba pripisati že, če je storilec s kršitvijo dolžnostnega ravnanja na pravno relevanten način povečal nevarnost za nastanek posledice (povečanje tveganja). Roxin opozarja, da je treba pri spoštovanju pravil dolžnostnega ravnanja vztrajati tudi takrat, kadar to pravne dobrine ne zavaruje z absolutno gotovostjo, vendar pa možnost njene ohranitve vsaj poveča. V nasprotnem namreč pridemo do kriminalitetnopolitično nesprejemljivih rezultatov – odpovemo se vsakršnim zahtevam po skrbnosti na področjih, kjer bi bila skrbnost še posebej potrebna. Ambrož zoper teorijo o povečanju tveganja navaja pomislek, da de facto spreminja poškodbena kazniva dejanja v ogrozitvena in s tem nedopustno širi cono kaznivosti.

Prav slednje navedena teorija, izraženim kriminalitetnopolitičnim pomislekom o širjenju cone kaznivosti navkljub, potrjuje stališče, da je prepovedana posledica kaznivega dejanja po 179. členu KZ-1 konkretna ogrozitev, občutno poslabšanje zdravja pa realizacija nevarnosti v konkretnem primeru, ki ima v inkriminacijski normi vlogo nepravega objektivnega pogoja kaznivosti. Korošec[19] navaja, da vse kaže, da občutno poslabšanje zdravja pri malomarnem zdravljenju izpolnjuje podobno nalogo kot huda telesna poškodba v kaznivem dejanju povzročitve prometne nesreče iz malomarnosti. Slovensko pravo se ne upira konstrukciji objektivnega pogoja kaznivosti, kadar je treba dokazovati nekakšno psevdovzročno zvezo med storilčevim ravnanjem in nastopom objektivnega pogoja kaznivosti. Nadalje pa v prid slednje izpostavljeni tezi govori tudi teleološka razlaga, saj inkriminacija na zakonski ravni predvideva neko posledico ravnanja, glede katere krivda zdravstvenega delavca ni bistvena in za katero posebej tudi ne odgovarja ter jezikovna in sistematična razlaga, po katerih je zaupanje v zdravstveni sistem pomembna in očitna dobrina in predmet varstva inkriminacij poglavja kaznivih dejanj zoper človekov zdravje, kar pa še posebej pritrjuje tezi, da gre pri občutnem poslabšanju zdravja za objektivni pogoj kaznivosti.

Slovenski zakonodajalec je benevolentnost do zdravstvene stroke izdatno izkazal že s tem, ko je inkriminacijo malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti vključil (oziroma pri njej vztraja vse do danes), navkljub

[18] Prav tam, str. 907.

[19] Korošec, 2014, str. 497.

številnim inkriminacijam iz poglavja kaznivih dejanj zoper človekovo življenje in telo, ki pokrivajo praktično vse variacije telesnih poškodb in krivdnih oblik. Zato bi bilo razlaganje vzročne zveze s pomočjo **teorije o prenehanju varstvene funkcije dolžnostnega varovanja** pri kaznivih dejanjih v medicini, ki se uvršča med rizične dejavnosti in prav zaradi tega zahteva še dodatno skrbnost izvajalcev dejavnosti, že povsem neprimerno in kriminalitetnopolitično povsem zgrešeno. Omeniti je namreč treba tudi, da nemški StGB podobne inkriminacije oziroma malomarnostnega kaznivega dejanja v zvezi z izvajanjem zdravstvene dejavnosti ne pozna.

Krivda

Krivda se kaznivem dejanju po 179. členu KZ-1 opredeljuje kot subjektivna lastnost kršitve dolžnostnega ravnanja in sicer v vseh njenih oblikah, kot jih pozna slovenski KZ -1 (nezavedna in zavedna malomarnost). Presoja se po dveh merilih in sicer »ultra posse nemo tenetur« (od nikogar ni mogoče zahtevati več, kot on osebno zmore) ter od vsakega je treba zahtevati toliko, kot on osebno zmore, ne pa manj[20].

Kaznivo dejanje, kvalificirano s hujšo posledico

V III. odstavku 179. člena je predvidena hujša posledica v obliki smrti pacienta kot posledica ravnanja možnih storilcev po I. in II. odstavku 179. člena KZ-1. Prav zaradi tega tudi niso možni pravi steki z malomarnostnimi usmrtitvenimi delikti (povzročitve smrti iz malomarnosti po 118. členu KZ-1)[21]. Z vprašanjem stekov v zvezi pa navaja, da bi bil načeloma mogoč pravi stek kaznivega dejanja po 179. členu KZ-1 s kaznivim dejanjem posebno hude telesne poškodbe iz malomarnosti (III. odstavek 124. člena KZ-1). Prav obstoj inrkiminacije malomarnega zdravljenja kot malomarnostnega kaznivega dejanja, vezanega na občutno poslabšanje zdravja kot objektivni pogoj kaznivosti pa je ovira pri kaznivosti vseh drugih, to je manj hudih, neobčutnih poslabšanj zdravja (lahkih in celo hudih telesnih poškodb), ki bi jih zdravstveni delavec lahko povzročil iz malomarnosti.

Poskus kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti po 179. členu KZ-1 ni kazniv, enako velja tudi za kaznivost neprimernega poskusa.

[20] Bavcon, 2014, str. 293.
[21] Korošec, 2014, str. 497.

Zaključek

Slovenski zakonodajalec je s pristopom pri opisu zakonskih znakov kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti v 179. členu KZ-1 inkriminiral malomarno zdravstveno napako, utemeljeno na nepravu uspeha (čeprav preko dogmatično zapletene logike objektivnega pogoja kaznivosti) in manj neprava ravnanja (kjer, kot je znano, zadoščajo prav vse oblike malomarnosti, tudi zelo blage in je tako poudarjen aleatornostni moment kaznivosti), medtem ko je v svetu primerjalno druga velika skupina kaznivosti malomarne strokovne napake utemeljena prvenstveno na nepravu ravnanja (poskuša zajemati le težje oblike malomarnosti), a zato tudi blage oblike neprava uspeha in na ta način minimira aleatornost kaznivosti, kar se zdi bolj pravična rešitev do zdravstvenih strokovnjakov. V Sloveniji izvršitveno ravnanje zelo pijanega kirurga, ki bo dodatno pod vplivom prepovedanih drog, ne bo kaznivo, če se le pacientu zdravje zaradi tega ne bo hudo poslabšalo po operaciji ali med njo (huda malomarnost, neznatna posledica), v tujini pa bo ravno obratno, saj bo neodvisno od tega, da ni bilo hudega (občutnega) poslabšanja zdravja, pijani in omamljeni kirurg kazensko odgovoren, saj je težišče na hudi malomarnosti. Druga posledica tovrstnega pristopa k določanju kaznivosti malomarnega zdravljenja v Sloveniji pa bo situacija, ko bo kirurg zaradi neznatne malomarnosti utegnil kazensko odgovarjati zgolj zaradi tega, ker bo prišlo do občutnega poslabšanja zdravja, v tujini pa je kot strokovnjak pred tovrstnim kazenskopravnim reagiranjem zavarovan. Na podlagi prikazanih dejstev je torej ob koncu mogoče ugotoviti, da slovenski zakonodajalec ne razlikuje med posameznimi različno bolnimi pacienti in od tod dalje ne predvideva različne kazenskopravne obravnave zdravnikov (in ostalih možnih storilcev, ki se ukvarjajo z različno bolnimi oziroma poškodovanimi pacienti), temveč je bistvena okoliščina tega kaznivega dejanja le v občutnem poslabšanju zdravja kot posledica malomarnega zdravljenja oziroma zdravilske dejavnosti.

SUMMARY

Author in this paper analyses Art. 179. of CC-1 in Slovenia. In paper is described some judicial practice but also is given de lege ferenda approach through comment of legal effects that provisions provide.

Key words: culpability, criminal responsibility, negligence, criminal offence

.

ODGOVORNOST LIJEČNIKA U SLUČAJU TIMSKOG RADA

UDK: 614.253 : 34
Primljeno: 2. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

Dr.sc. Nina Mišić Radanović, mag.iur.
Sveučilišni odjel za forenzične znanosti Sveučilišta u Splitu
nina.misic.radanovic@unist.hr

Rad obrađuje vrlo složenu problematiku pravne odgovornosti liječnika u uvjetima timskoga rada s obzirom da je moderna medicina ona koja uključuje zajednički rad liječnika različitih specijalizacija i subspecijalizacija, ali i ostalih zdravstvenih radnika. Autorica analizira niz doktrinarnih pitanja, od odgovornosti pojedinih članova tima, zajedničke odgovornosti više zdravstvenih radnika, odgovornosti nadređenog za propuštanje dužnog nadzora, odgovornosti podređenog za provođenje upute, odgovornosti u slučaju sukcesivnog liječenja od strane više liječnika do odgovornosti liječnika za instrumente i lijekove. Posebnu pažnju posvećuje problematici utvrđivanja uzročnosti kao ključnog pitanja koji je temelj za provedbu pravnog načela osobne (vlastite) i subjektivne odgovornosti prema kojemu svaki liječnik, kao i ostali zdravstveni radnici, odgovara za svoju radnju ili propust i u granicama svoje krivnje. U radu se prikazuju poteškoće koje se pojavljuju u pravnoj dogmatici i, posljedično judikaturi, u utvrđivanju kauzaliteta i krivnje, i to jednako u području građanske i kaznene odgovornosti te se uz pomoć slučajeva iz sudske prakse pokušava odgovoriti na pitanje prihvaća li se u pravu načelo djeljivosti odgovornosti unutar tima ili, pak, suprotno, stajalište o nedjeljivoj odgovornosti članova medicinskog tima.

Ključne riječi: liječnik, timski rad, kaznena odgovornost, građanska odgovornost

1. Uvodno postavljanje problematike

Činjenica da tijekom liječenja pacijenta tretiraju najmanje tri do četiri različita zdravstvena radnika (npr. laborant, liječnik, medicinska sestra) i da se u timu mogu pojaviti pripadnici čak 11 zdravstvenih profesija ukazuje da više ne postoji liječenje tzv. one-man metodom, jer je timski rad postao zlatni standard moderne medicine. Današnja je medicina nezamisliva bez tzv. strategije timskog rada odnosno zajedničkog rada liječnika različitih

specijalizacija i subspecijalizacija i ostalih zdravstvenih radnika (medicinskih sestara, laboranata tehničara i dr.).[1]

Uvodno, za ilustraciju problematike koja će biti obrađena može poslužiti jedan hipotetski (ali, moguće i stvarni) primjer tretmana pacijenta s bolovima u trbuhu i prsištu, a čiji bi se scenarij odvijao u nekoliko sljedećih faza:

1. faza - zbog bolova u trbuhu i prsima pacijent zove hitnu pomoć koja dolazi nakon dvadesetak minuta te pruža hitnu medicinsku pomoć i pacijenta transportira u bolnicu. Međutim, tijekom prijevoza dolazi do srčanog aresta, pacijent se reanimira te se živ, ali u teškom stanju predaje bolnici.
   U ovoj fazi medicinski tim čine: liječnik, tehničar i vozač.
2. faza - u bolnici se nastavlja odgovarajući tretman i dijagnostika, isključuje se bolest abdomena i potvrđuje se dijagnoza infarkta srca te se pacijent hitno upućuje u salu radi postavljanja stenta u koronarne žile. S obzirom da u bolnici postoje samo dvije sale za kateterizaciju, od kojih jedna ne radi, a u drugoj je u međuvremenu već započeta jedna intervencija, pacijent se premješta u Jedinicu za intenzivno liječenje radi adekvatnije mogućnosti skrbi nego što je to u prostoru hitne službe.
   U ovoj fazi medicinski tim čine: više liječnika različitih specijalnosti (hitna medicina, kardiolozi, gastroenterolozi, radiolozi…), više medicinskih sestara i laboranata.
3. faza – pacijent boravi u Jedinici za intenzivno liječenje 15-ak minuta te se zatim transportira u salu za kateterizaciju.
   U ovoj fazi medicinski tim čine: jedan anesteziolog ili intenzivista te jedna do dvije medicinske sestre
4. faza - tijekom procedure u kateterizacijskoj sali dolazi do loma katetera za postavljanje stenta i pacijent se hitno premješta u kardiokiruršku salu radi otvorene operacije i postavljanje bypassa.
   Medicinski tim čine: jedan ili dva liječnika kardiologa, ali ponekad i anesteziologa/intenzivista te jedna do dvije medicinske sestre/tehničara, laboranata.
5. faza - u operacijskoj sali pacijent neočekivano jako krvari, postavlja se bypass, ali zahvat ne ide adekvatnim i željenim tijekom i pacijent se po završetku transportira u Jedinicu intenzivnog liječenja.
   Medicinski tim čine: najmanje dva liječnika kirurga-kardiokirurga, jedan anesteziolog, dvoje i više medicinske sestre/tehničara, laboranata.
6. faza - nakon operacije pacijent nije stabilan prema očekivanju te tijekom

[1] RODRÍGUEZ-VÁZQUEZ, *Doctors in Spanish Criminal Law: medical criminal responsibility for deaths and injuries caused by negligence in present-day Spain,* 25 Med. & L., 2006, str. 418.

noći postaje febrilan, no laboratorijski nalazi ne ukazuju na infekciju. Slijedećeg dana pacijent razvija tešku kliničku sliku sepse i tijekom dana umire zbog šoka i srčanog zatajenja u Jedinici za intenzivno liječenje.

U ovoj fazi medicinski tim čine: više anesteziologa ili intenzivista i drugih liječnika (kardiolozi, kardiokirurzi, radiolozi, mikrobiolozi, infektolozi), više medicinskih sestara/tehničara, laboranata, radioloških tehnologa i fizioterapeuta.

U navedenom primjeru u svim fazama medicinskog postupanja očigledne su dvije nesporne činjenice: da su uloge koje vrši svaki od članova u medicinskom timu određene njihovom zdravstvenom profesijom, licencom, radnim mjestom, medicinskim smjernicama i protokolima ustanove te da se, istovremeno, voditelji timova mijenjaju ovisno o vrsti tima i fazi liječenja.

Epilog ovog hipotetskog slučaja mogao bi biti sudski te završiti kaznenim i/ili građanskim postupkom protiv zdravstvenih radnika. Obitelj pacijenta mogla bi postaviti slijedeća pitanja: je li hitna pomoć trebala stići ranije, je li se srčani arest mogao prevenirati ranijim dolaskom u bolnicu te je li se i reanimacija mogla bolje izvesti; je li se ranije mogla postaviti dijagnoza infarkta srca, jer bi se time pacijent ranije prevezao u salu za kateterizaciju s obzirom da je pacijent u ovom slučaju dodatno čekao transport zbog zauzetosti sale; tko je odgovoran za neuspjeli zahvat kateterizacije odnosno je li liječnik nepravilno rukovao kateterom ili je on bio već oštećen ili je kateteru istekao rok uporabe te je li tehničar valjano obavio sve priprema za zahvat; je li bypass bio dobro postavljen i jesu li laboratorijske pretrage koje ukazuju na funkciju sustava za zgrušavanje dobro učinjene i rezultati točni? Dalje, kada je pacijent dobio infekciju (u hitnoj službi, u kateterizacijskoj sali, u operacijskoj sali, ili u intenzivnoj) i tko je odgovoran za to; je li do unosa mikrorganizama koji su uzrokovali sepsu došlo uz poštivanja svih pravila struke, a ako nije, tko je propustio učiniti potrebne radnje odnosno tko je učinio pogrešne radnje; koji je liječnik odgovoran za funkcionalnost bypassa i održanje srčane funkcije; je li pacijent primio u adekvatnoj dozi i na adekvatan način sve lijekove i terapijske postupke kako su zapisani u terapijskoj listi koju ispunjava liječnik u intenzivnoj; jesu li laboratorijski nalazi tijekom noći bili točni ili su pogrešni nalazi doveli liječnike u zabludu te nisu na vrijeme započeli adekvatno liječenje?[2]

U ovom se primjeru pojavljuje niz doktrinarnih pitanja, od odgovornosti pojedinih članova tima, zajedničke odgovornosti više zdravstvenih radnika, odgovornosti nadređenog za propuštanje dužnog nadzora, odgovornosti podređenog za provođenje upute, odgovornosti u slučaju sukcesivnog liječenja od strane više liječnika, utvrđivanja uzročnosti do odgovornosti liječnika za

[2] Posebno zahvaljujem Miranu Cvitkoviću, dr. med. na pomoći u medicinskom koncipiranju scenarija ovoga primjera.

instrumente i lijekove. Riječ je o vrlo složenoj teorijskoj problematici koja ima svoje posljedice u odlukama judikature.

Odgovornost liječnika, jednako kaznena i građanska, posebno se komplicira u uvjetima timskog rada, jer tim[3] ispravlja, ali i kumulira pogreške. Takav oblik liječenje nije samo veliki „blagoslov" koji jamči uspjeh u liječenju, jer suprotno specijalizaciji u medicini je načelna nedjeljivost ljudskog organizma. Zbog toga svaki oblik timskog rada skriva u sebi i oblike posebnih izvora opasnosti odnosno sa svakim su timskim radom povezani i tipični rizici suradnje.[4] Timski rad nosi sa sobom opasnost u činjenici da se ponekad gubi osjećaj odgovornosti te se ona prebacuje na drugoga. Od podjele rada ili funkcija pri timskom liječenju koristi, svakako, ima pacijent, ali istovremeno ta podjela može prouzročiti značajne rizike za njega zbog nedostatka koordinacije, komunikacije ili informacija unutar samoga tima. Tako, tipični rizici mogu nastati zbog nedovoljne kvalifikacije i iskustva pojedinih članova tima, zbog nedovoljne komunikacije i suradnje među njima, zbog neusklađenosti poduzetih mjera i nedostataka u razgraničenju nadležnosti članova tima, a također, mogući su i propusti u organizaciji u smislu sigurnosti i kontrole.[5] Problem dodatno usložnjava i pitanje odgovornosti za sredstva liječenja odnosno za instrumente i lijekove (engl. *product liability*).[6] Povećanjem primjene tehnoloških dostignuća u području pružanja zdravstvenih usluga, timovi s nizom sudionika različitih specijalizacija podrazumijevaju i uporabu velikog broja raznovrsnih medicinskih sredstava[7] i lijekova.

---

[3] Zdravstveni tim čini više osoba, zdravstvenih radnika, zavisno od činjenice koje je djelatnosti, odnosno poslove pojednih djelatnosti potrebno poduzeti radi pružanja i davanja konkretne zdravstvene usluge. Stoga, sastav tima ovisi o vrsti zdravstvenih postupaka koje je potrebno poduzeti prema pacijentu. Šire KLARIĆ, A., CVITKOVIĆ, M., *Vrste i načini odgovornosti unutar tima,* Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice, 2016, str. 217.

[4] RADIŠIĆ J., *Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja*, Revija za pravo osiguranja, br. 1, 2009, str. 20.

[5] *Ibid.*

[6] Premda je odgovornost zbog povreda izazvanih uporabom medicinskih sredstava značajan problem odštetnog prava, pitanje odgovornosti za sredstva liječenja odnosno za instrumente i lijekove pojavljuje se i u kaznenom pravu. O osudi dr. Conrada Murraya za kazneno djelo nehajnog ubojstva (engl. *involuntary manslaughter*) kaznom zatvora u trajanju od četiri godine zbog smrti poznatog pjevača Michael Jacksona koji je umro u snu od srčanog zastoja kao izravne posljedice akutne intoksikacije anestetikom propofol više KIM, J. C., *The trial of Conrad Murray: prosecuting physicians for criminally negligent over-prescription,* 51 Am. Crim. L. Rev., 2014, str. 519. i BARNES, C. M., SKLAVER, L.S., *Active Verification and Vigilance: A Method to Avoid Civil and Criminal Liability When Prescribing Controlled Substances,* DePaul Journal of Health Care Law, vol. 15, 2013, 2, str. 96.

[7] Pod medicinskim sredstvom podrazumijevaju se svi oni predmeti koji neposredno

U teoriji su ranije bila zastupljena stajališta prema kojima je liječnik, analogno s kapetanom broda, odgovoran za postupanje svih iz njegove ekipe, pa je tipičan primjer za to odgovornost kirurga za brojanje gaza i sl. koje se koriste tijekom operacije i koje lako mogu biti zaboravljeni u tijelu pacijenta, čak i ako on sam u kontroli korištenja tih predmeta sudjeluje samo djelomično. Međutim, danas se uviđa da, primjerice kirurg praktično nema nikakvog utjecaja na tim koji sudjeluje u operaciji, jer su bolnice ustanove koje zapošljavaju veliki broj stručnjaka vrlo različitih profila te vođa tima nema utjecaja na izbor ljudi, a još manje na kvalitetu njihova znanja i sposobnosti.[8]

Dakle, problematika pravne odgovornosti liječnika u uvjetima timskog rada teorijski je jako kompeksna, jer je, načelno, odgovornost uvijek vezana uz pojedinca, ali i građansko i kazneno pravo[9] omogućuju i odgovornost više pojedinaca u kolegiju, timu ili ekipi. Zbog prihvaćenog pravnog načela osobne (vlastite) i subjektivne odgovornosti prema kojemu svaki liječnik odgovara za svoju radnju ili propust i u granicama svoje krivnje, u teoriji i posebno praksi, otvara se složena problematika utvrđivanja uzročnosti i krivnje u slučajevima timskog liječenja. Također, upitno je dolazi li u obzir, pored odgovornosti svakog liječnika zbog vlastitih pogrešaka, i odgovornost zbog pogrešaka ostalih učesnika, tj. njihova suodgovornost. Drugim riječima, upitno je odgovara li uvijek svaki liječnik zbog nepropisnog postupka i nepažnje svakog drugog učesnika (liječnika ili drugog zdravstvenog radnika) u timu.

služe u dijagnostici ili terapiji, npr. instrumenti za operaciju, röntgen aparati, dijalizatori, uređaji za zračenje, respiratori, aparati za anesteziju, defibrilatori i sl. Njemačka pravna teorija predmete koji ne služe liječenju ili ispitivanju pacijenta već u neke druge svrhe (npr. kreveti, bolnička kolica, stolovi i sl.), ne smatra medicinskim sredstvom. DEUTSCH, E., SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, 5. Auflage, Berlin, 2003, str. 204. Više o implantabilnim i protetičkim medicinskim sredstvima MANIĆ, O. S., *Odgovornost zbog štete izazvane upotrebom medicinskih sredstava,* doktorska disertacija, Niš, 2015, str. 247.

8 O tzv. pravilu odgovornosti kapetana broda FLIS, V., *Medicinska napaka (Medical Error),* 26. Posvet Medicina, pravo in družba: Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev, marec 2017, Maribor, str. 25

9 Više o pretpostavkama obje vrste odgovornosti liječnika HOROVIĆ, S., MIŠIĆ RADANOVIĆ, N., *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika*, Zbornik radova "Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse", Mostar, br. 15, 2017. str. 26-48.

2. Teorijski koncepti vlastite i vikarijske (izvedene) odgovornosti u pravu[10]

Vlastita odgovornost postoji kada osoba odgovara za svoju radnju ili propust dok vikarijska odgovornost (engl. *vicarious liability*) predstavlja odgovornost za drugoga odnosno kada jedna osoba odgovara za posljedice koje je radnjom/propustom prouzročila druga osoba.[11] U području medicinske djelatnosti vikarijska odgovornost se promatra s aspekta odgovornosti liječnika za radnje/propuste drugih liječnika/zdravstvenih radnika te obuhvaća dvije situacije: odgovornost liječnika za vlastito osoblje odnosno zaposlenike prema načelu *respondeat superior* (engl. *Liability for Own Staff*) i odgovornost za drugoga u bolničkim okolnostima (engl. *Liability in Hospital Setting*).[12] Koncept vikarijske odgovornosti predstavlja tzv. izvedenu individualnu pravnu odgovornost,[13] poznatu u angloameričkome pravu kao oblik odgovornosti koji je povijesno nastao na području srednjovjekovne građanskopravne odgovornosti za štetu nekog principala koju su trećim osobama nanijeli njegovi službenici ili povjerenici. Dakle, umjesto tzv. autonomne odgovornosti pojedinca za svoje vlastito ponašanje, njegova se pravna odgovornost izvodi iz ponašanja nekih drugih osoba koje su postupale u okviru stanovite asocijacije u kojoj je neka djelatnost bila razdijeljena prema hijerarhijskim ili koordiniranim metodama ostvarivanja zajedničkog cilja. Specifičnost odnosa odgovornosti za drugoga leži u činjenici da su odgovorna osoba i štetnik dvije različite osobe te da se za nastanak tog odnosa, pored općih pretpostavki, traži još jedna dodatna, a to je poseban odnos između štetnika i odgovorne osobe.[14] U teorije izvedene ili posredne odgovornosti u širem smislu spadaju i teorije o zapovjednoj odgovornosti.[15]

---

[10] Više o različitim oblicima odgovornosti i njihovim značajkama MIŠIĆ RADANOVIĆ, N., *Liječnik kao subjekt deliktne odgovornosti,* doktorska disertacija, Split/Mostar, 2017.

[11] Više o vikarijskoj odgovornosti za drugoga GREGORY, O. C., *Vicarious responsibility and contributory negligence,* Yale L. J., 41, 1932, str. 831-852, OTTO, S. F., *Medical negligence,* South African Journal of Radiology, vol 8, no 2, 2004, str. 19-22. i BARAK, A., *Mixed And Vicarious Liability—A Suggested Distinction,* The Modern Law Review, Volume 29, Issue 2, 1966, str. 160-169.

[12] Vikarijska odgovornost se može promatrati i s aspekta odgovornosti bolnice za radnje/propuste koji su se dogodili u njenom prostoru.

[13] „*There are situations in which a person incurs liability as a result not of his own acts but of the acts of other persons, whose liability is imputed to him by law.*" Šire BARAK, A., *op.cit.*, str. 160–169.

[14] Najčešće se radi o roditeljskom, skrbničkom ili pak radnom odnosu. Šire KLARIĆ, P., VEDRIŠ, M., *Građansko pravo,* Zagreb, 2008, str. 622.

[15] Radi se o privatnopravnom konceptu odgovornosti poslodavca za postupke i propuste zaposlenika u obavljanju njihovih radnih zadataka. Ovaj je koncept u temelju vikarijske

U pravu koncept vikarijske odgovornosti protivan je načelu krivnje odnosno subjektivne odgovornosti, jer implicira odgovornost poslodavca bez obzira na njegovu krivnju i znanje za počinjeno djelo i unatoč tome što je učinio sve da spriječi djelo i bez obzira je li zaposlenik postupao s namjerom ili iz nehaja.[16] Unatoč načelno širokom konceptu *respondeat superior*, u pravnim sustavima u kojima je predviđena vikarijska odgovornost, npr. SAD i Nizozemska, ona je ograničena samo na neka kaznena djela u vezi gospodarstva i neke radnje koje nisu kažnjive dok se u sudskoj praksi taj koncept tumači vrlo restriktivno te je značajniji za odgovornost zdravstvenih ustanova.[17] Tako je npr. Vrhovni sud države California u jednoj odluci zauzeo stajalište da bolnica ne može biti osuđena na osnovi vikarijske odgovornosti za seksualno maltretiranje pacijenta od strane liječnika.[18]

Međutim, premda u pravu načelno svatko snosi osobnu odgovornost zbog svojih pogrešaka u poslovima koji su mu povjereni, ipak ponekad, nadređeni medicinski djelatnici mogu odgovarati i zbog grešaka svojih podređenih. Takva posredna odgovornost za drugoga može se pojaviti kada podređenima nisu dali potrebna uputstva za rad ili ako su neki medicinski posao povjerili osobi koja, primjerice, nema odgovarajuću kvalifikaciju,[19] te je češća u onim

odgovornosti kojoj je cilj: 1. sprječavanje budućih povreda; 2. osiguranje naknade štete oštećeniku i 3. pravično ispravljanje gubitaka prouzročenih u poduzetništvu. BOJANIĆ, I., DERENČINOVIĆ, D., HORVATIĆ, Ž., KRAPAC, D., SERŠIĆ, M., *Teorija zajedničkog zločinačkog pothvata i međunarodno kazneno pravo – izazovi i kontroverze,* Zagreb, MMVII, Akademija pravnih znanosti Hrvatske, str. 8.

16 O argumentima protiv vikarijske odgovornosti u kaznenom pravu šire JEFFERSON, M., *Criminal Law,* 7th ed. 2006, str. 200.

17 HORVATIĆ, Ž. i dr., *Rječnik kaznenog prava*, Zagreb, 2002.

18 Razlika između posredne (vikarijske) i mješovite odgovornosti od posebnog je značaja za odgovornost bolnica, jer odgovornost bolnice za nesavjesno postupanje svojih liječnika i ostalog medicinskog osoblja može biti vikarijska ili mješovita. Za uspostavu posredne odgovornosti mora se dokazati da je liječnik bio zaposlenik bolnice i da je bio nemaran prema oštećenom u obavljanju svoje profesije dok je za mješovitu odgovornost dovoljno dokazati povredu dužnosti liječenja, bez obzira radi li se o ugovornoj ili izvanugovornoj dužnosti. BARAK, A., *op. cit.,* str. 167. Usp. INGRAM, D. J., *Liability of Medical Institutions for the Negligence of Independent Contractors Practicing on Their Premises,* J. Contemp. Health L. & Pol'y, 10, 1994, str. 222.

19 Pri delegaciji ovlasti na podređene osobe delegatar može odgovarati ne samo za izbor osobe (*culpa in eligendo*) nego i za propuštanje dužnog nadzora nad njom (*culpa in inspiciendo*). Ti oblici civilne odgovornosti relevantni su i za kazneno pravo, uz uvjet da se udovolji svim ostalim pretpostavkama potrebnim za kaznenu odgovornost, posebno glede subjektivne sastavnice. NOVOSELEC, P., *Aktualni problemi hrvatskog gospodarskog kaznenog prava,* Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, vol. 14, 2, 2007, str. 386.

slučajevima kada ne postoje protokoli odnosno standardi postupanja.[20] Koncepti vlastite i vikarijske odgovornosti na posebnoj su kušnji u slučajevima odgovornosti za pogreške liječnika-specijalizanta. Jedini način da liječnici na specijalizaciji steknu praksu i iskustvo te da budu osposobljeni za polaganje specijalističkog ispita i time postanu specijalisti iz određenog područja je da najprije promatraju liječnike specijaliste i uče, a potom i sami počnu sudjelovati u radu s pacijentima.[21] Već 1992. godine njemački Savezni Vrhovni sud zauzeo je mišljenje prema kojem bi uz specijalizanta koji obavlja kirurški zahvat trebao uvijek asistirati kirurg specijalist, upozorivši i na praksu koja je pokazala da se ovo pravilo često ne poštuje.[22] Na tragu ovoga je i mišljenje Hrvatske liječničke komore na kojega se pozvao Općinski sud u Osijeku u obrazloženju osuđujuće presude zbog kaznenog djela nesavjesnog liječenja. Dakle, povodom pitanja suda koliko je široka odgovornost liječnika-specijalizanta u mišljenju se navodi da je za stručni rad specijalizanta u poslovima specijalizacije za koju se obrazuje na kliničkom odjelu, u operacijskoj sali, u dežurstvu ili specijalističkoj ambulanti, zapravo odgovoran doktor medicine specijalist pod čijim nadzorom liječnik specijalizant obavlja medicinske djelatnosti u okviru svoje specijalističke izobrazbe. Liječnik-specijalizant ne može samostalno dežurati, određivati potrebu invazivnih dijagnostičkih postupaka, diferentnih terapijskih zahvata, niti raditi kao konzultant, a u specijalističkoj ambulanti može raditi samo pod nadzorom specijaliste područja za koje se specijalistički obrazuje. Stoga, specijalizant za vrijeme trajanja izobrazbe i sve do polaganja specijalističkog ispita, nema licencu za obavljanje poslova iz područja određenih specijalnosti za koju se obrazuje. Međutim, u ovom je slučaju, ipak proglašena krivom liječnica- specijalizantica radi postojanja njene krivnje zbog preuzimanja ili tzv. prethodne krivnje.[23] Liječnik-specijalizant nije odgovoran

---

[20] Šire BARNES, A. B., *Negligence, Medical Malpractice, Vicarious Healthcare Facility? Liability, Or Patient Responsbility: Who Should Pay When A Patient Contracts MRSA From A Healthcare Facility?*, Indiana Health Law Review, Vol 7, No 2, 2010.

[21] IVANČIĆ-KAČER, B., *Odgovornost specijalizanta za počinjenu liječničku pogrešku*, Aktualnosti hrvatskog zakonodavstva i pravne prakse, god.16, 2009., str. 695. Kao pravi problem na razini Republike Hrvatske ona ističe činjenicu da ne postoji pravna norma koja bi najprije propisala opće uvjete rada specijalizanta, a nakon toga i posebne uvjete za pojedine specijalizacije, uz naravno jasan odnos o tome što je opće, a što pojedinačno, kako bi se znalo koju normu primijeniti.

[22] OPDERBECKE, H. W., WEISSAUER, W., *Facharztqualitat versus formelle Facharztqualifikation,* Anmerkungen zu Urteil des BGH vom 10.3.1992., Medizinrecht, br. 1, 1993., str. 2. i 3., cit. prema RADIŠIĆ, J., *Ko je odgovoran zbog greške lekara na specijalizaciji*, Pravni život br. 9/2009. str. 810.

[23] Općinski sud u Osijeku, K-442/02-75 od 30. ožujka 2005. godine. U obrazloženju presude sud je naveo kako smatra da radnje koje je poduzela okrivljenica predstavljaju

zato što operaciju nije bio sposoban obaviti kao prosječan kirurg, ali odgovora zbog toga što je pristao na obavljanje takve operacije. Radi se o situaciji koja postoji kod osoba koje obavljaju određeni posao kojemu nisu dorasle ili se dovedu u situaciju koju nisu sposobne kontrolirati. Liječnik-specijalizant stoga mora biti svjestan svojih mogućnosti i dovoljno samokritičan, a ako prekorači granice svojih sposobnosti koje je znao ili je morao znati, čini liječničku grešku i ne može se ekskulpirati pozivajući se na to da nije specijalist.[24]

Naravno, pri tome treba voditi računa i o propustu nadređene osobe liječnika- specijaliste ili šefa odjela da izvrši dužni nadzor. Dakle, nužno je točno utvrditi koju razinu liječenja specijalizanti mogu pružati kao i odgovoriti na pitanje kakav je utjecaj konkretne organizacije rada službe.[25] Hrvatska judikatura nerado konstruira osobnu odgovornost nadređenog liječnika utemeljenu na propustu dužnog nadzora, što je vidljivo iz presude suda *kojom je okrivljenik L. B. oslobođen optužbe da je počinio kazneno djelo nesavjesnog liječenja pogrešnim očitavanjem RTG snimke lubanje oštećenika, što je dovelo do*

grube povrede profesionalnih pravila postupanja odnosno da su „*na prvi pogled uočljiva odstupanja od priznatih pravila struke i znanosti, odnosno da njeni postupci odudaraju od prihvaćenih i prokušanih profesionalnih standarda jer se upustila u provođenje radnje za koju nije dovoljno stručna budući je u kritično vrijeme bila liječnik specijalizant, nije zvala liječnika specijalistu pod čijim nadzorom je trebala raditi niti je primijetila očite znakove koji su upućivali na ozbiljnu ugroženost i patnju ploda…*". Županijski sud u Osijeku (Kž-438/05-4 od 25. kolovoza 2005.) odlučujući o žalbi okrivljene liječnice-specijalizantice navodi da kod okrivljenice postoji krivnja zbog preuzimanja odnosno odgovornost na temelju prethodne krivnje, jer je okrivljenica u vrijeme inkriminiranog događaja postupala u skladu sa svojim osobnim sposobnostima (glede znanja i vještina), pa joj se samo zbog toga ne bi mogao uputiti prijekor, ali je kriva što se prihvatila djelatnosti za koje nije imala dovoljno znanja i vještina. Cit. prema ROKSANDIĆ VIDLIČKA, S., *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena hrvatskog Kaznenog zakona,* Godišnjak APZH 2010, 1, str. 127.

[24] Prema praksi u RH i dostupnim informacijama ističe se kako najčešće specijalizanti nakon relativno kratkog vremena rade sami, a ako se nešto loše dogodi mentor, kao osoba koja je zadužena za specijalizanta, preuzima odgovornost na sebe po nekoj vrsti analogije s zapovijednom odgovornošću. Time ustvari nastaje jedna situacija u kojoj svatko svakoga štiti, specijalizant mentora, mentor specijalizanta, a ustanova obojicu, jer joj je u interesu da sve prođe bez ikakvog skandala i po mogućnosti bez ikakvih postupaka. Cit. IVANČIĆ-KAČER, B., *op.cit.,* str. 696. i 697.

[25] U teoriji postoji i stajalište koje drži upitnim je li uopće potrebno odgovornost okrivljenice-specijalizantice vezivati uz prethodnu krivnju, jer samo nepostupanje po pravilima struke, primjerice nepozivanje starije službe u slučaju opažanja pogoršane zdravstvene situacije pacijenta, predstavlja povrede pravila struke. Također, u navedenom je slučaju upitno bi li postojala odgovornost specijalizantice ukoliko bi ona pokušavala pozvati stariju službu, a ista se ne bi odazivala ili bi bila zauzeta rješavanjem drugog hitnog slučaja. ROKSANDIĆ VIDLIČKA, S., *op.cit.*

pogrešne dijagnoze i, posljedično do smrti oštećenika.[26] *Državni odvjetnik je u žalbi tvrdio da je sporni nalaz napravio specijalizant, ali na temelju zaključnog mišljenja liječnika specijaliste, premda on taj nalaz nije potpisao, jer je to bila uobičajena praksa. Drugostupanjski sud je u obrazloženju presude kojom potvrđuje oslobađajuću presudu naveo da se, u situaciji kada je organizacija rada na Odjelu radiologije O.b. u B. u toj mjeri manjkava da se čak nije vodila ni evidencija koji je od radiologa bio voditelj jutarnjeg sastanka na kome su se pregledavale RTG snimke i da specijalisti radiolozi, pod čijim imenom su specijalizanti pisali nalaze, iste nisu bili dužni prekontrolirati i supotpisati, pa se često događalo da se nalazi pišu pod imenom radiologa koji taj nalaz nije izradio, ne može sa sigurnošću tvrditi da je upravo okrivljenik propustio pažljivo pregledati RTG snimku lubanje oštećenika, zbog čega je previdio otvoreni prijelom čeone kosti lijevo i prijelom kostiju prednje lijeve lubanjske jame, pa je došlo do postavljanja pogrešne dijagnoze i pogrešnog liječenja oštećenika, što je imalo za posljedicu pogoršanje njegovog zdravlja i konačno smrtni ishod.*[27]

Navedena presuda ukazuje na prihvaćanje stajališta prema kojem liječnici odgovaraju osobno za vlastito ponašanje prema kriteriju kompetencija odnosno poslova koje proizlaze iz obrazovanja, ovlaštenja i obveza prema licenci.[28] Odgovornost za vlastiti čin/propust danas je gotovo općeprihvaćena te svaki liječnik (uključujući i specijalistu) snosi odgovornost sam za sve zadatke koji su mu povjereni da ih obavlja samostalno na temelju obrazovanja ili funkcije.[29]

Također, i zdravstveni radnici koji samostalno rade u privatnoj praksi osobno odgovaraju, ali je njihova situacija specifična kao poslodavaca, jer

---

[26] Presuda Općinskog suda u Bjelovaru K-129/11-14 od 20. travnja 2012.

[27] Presuda Županijskog suda u Bjelovaru, Kž-296/2012-5 od 21. veljače 2013.

[28] Odobrenje za samostalan rad (licenca) je javna isprava kojom se dokazuje stručna osposobljenost liječnika za samostalno obavljanje liječničke djelatnosti na određenom području. Izdaje se s rokom važenja, a obvezno sadrži i stručno područje za koje se izdaje te liječnik može obavljati svoje zvanje samo u okviru svoje izobrazbe određene odobrenjem za samostalan rad. Liječniku sa specijalizacijom, odnosno užom specijalizacijom daje se odobrenje za samostalan rad za područje specijalnosti ili uže specijalnosti za koju je stručno osposobljen, dok se liječniku s položenim stručnim ispitom i liječniku na specijalizaciji daje odobrenje za samostalan rad u području opće medicine. Zakon o liječništvu (NN br. 121/03. i 117/08, u daljnjem tekstu: ZOL) i Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalni rad od 14. lipnja 2013. godine.

[29] Cit. ŽOKALJ, I., SABLJAR-MATOVINOVIĆ, M., *Dealing with interpersonal miscommunication problems as presented to the Commission for Medical Ethics and Deontology of Croatian Medical Chamber,* Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj, Knjiga izlaganja na XIV. proljetnom simpoziju medicinske etike Hrvatskoga liječničkog zbora, Zagreb, 2014.

odgovaraju kako za svoje uposlenike (osobe u radnom odnosu) tako i za svoje pomoćnike (osobe u nekom drugom ugovornom odnosu). Zdravstveni radnik koji za vrijeme svoje odsutnosti odredi zamjenika, odgovara samo za njegov izbor i upute koje mu je dao (*culpa in eligendo et instruendo*).[30]

3. Utvrđivanja uzročnosti i krivnje u uvjetima timskog rada

3.1. Utvrđivanje uzročnosti

Odgovornost liječnika uopće, ali i kao člana medicinskog tima, postavljena je unutar općeg pravnog načela prema kojemu svatko odgovara za svoju radnju/propust i u granicama svoje krivnje. Međutim, poteškoće koje se pojavljuju u pravnoj dogmatici i, posljedično judikaturi, sadržane su u pitanjima kauzaliteta i krivnje, i to jednako u području građanske i kaznene odgovornosti. Također, odgovori na niz kompleksnih pitanja u tom području ovisni su o tome je li prihvaćeno načelo djeljivosti (distribucije) odgovornosti unutar tima ili, pak, suprotno, stajalište o nedjeljivoj odgovornosti članova medicinskog tima.

Prvi i ključni problem koji se pojavljuje u slučajevima odgovornosti u uvjetima timskoga rada je utvrđivanje uzročnosti (*nexus causalis*) kao nužne pretpostavke za postojanje građanskopravne i kaznenopravne krivnje. Uzročnost je pojam objektivne prirode i prethodi krivnji te ako nema uzročne veze niti se neće utvrđivati krivnja. Utvrđivanje uzročnosti vrlo je složeno pitanje dokaznog postupka, jer i one medicinske intervencije koje su poduzete *lege artis* ne jamči uvijek povoljan ishod. Stoga, dokazivanje kauzaliteta može se pojaviti kao nepremostiva poteškoća[31] kod odgovornosti liječnika i u, na prvi pogled, jednostavnim slučajevima. Učestali su slučajevi u kojima nije moguće utvrditi uzročnu vezu između medicinskog čina/propusta i povrede života, tijela ili zdravlja osobe, jer je povreda rezultat cijeloga lanca uzroka. U pravnoj se teoriji i praksi, stoga koriste različite teorije o kauzalitetu odnosno odabiru uzroka (teorije ekvivalencije s formulom *conditio sine qua non,* adekvatnosti, objektivnog uračunavanja i dr.) te postoje različiti standardi dokazivanja, od pretežne i visoke vjerojatnosti do vjerojatnosti na granici sigurnosti.[32] Teorijski,

[30] Tako KLARIĆ, P., *Odgovornost za liječničku grešku,* „Medicinski, pravni i ekonomski pogledi na profesionalnu odgovornost u zdravstvu i osiguranje od odgovornosti", Udruga poslodavaca u zdravstvu, Šibenik, 2007. str. 14. Zdravstveni radnik će tako prema članku 601. Zakona o obveznim odnosima (NN 35/05., 41/08., 125/11., 78/15) odgovarati i za one osobe odnosno suradnike koje su po njegovu nalogu radile na poslu koji se obvezao izvršiti kao da ga je sam izvršio.

[31] Mnogi autori smatraju da ne postoji teži i tvrdokorniji problem u pravu od kauzaliteta. JEFFERSON, M., *op.cit.*, str. 47.

[32] Vidi RADIŠIĆ, J., *Uzročna veza kao osnov i kao mera odgovornosti zbog lekarske stručne greške*" Pravni život, 9, 1998, str. 239., KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove*

premda su svi uzroci morali postojati da se povreda pacijenta dogodi, može se poći i od stava da je uzrok povrede koja se mogla izbjeći upravo radnja/propust onog posljednjeg aktera u lančanom nizu koji je imao priliku povredu izbjeći.[33] Prema teoriji ekvivalencije pogreška liječnika može se smatrati uzrokom povrede, ako povreda ne bi nastupila bez te pogreške,[34] a ako je više pogrešaka, onda su sve uzroci povrede. Dakle, ponašanje liječnika smatra se uzrokom ako bez njega ne bi došlo do posljedice tj. ako je ono nužni uvjet, a uzročnost neće biti isključena u sljedećim slučajevima: ako je istodobno s radnjom počinitelja djelovao i neki drugi uzrok (npr. radnja samog pacijenta); ako su naknadno djelovali neki drugi uzroci (npr. naknadne komplikacije kao upala pluća koja je izravno prouzročila smrt) te ako je naknadno djelovala neka treća osoba.[35] Upravo teorija ekvivalencije (u angloameričkom pravu tzv. *but for* test) u većini slučajeva služi za isključenje liječnikova ponašanja kao uzroka štete.[36] Prema adekvacijskoj teoriji relevantan je samo onaj uzrok koji je, prema životnom

i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio), Hrvatska pravna revija, 8, 2001, str. 9. NOVOSELEC, P., *Opći dio kaznenog prava*, Zagreb, 2009, str. 168.

33 Tako BOVBJERG, R. R., MILLER, H. R., SHAPIRO, W. D., *Paths to Reducing Medical Injury: Professional Liability and Discipline vs. Patient Safety - and the Need for a Third Way,* 29 J.L. Med. & Ethics, 2001, str. 371.

34 Tako je odlukom VSRH IV Kž-4/1999 od 9. siječnja 2001. godine zaključeno da je u konkretnom slučaju realno za pretpostaviti da je kod oštećenika postojalo oštećenje cirkulacije srca povezano sa tzv. timičkolimfatičkim statusom, što je dovelo do naglog zatajenja smrti i smrtnog ishoda. Kako takvo stanje uobičajenim sistematskim pregledom sportaša nije moguće utvrditi, zatajenje srca nije moguće predvidjeti, a u trenutku zatajenja srca to stanje nije bilo podložno terapiji, prisutnost osumnjičenih liječnika tijekom utakmice na igralištu ne bi promijenila tijek bolesti niti otklonila smrtni ishod. Cit. prema GARAČIĆ, A., *Kazneni zakon u sudskoj praksi, posebni dio,* Rijeka, 2016, str. 377.

35 Primjerice, u slučaju pogreške krivo operiranog organa, krivo operirane strane bolesnika, pa čak i krivo operiranog pacijenta, u literaturi poznate kao „*wrong-site*, *wrong-procedure*, *wrong-patient surgery*", postoji uzročnost između radnje vozača kojom je izazvao prometnu nesreću za smrt teško ozljeđene žrtve premda je kirurg trepanaciju izvršio na lijevoj umjesto na desnoj strani lubanje, a do smrti ne bi došlo da je zahvat pravilno izvršen. Greška liječnika nije novi, samostalni uzrok, ona je suuzrok smrti zbog čega dolazi u obzir i odgovornost liječnika.

36 Primjer je slučaj pacijenta otrovanog arsenom u kojemu je sud ocijenio da bi pacijent svakako umro, usprkos propustu da mu se pruži odgovarajuća medicinska pomoć, jer u vrijeme kad bi se dijagnosticiralo trovanje arsenom bilo bi prekasno za poduzimanje bilo kojeg zahvata da ga se spasi (slučaj *Barnett v. Kensington and Chelsea HMC*). O *but-for causation* u angloameričkoj pravnoj tradiciji šire CALLENS, S., *Medical Civil Liability in Belgium. Four Selected Cases,* European Journal of Health Law, 1, 2003, str. 115-133, McHALE, J.V., *Medical Malpractice in England - Current Trends,* European Journal of Health Law, 1, 2003, str. 135. i JEFFERSON, M., *op.cit.,* str. 47-65.

iskustvu, pravilima struke ili uobičajenom životnom tijeku stvari, tipičan za određenu štetnu posljedicu, što znači da radnja/propust liječnika mora biti objektivno podobna da izazove štetu odnosno da je tipična za određenu štetu.[37] Stoga, zahtjev adekvatnosti uzročne veze liječniku pripisuje samo onaj uzrok štete koji je u vrijeme medicinskog tretmana bio opće predvidljivi.[38] I sudska praksa u postupcima za naknadu štete smatra da je uzrok štete onaj štetni događaj čijem redovitom učinku odgovara konkretna šteta.[39] Drugim riječima, građanskopravna judikatura smatra da za naknadu štete nije dovoljna faktična uzročna veza nego ona mora biti i adekvatna.[40]

Vrlo je teško utvrditi direktnu kauzalnu vezu u slučajevima tzv. kumulativnog kauzaliteta kada je posljedica prouzročena s više istodobnih radnji od kojih je svaka za sebe dovoljna da dovede do posljedice, a što je od ključne važnosti kod pitanja odgovornosti liječnika koji rade u timu. U sudskoj se praksi zbog toga često koristi vjerojatni ili hipotetički kauzalitet prema kojemu se dokazuje je li liječnička greška generalno podobna da prouzroči štetu zdravlju pacijenta. Međutim, u medicini gotovo da nije moguće uvijek dokazati s apsolutnom sigurnošću da je određena greška liječnika direktno prouzročila posljedicu te postoji značajna razlika u pogledu utvrđivanja uzročnosti kod građanskog i kaznenog delikta. Utvrđivanje kauzaliteta u kaznenom pravu mora biti na granici potpune ili apsolutne sigurnosti dok se u građanskom pravu prihvaća

---

37 Tako KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu*, str. 9.

38 Primjerice, ako liječnik zbog pogrešne dijagnoze uputi pacijenta liječniku specijalistu zbog rendgenskog snimanja, a pacijent na putu doživi prometnu nesreću te zadobije tjelesnu ozljedu, tada greška u dijagnozi nije adekvatan uzrok tjelesne ozljede. Međutim, ako liječnik uporabom skraćenica, napiše nejasan recept koji farmaceut pogrešno shvati te slijedom toga odredi pogrešnu dozu lijeka od čijih posljedica u konačnici pacijent umre, tada postoji adekvatna uzročna veza između liječničke greške i pacijentove smrti. Cit. RADIŠIĆ, J., *Uzročna veza kao osnov i kao mera odgovornosti zbog lekarske stručne greške,* str. 243. Stoga se zahtjevom adekvatnosti isključuju iz uzročnog lanca one okolnosti koje se nisu u vrijeme liječenja mogle predvidjeti i, kao vjerojatne, razumno očekivati. Štetne posljedice takvih okolnosti ne mogu se pripisati liječniku te ni u *common law* sustavima liječnik neće odgovarati za takve štete s obrazloženjem da su suviše udaljene (engl. *too remote*) odnosno nepredvidive (engl. *unforseeable*). Šire KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu*, str. 10.

39 Tako Vrhovni sud Hrvatske, Rev 2552/82 od 5.5.1983. Izvor: Pregled sudske prakse, br. 23/1984.

40 Sudska praksa sve više usvaja koncept tzv. propisnog alternativnog ponašanja (njem. *rechtsmäßiges Alternativverhalten*) prema kojemu se u prouzročenoj posljedici mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog liječničke greške, a što neće biti slučaj ukoliko bi do iste posljedice za pacijenta došlo i da liječnik nije pogrješio.

da stupanj vjerojatnosti između radnje i posljedice bude nešto niži. Naime, uzročna veza između liječničke greške i povrede zdravlja, tijela ili smrti pacijenta smatra se utvrđenom samo ako je kazneni sud, na temelju ekspertize medicinskih vještaka, došao do zaključka da bi propisno ponašanje liječnika spasilo ili produžilo život pacijenta s vjerojatnoćom koja graniči sa sigurnošću, a što znači stupanj izvjesnosti koji isključuje svaku razumnu sumnju (engl. *beyond reasonable doubt*).[41] Istovremeno, za građanski delikt traži se stupanj velike vjerojatnosti tj. onaj stupanj koji je veći od 50%.[42]

Dakle, u uvjetima timskog rada ponajprije je nužno točno utvrditi gdje je greška nastala ili, drugim riječima, unutar kompetencija i odgovornosti svakog liječnika/svake osobe koja sudjeluje u složenom timskom liječenju, nužno je utvrditi tko je bio pravno obvezan nadzirati izvore opasnosti, upravljati smjerom liječenja ili izbjeći pogrešku u kontroli djela koja su počinjena radnjom/propustom.[43] Ako se prihvaća načelo djeljivosti odgovornosti unutar tima, zahtijeva se jasno razgraničenje dužnosti svakog liječnika/zdravstvenog radnika i točno utvrđivanje uzročne veze između liječničke radnje/propusta i nanesene povrede. Drugim riječima, ako je odgovornost u timskom radu distributivna, u svakom konkretnom predmetu treba utvrditi udio pojedinog člana tima u radnji/propustu.

Pravno pravilo prema kojemu je odgovornost liječnika razmjerna djelokrugu njegovih dužnosti znači da što je veći djelokrug dužnosti (obveza i ovlasti) veća je i odgovornost. Tako, primjerice, stažist i šef kirurškog tima ne mogu odgovarati jednako, ali oba mogu odgovarati u granicama svojih dužnosti, svoje stručnosti i djelokruga preuzetih odgovornosti (npr. iznimno,

---

41 RADIŠIĆ, J., *Odgovornost zbog pogrešne lekarske dijagnoze i nepreduzimanja potrebnih dijagnostičkih mera*, Revija za pravo osiguranja, br. 1, 2011, str. 56. Slobodna ocjena dokaza znači da sud slobodno stvara uvjerenje o postojanju određene činjenice, ali ne smije samoinicijativno sniziti standarde potrebne za donošenje odluke, tj. ići ispod granice "najvećeg stupnja izvjesnosti" (tzv. *proof beyond reasonable doubt*). MARTINOVIĆ, I., *Problem uzročnosti u kaznenom pravu*, Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, vol. 19, 1/2012, str. 91.

42 Tako ĆIRIĆ, J., *Krivično delo nesavesnog lečenja bolesnika,* Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja" 1-2, 1991, str. 35. Iako ne postoji brojka za osnovanu sumnju kao stupanj vjerojatnosti za optuženje, smatra se da je to daleko više od 50%. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Odnos građanske i krivične odgovornosti za slučaj medicinskih šteta,* Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar, 8, 2010, str. 390.

43 O odgovornosti u slučaju rada koji uključuje zajedničke funkcije i poslove šire ROMEO-CASABONA, M. C., *The legal approach to medical liability. Negligence and breach of patient's autonomy*, report, Conference: The evergrowing challenge of medical liability: national and european responses, Council of Europe, 2008, str. 113.

u hitnim slučajevima specijalizant može postati šef-kirurg). Svaki je pojedini zdravstveni radnik u timu zadužen samo za dio posla koji obuhvaća djelatnost profesije koju on predstavlja i čiji je on pripadnik. U određivanju djelokruga uloge svakog člana tima nužno je poći od odobrenja za samostalni rad (licence) koje sadržajno jasno propisuje koja ovlaštenja zdravstveni radnik ima te na koje je poslove ovlašten, ali i dužan obavljati ih u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Tako licenca liječnika obvezno sadrži stručno područje za koje se ona izdaje - opća medicina, specijalnost ili uža specijalnost ili akreditacijsko područje.[44] Svaki zdravstveni radnik temeljem svoje licence zna svoju ulogu i poslove koje je ovlašten i zadužen samostalno obavljati. No, liječnik je ujedno i dio šireg tima te su njegov položaj i opseg ovlasti u donošenju odluka podložni promjenama i drukčije su kada je dio npr. mlađe službe u odnosu na one kada je dio nadslužbe.[45] Dakle, zdravstveni tim mora imati definirane odnose između pripadnika tima, pa liječnik nije dužan, a ni ovlašten obavljati posao drugog zdravstvenog radnika.[46] Drugim riječima, odgovornost u području medicine ograničena je uglavnom na pitanje profesije i specijalizacije i utvrđuje se uz pomoć dva kriterija: podjele posla i povjerenja.

Prema kriteriju podjele posla, uzročnost, a time i eventualna krivnja liječnika, ograničena je okvirom i opsegom njegovog dijela posla u zdravstvenom timu, pri čemu se razlikuju tzv. vodoravna i okomita podjela rada.

Vodoravna podjela rada podrazumijeva razgraničenje medicinskih zadataka između članova tima iste razine ili ranga odnosno zdravstvenih radnika koje, barem formalno, imaju jednaka stručna znanja i jednake sposobnosti, primjerice sudjelovanje kirurga i anesteziologa u operativnom zahvatu. Budući

---

[44] Iznimno, iako nema odobrenje za samostalan rad iz određene specijalnosti, liječnik može obavljati liječničku djelatnost iz područja za koje mu nije dano odobrenje za samostalan rad isključivo u sljedećim slučajevima: u društveno kriznim situacijama ili u drugim izvanrednim okolnostima kad je njegovo djelovanje neophodno jer je pružanje redovite zdravstvene zaštite onemogućeno; u hitnim slučajevima kad bi izostanak hitne liječničke intervencije i pomoći trajno ugrozio zdravlje ili život bolesnika te u okolnostima deficitarne zdravstvene zaštite u kojima se ne može osigurati redovita zdravstvena zaštita (čl. 15. st. 4. ZOL).

[45] Tako ROKSANDIĆ VIDLIČKA, S., *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena hrvatskog Kaznenog zakona,* Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet, Zagreb, 2016, str. 821.

[46] Upravljački element u načelu uvijek dolazi od liječnika koji je u timu odgovoran obavljati prethodno navedene poslove usmjeravanja, koordinacije poslovanja tima i predstavnika tima. Dakle liječnik kreira zadatke, posreduje u obavljanju pojednih elemenata poslovnog procesa, koordinira aktivnosti unutar poslovanja tima. Tu počinje i prestaje uloga liječnika u odnosima sa drugim zdravstvenim radnicima u timu. KLARIĆ, A., CVITKOVIĆ, M., *op.cit.,* str. 217.

je odgovornost liječnika ograničena uglavnom na njegovu specijalizaciju, ako nekoliko liječnika različitih specijalizacija sudjeluju u istoj intervenciji, svaki bi od njih morao obavijestiti druge o svom dijelu tretmana koji se izvodi, a s obzirom na njegovu specijalizaciju.

U slučaju vodoravne podjele posla ne postoji formalna obveza kontrole rada jednog od strane drugog liječnika, ali moguća su presijecanja struka u slučajevima tzv. pozitivnog i negativnog sukoba nadležnosti. Često se greška koju u liječenju pacijenta načini jedan liječnik može ispraviti propisnim radom drugog liječnika. Međutim, događa se da i drugi liječnik, koji istovremeno ili kasnije liječi istog pacijenta, ne primijeti, pa ne ispravi grešku prvoga, ili ispravljajući tuđu grešku, i sam pogriješi te načini novu, sekundarnu. Tada pacijent trpi tzv. primarnu i sekundarnu štetu, za koju primarnu odgovora prvi, a za sekundarnu štetu drugi liječnik, uz pretpostavku da se njihovi udjeli u prouzročenoj šteti mogu utvrditi. Međutim, u praksi se često pojavljuje i pitanje treba li možda prvi liječnik odgovarati za ukupnu štetu nanesenu pacijentu odnosno može li se greška drugog liječnika uračunati prvom liječniku koji je počinio primarnu štetu.[47] U tom je slučaju potrebno utvrditi je li postojala dužnost ispravljanja greške od strane drugog liječnika te je li bilo opravdano osloniti se na međusobno povjerenje da svatko u timu svoju zadaću obavlja savjesno i odgovorno. Posebno je to značajno u slučaju da netko iz tima uoči očigledan propust drugog člana, ali njemu i ostalima na to ne skrene pažnju kako bi se propust pravovremeno otklonio.[48] Tada i takva osoba odgovara za posljedice, jer je svojim nečinjenjem doprinijela nastanku štetne posljedice.[49] Drugim riječima, prihvaća se pravilo prema kojemu je opasnost za pacijenta dužan otkloniti svaki liječnik u timu. Pritom, naravno da liječnik koji poduzima određeni tretman u području koje je izvan njegove specijalizacije mora pažljivo provjeriti ima li dovoljno teorijskih i praktičnih vještina koje se zahtijevaju kao odgovarajući standard za taj tretman.[50]

---

47 PRANJIĆ, N., *Medicinska pogreška – profesionalna odgovornost za štete u Bosni i Hercegovini (Medical error – professional liability for malpractice in Bosnia and Herzegovina),* Liječ Vjesn 2009,131, str. 231.

48 Hipotetski bi slučaj bio kada kirurg završi operaciju i zašije pacijenta, premda ga je tehničar upozorio da u setu nedostaje jedan instrument (npr. pinceta) pa, stoga postoji opravdana sumnja da je instrument zaostao u tijelu pacijenta i da će to sigurno izazvati štetu po zdravlje, ali kirurg unatoč tome zašije pacijenta i završi operaciju. Cit. prema KURTOVIĆ MIŠIĆ, A., SOKANOVIĆ, L., *Namjera kao stupanj krivnje u počinjenju kaznenih djela zdravstvenih radnika*, Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice, 2016, str. 128.

49 PAVLOVIĆ, Š., *Kazneni zakon*, 2015, str. 846.

50 WIENKE, A., *Errors and pitfalls: Briefing and accusation of medical malpractice – the second victim,* German Medical Science Current Topics in Otorhinolaryngology -

Za pacijenta je još opasniji tzv. negativni sukob nadležnosti, koji predstavlja situaciju u kojoj nitko ne želi poduzeti radnju nužnu da bi se izbjegla štetna posljedica. To se uopće ne bi smjelo dogoditi, ali ako se, ipak dogodi, svi mogu odgovarati kao (su)počinitelji kaznenog djela i/ili kao solidarni dužnici naknade štete zbog posljedica prouzročenih uslijed nedostataka u organizaciji i koordinaciji rada. Dakle, pravo u slučaju sukoba nadležnosti zapravo prihvaća starije stajalište o nedjeljivoj odgovornosti liječnika koji rade u timu.[51]

U tom smjeru ide i hrvatska sudska praksa, jer je sud *zaključio, suprotno tvrdnji oba okrivljenika, da su oni takvoj operaciji prišli bez prethodnog plana i nužne suradnje i doveli pacijenticu u stanje opće anestezije. Okrivljenici su u svojim obranama navodili kako nije nužno da jedan drugoga izričito upozoravaju što će raditi svatko u svom dijelu posla dok medicinski vještaci tvrde upravo suprotno i pojašnjavaju kako je nepisano pravilo da kirurg obavještava anesteziologa kada i koliko lijekova misli aplicirati i da je njihova suradnja tijekom operacije nužna te je neophodna stalna komunikacija anesteziologa i kirurga o stanju bolesnika i primjeni svih sredstava tijekom operacijskih postupaka (operativni plan). I. okr. dr. Š. u namjeri zaustavljanja prekomjernog krvarenja upotrijebio je najmanje dva i pol puta veću količinu nedovoljno razrijeđene otopine lijeka Adrenalina od dozvoljene, a II. okr. dr. H. se tome nije usprotivio, što je bilo visoko rizično i u kombinaciji sa ranije upotrijebljenim anestetikom Halotanom, dovelo je do zastoja rada srca pacijentice u 18,16 sati.*[52]

Također, *nedopustiv je bio izostanak komunikacije i suradnje između liječnika bolnice koji su sudjelovali u liječenju D.Š.-Ž., i to kirurškog tima (liječnik specijalist ginekolog-operater i liječnik specijalist anesteziolog) i tima koji je u dežurstvu preuzeo skrb o daljnjem liječenju bolesnice (dežurni specijalist ginekolog, dežurna sestra i dežurni specijalist anesteziolog), jer je to praktički i dovelo do izostanka praćenja zdravstvenog stanja pacijentice, a time i do njezine smrti. Svi ti propusti pridonijeli su smrtnom ishodu, jer je bilo realno očekivati da bi život pacijentice bio spašen da je bila kontinuirano nadzirana od strane svih liječnika.*[53]

Head and Neck Surgery 2013, vol. 12, str. 6. Dostupno na: http://www.egms.de/static/pdf/journals/cto/2013-12/cto000102.pdf

51 RADIŠIĆ J., *Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja*, str. 20. Kod kaznenih djela počinjenih nečinjenjem sudska praksa ima iznimno značajnu ulogu u određivanju tko se u konkretnom slučaju smatra počiniteljem-*garantom* odnosno osobom koja je pravno obvezna spriječiti nastupanje zakonom opisane posljedice.

52 Presuda Općinskog suda u Našicama K-175/06-140 od 29. siječnja 2013. Izvor: odluka Ustavnog suda RH U-III-466-2014 od 26. studenoga 2015.

53 Predmet KIR-354/07 Županijskog suda u Osijeku. Cit. ZEČEVIĆ, D., ŠKAVIĆ, J., *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika – teorija i praksa,* Zagreb, 2012, str. 132.

Primjer za solidarnu odgovornost[54] kirurga i anesteziolga sadržan je u presudi njemačkog Saveznog suda kojom su oba liječnika osuđeni kao solidarni dužnici za naknadu iste štete. Tuženi liječnici su u Sveučilišnoj očnoj klinici obavili operaciju razrokosti desnog oka pacijenta kojemu je radi toga prethodno dana anestezija. Pacijent je tijekom operacije dobivao čisti kisik preko crijeva koje je bilo pričvršćeno za njegovu bradu dok mu je lice sve do operativnog polja bilo prekriveno sterilnim ručnikom. Međutim, kirurg je u jednom trenutku, zbog zaustavljanja krvarenja, uključio termokauter pri čijem je radu iznenada izbio plamen koji je pacijentu nanio teške opekline. Sud je zaključio da je zbog istodobne upotrebe termokautera i čistog kisika, rizik od opeklina morao biti poznat i predvidiv obojici liječnika.[55]

Ne postoji kaznena odgovornost više liječnika te solidarna odštetna odgovornost ako je prekinuta uzročna veza, i to u slučajevima u kojima nakon pogreške jednog liječnika uslijedi greška drugog liječnika ili drugog zdravstvenog radnika. Tada sud mora utvrditi je li uzročna veza prekinuta zbog nove pogreške, pa se tako prema njemačkoj sudskoj praksi uzročna veza prekida samo ako je drugi liječnik počinio grubu liječničku pogrešku odnosno samo kad je liječnik postupio „*protiv svih liječničkih pravila i iskustava*" tj. ako je drugi liječnik u „*neobično visokoj mjeri zanemario zahtjeve savjesnog liječničkog postupanja.*"[56] U tom je slučaju za štetu odgovoran drugi liječnik. Drugim riječima, ako je nakon pogreške jednog liječnika uslijedila „normalna" pogreška drugog liječnika, uzročna veza se ne prekida, a što znači da je prvi liječnik odgovoran odnosno suodgovoran za nastalu štetu.[57]

---

[54] Kada dva ili više liječnika počine grešku, radeći simultano/zajednički, svi će odgovarati za naknadu štete pacijentu, jednako kao i kada su liječnici radili neovisno jedan od drugoga, ali se ne mogu utvrditi njihovi udjeli u prouzročenju štete. U tim će slučajevima svaki od više štetnika odgovarati za cjelokupnu štetu bez obzira na svoj udio u prouzročenju štete. Šire o solidarnoj odgovornosti KLARIĆ, P., VEDRIŠ, M., *op.cit.*, str.626. Također, solidarno odgovaraju svi povezani liječnici u slučaju kada je dokazano da je štetu počinio jedan od njih, ali se ne može utvrditi koji, kao i poticatelji i pomagatelji (čl. 1107. st. 4. ZOO). Pritom, sud utvrđuje udjele u šteti svakoga od njih ovisno o krivnji i težini posljedica proizašlih iz čina ili propusta svakog od njih, a ako se udjeli ne mogu utvrditi, naknađuju štetu u jednakom udjelu. Tako KLARIĆ, P., *Uzročna veza kod odgovornosti za štete u medicini,* str. 147.

[55] BGH 26.1.1999. *Medizinrecht*, 7/1999. str. 321.-323. Cit. prema MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Solidarna odgovornost za štetu nastalu pogrešnim lečenjem*, Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar, 2009. str. 324.-331.

[56] Primjer je slučaj liječnika koji je nepažnjom propustio izvršiti test na rubeolu trudnici, ali je drugi liječnik, koji je vodio trudnoću pacijentice, nakon rođenja djeteta propustio dijagnosticirati rubeolu kod djeteta, čime je gruba greška drugog liječnika dovela do prekida uzročne veze s propustom prvog liječnika. DEUTSCH, E., SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, 2003, str. 216.

[57] Iako pojam „normalna" greška nije pobliže objašnjen očito se odnosi na lakšu grešku

O okomitoj je podjeli rada riječ kada među članovima tima postoji odnos subordinacije u kojemu su podređeni dužni pridržavati se naredbi i uputa nadređenih koji kontroliraju njihov rad, primjerice liječnik i medicinska sestra, ali i glavni liječnik i mlađi specijalizant. Kako je već navedeno, nadređeni medicinski radnici mogu odgovarati i zbog pogrešaka svojih podređenih, primjerice u slučaju kada im nisu dali potrebna uputstva za rad, nisu ih dovoljno nadzirali i kontrolirali ili kad su neki medicinski posao povjerili osobi koja nema odgovarajuće kvalifikacije.[58] Takav odnos postojao je *u slučaju liječnika specijaliste koji je sudjelovao u operativnom zahvatu na pacijentici, a koji zahvat je započeo specijalizant dr. B. B., i to nakon što je došlo do komplikacija, jer je specijalizant sondom prošao izvan šupljine maternice, pri čemu je došlo do dvije ozljede stijenke debelog crijeva i perforacije maternice. Zbog nastalih komplikacija specijalizant je okrivljenika i pozvao da preuzme zahvat, pa je okrivljenik nastavio operaciju i istu završio ne primijetivši pritom postojanje ovih ozljeda. Nakon zahvata nije odredio odgovarajuće pretrage i liječenje pacijentice, unatoč tome što mu je ista ukazivala na tegobe i žalila se na velike bolove, te unatoč tome što je bio svjestan da je prilikom same operacije došlo do određenih komplikacija.*[59]

U slučaju odnosa subordinacije među članovima tima otvara se pitanje odgovornosti za provedbu pogrešne upute. Uz odgovornost liječnika nužna je i odgovornost drugih zdravstvenih radnika, onih koji obavljaju određene poslove prema uputi i pod nadzorom pojedinaca koji samostalno obavljaju poslove zdravstvene zaštite. Zbog prihvaćenog načela da svatko odgovara za svoju radnju i u granicama svoje krivnje, postupanje prema uputi ne isključuje odgovornost u slučaju kad je uputa bila očigledno nepodobna ili pogrešna. Tzv. dvojbu između „poslušnosti i pameti" podređenoga u hijerarhijskim odnosima pravo rješava postavljanjem određene granice koja važi zbog načela uzajamnog pouzdanja te se poslušnost zahtijeva sve dok ne postoje znakovi da se očigledno odstupa od standarda struke.

Pri utvrđivanju kriterija podjele ovlaštenja i dužnosti važno je uzeti u obzir i drugi kriterij povjerenja (njem. *Vertrauen Grundsatz*)[60] koji znači da se svatko

odnosno propust koji se može potkrasti ako se ne postupa dovoljno pažljivo. Kao primjer koji se lako može dogoditi u praksi navodi se slučaj u kojem liječnik nepažnjom unese u pacijentov karton pogrešan podatak, a drugi liječnik, ne provjeravajući ga, pristupi liječenju pacijenta. S obzirom da u takvom slučaju u pravilu ne dolazi do prekida uzročne veze, oba liječnika su odgovorna za nastalu štetu. *Ibid.*

58 Premda se kao problem može ukazati pitanje stupnja subordinacije, temelj ovakve odgovornosti čini uzročnost (krivnja) u organizaciji posla. Usp. BARAK, A., *op.cit.,* str. 160-169.

59 Rješenje Općinskog državnog odvjetništva u Splitu, DO-K-682/99.

60 Šire RADIŠIĆ J., *Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja*, str. 21.

tko sudjeluje u poduzimanju medicinskog tretmana na istom pacijentu može pouzdati u to da svi ostali članovi tima svoje zadaće izvršavaju znalački i s dužnom pažnjom. Primjerice, kirurg mora biti siguran da anesteziolog dobro postupa.[61] Također, sudska praksa drži da *ako liječnik neurokirurg nije izvršio potrebnu operaciju zato što ga ordinirajući liječnici nisu upoznali sa stanjem pacijentice, posljedica mu se ne može staviti na teret.*[62] Iznimno, kada postoje znakovi da netko očigledno nije dorastao svojim zadacima ili se nalazi u stanju u kojem ne može uredno i savjesno ispunjavati svoje obveze,[63] svaki je liječnik dužan, neovisno o svojim stručnim kompetencijama odnosno specijalizaciji, spriječiti štetu za pacijenta koja bi mogla nastupiti iz očigledne greške. Istovremeno, ako nekoliko liječnika različitih specijalizacija sudjeluju u intervenciji, svaki liječnik mora obavijestiti pacijenta o svom dijelu tretmana koji se izvodi s obzirom na njegovu specijalizaciju. U tom smislu važi načelo legitimnog očekivanja (engl. *legitimate expectations*) prema kojemu se npr. otorinolaringolog može osloniti na činjenicu da je prije intervencije pacijent dovoljno informiran od anesteziologa o rizicima vezanim za anesteziju.[64]

Posebno se pravno tretira odgovornost liječnika za postupanje u hitnim stanjima odnosno onim stanjima kod kojih bi zbog nepružanja liječničke pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje (invalidnost) ili po život pacijenta. Stupanj standarda zaštite u hitnim situacijama nije isti kao onaj koji se općenito očekuje u normalnim okolnostima.[65] Kad se liječenje poduzima

---

61 O značaju načela povjerenja (španj. *principio de confianza*) u medicini vidi DIAS PEREIRA, G. A., *Existing challenges in medical liability: causation, burden of proof and informed consent,* The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses, Conference, Strasbourg, 2-3 June 2008, Council of Europe, 2009, str. 112.

62 Tako presuda VSRH, IV Kž-244/02.

63 Primjerice, u slučajevima iscrpljenosti, bolesti, pijanstva i dr. Kaznenopravno je zanimljiv slučaj koji se dogodio u Makedoniji 2015. godine u kojemu su četvorica liječnika optužena za smrt rodilje i njene bebe. Optuženi su anesteziolog T.V. i ginekolozi V.Č. i D.M. dok je četvrti anesteziolog Z.J. umro prije početka suđenja. U istrazi je utvrđeno da su anesteziolozi bili pijani dok su se borili za život rodilje i njenog djeteta, a smrt rodilje je nastupila tijekom izvođenja porođaja carskim rezom zbog prekida dovoda zraka i gušenja dok je dijete posljedično ostalo bez kisika u majčinoj utrobi. Ginekolog je supruga rodilje obavijestio da su prisiljeni prekinuti operaciju zato što je anesteziolog bio u alkoholiziranom stanju. Suđenje za ovaj slučaj još traje. Izvor: Jutarnji list, 3. 03. 2017.

64 WIENKE, A., *op.cit.,* str. 4. Međutim, ako je liječnik obvezan dati informacije izvan njegove specijalizacije, odgovoran je u slučaju izostanka informacija čak i onda ako on nije izvršio zahvat.

65 „*Law does not expect a degree of standard of care in an emergency situation, which is generally expected under normal circumstances*." Cit. VENUGOPAL, B. S., *Medical Negligence and*

u krajnje hitnom slučaju ili u nekoj izvanrednoj situaciji ocjena o nesavjesnosti poduzetih mjera podliježe tada i posebnim kriterijima prilagođenim danim uvjetima.[66]

Na složenost praktičnog rješavanja odgovornosti za timsko liječenje ukazuje slučaj *u kojemu je državno odvjetništvo odbacilo kaznenu prijavu protiv osumnjičenika koji je izveo primarni operativni zahvat dok je u daljnjem tijeku liječenja pacijentice konzilijarno uključen cijeli stručni kolegij klinike s liječnicima drugih specijalnosti. Operacija je izvedena prema pravilima struke, a u tijeku daljnjeg liječenja pacijentice nije bilo nesavjesnog postupanja ni osumnjičenika kao ni ostalih liječnika drugih specijalnosti koji su timski uključeni u poslijeoperacijsko liječenje komplikacija. Što se pak tiče drenaže kao načina rješavanja poslijeoperacijskog hematoma, a kojoj se u konkretnom slučaju pristupilo, iako je bolji kirurški način rješavanja bila relaparatomija i egzaktna kirurška hemostaza uslijed koje se vjerojatno kasnije ne bi razvila sepsa u pacijentice, za istaknuti je da takva odluka nije bila samostalna odluka osumnjičenika već kirurškog tima. No, i bez obzira na to da li je navedena odluka donesena samostalno ili konzilijarno, takva mjera zaštite bolesnika mišljenjem vještaka nije okarakterizirana kao medicinska greška. Prema tome, sepsa, koja predstavlja teško oštećenje zdravlja, nije nastupila kao posljedica liječničke pogreške osumnjičenika kao ni liječničkog tima već je ista nastala kao komplikacija tijekom liječenja.*[67]

Također, ilustrativan je i sljedeći primjer sukcesivnog liječenja istoga pacijenta od strane više liječnika. Naime, *drugostupanjski sud je ocjenio da nema osnovane sumnje da bi osum. M. V. na način opisan u istražnom zahtjevu počinio teško kazneno djelo nesavjesnog liječenja. Nije sporno da je pokojna V. P. 15.01.2003. zatražila pregled kod liječnice primarne zdravstvene zaštite u Đ. zbog bolova-križobolje. Liječnica je preporučila terapiju od pet injekcija Voltarena, koje je primala do 18.01.2003. godine dok je dana 21.01.2003. izdala uputnicu za bolničko liječenje na internom odjelu zbog ranije navedenih bolova, a i poremećaja svijesti. Toga dana bolesnicu je u internističkoj ambulanti pregledao dr. M. P., koji je zbog sumnje na upalni proces u predjelu lijeve glutealne regije upućuje na pregled kirurgu. Na odjelu kirurgije zaprima je dr. L. K. koji nije bio siguran u dijagnozu, te poziva dežurnog liječnika osumnjičenog M. V. koji je izvršio punkciju u predjelu crvenila na debelom mesu, u sadržaju nije našao gnoj, čime je otklonjena dijagnoza interniste o gnojenju poslije datih injekcija. Na istom je odjelu učinjena RTG*

Liability of a Doctor under Tort Law: a Cricital Analysis, Indian Streams Research Journal, vol. III, issue III, 2013. str. 2. Šire HALE, T. E., *Emergency Medical Treatment*, 10 Wm. & Mary L. Rev., 1968-1969, str. 956-974.

66 HOROVIĆ, S., *Posebni dio Kaznenog prava BiH, knjiga II.,* Mostar, 2010, str. 121.

67 Rješenje Općinskog državnog odvjetništva u Splitu, DO-K-2463/02.

snimka zdjelice i kukova. Kako je osumnjičenik sumnjao na neurološke ispade, to je preporučio pregled kod ortopeda i neurologa. Dana 22.01.2003., nakon zatražene medicinske pomoći, dr. M. K. konstatirala je kod bolesnice obostranu upalu pluća, zbog čega ju upućuje internisti. Pregledana je od strane internista dr. A. K.-N., koja je upućuje kirurgu. Nakon toga je bolesnica pregledana oko 16,30 sati od strane kirurga dr. C. i dr. B. L., koji nisu pronašli znakove bolesti kirurške prirode, te je vraćaju na interni odjel, gdje noću oko 03,15 sati umire. Sud je zaključio da smrt V. P. nije nastupila kao uzročno-posljedična veza poduzetih mjera liječenja osumnjičenika i njegovog nesavjesnog postupanja, budući i navedena dvojica liječnika kirurga, unatoč poduzetim mjerama, nisu mogli prepoznati da se radi o apscesu u području lijevog mišića psoaza majora, što je i prema mišljenju navedenih vještaka teško dijagnosticirati zbog specifične lokalizacije i simptomatologije.[68]

Na velike poteškoće koje pravna teorija i praksa imaju u pogledu utvrđivanja uzročnosti u svakodnevnim uvjetima timskog liječenja te posebno složenosti utvrđivanja odgovornosti u uvjetima odnosa subordinacije, zorno ukazuje sljedeći slučaj: *pacijent F. K. koji je primljen u bolnicu radi operacije prostate pao je s operacijskog stola, pri čemu je zadobio teške ozljede glave dok su pored anesteziologa, u operacijskoj dvorani bili prisutni anesteziološki tehničar, dvije instrumentarke i liječnica specijalizantica urologije. Pacijent je bio pri svjesti i potpuno orijentiran te je radi provođenja spinalne anestezije od njega zatraženo da sjedne, ali umjesto da sjedne, pacijent se izvrnuo na desnu stranu operacijskog stola. Pritom, anesteziolog je bio uz glavu pacijenta, anesteziološka tehničarka ga je držala za lijevu ruku, a instrumentarka je bila s desne strane stola. Nakon pada pok. F. K. je bio kontaktibilan i micao je svim udovima, ali se ipak odustalo od planirane operacije prostate te je prebačen na odjel za urologiju na opservaciju. Nitko od prisutnih nije uspio spriječiti pad s operacijskog stola. Provedeno vještačenje mišljenja je da uredujući liječnici i medicinsko osoblje nisu postupili prema pravilima medicinske struke tijekom pripreme i uvoda u anesteziju pok. F.K. jer je u okviru preoperativne pripreme za anesteziju bilo nužno osigurati sigurno premještanje pacijenta iz ležećeg u sjedeći položaj. Također, prema nalazu i mišljenju vještaka u konkretnom je slučaju došlo do proceduralne pogreške tima koji je trebao provesti planirani postupak anestezije na način da se izbjegne slobodni pad pacijenta s operacijskog stola na pod. Zaključno, smrt je bila nasilna i stoji u uzročnoj vezi s padom i teškom ozljedom mozga koju je tada zadobio, pri čemu treba navesti da je smrt rezultat, s jedne strane teške traume mozga i njenih komplikacija, a s druge strane posebnog stanja organizma od ranije u vidu oštećenja srca. Učešće svakog od ovih elemenata u uzroku smrti nije moguće izraziti u postotku. U dopuni ovog mišljenja izrijekom je navedeno da ne postoji točno propisan postupak sigurnog premještanja pacijenta na operacijski stol te iz ležećeg u sjedeći položaj, ali je taj postupak reguliran nepisanim pravilima*

[68] Presuda VSRH IV Kž 16/2007-2.

medicinske struke. Naime, kod premještanja bolesnika sa transportera na operacijski stol, pacijentu pomažu, u pravilu dvije osobe jer su i transporter i stol vrlo uski i nepraktični za premještanje bolesnika. Koliko će osoba pomagati bolesniku ovisi o premedikaciji bolesnika, njegovoj dobi i pokretljivosti, tjelesnoj masi te fizičkoj snazi osobe koja mu pomaže. Kada je bolesnik već u sjedećem položaju dovoljna je za pridržavanje jedna osoba, dok je nakon davanja anestetika spinalno, u pravilu opet potrebno dvije osobe da bi ga vratile u ležeći položaj. Zaključak mišljenja vještaka je da se radi o propustu cijeloga tima.

U ovom slučaju biti će potrebno točno utvrditi djelokrug poslova sestara (anesteziološka tehničarka i dvije instrumentarke) koje su zadužene za sve radnje pripreme za anesteziju te odgovoriti na pitanje u kojem trenutku započinje prema protokolu postupanja odgovornost anesteziologa, npr. da li tek od trenutka uvođenja anestezije odnosno instrumenata za nju, u tijelo pacijenta ili ranije. U tom bi smjeru od pomoći bile tzv. check liste prema kojima svaka zdravstvena profesija postupa radi potvrde ili provjere da je doista obavljena svaka potrebna radnja.

3.2. Krivnja

Sljedeće pitanje odgovornosti u uvjetima timskog rada tiče se krivnje, jer zbog općeprihvaćenog sustava subjektivne ili kulpozne odgovornosti svi članovi tima odgovaraju u skladu sa svojom krivnjom. Dakle, kazneno i građansko pravo zahtijevaju za odgovornost i utvrđivanje krivnje svakog člana medicinskog tima za kojega je prethodno utvrđeno da je svojom radnjom/propustom prouzročio štetnu posljedicu za pacijenta. Drugim riječima, i zdravstveni radnici ne odgovaraju samo za puko prouzročenje, jer bi se u tom slučaju radilo o objektivnoj ili kauzalnoj odgovornosti, nespojivoj s načelom krivnje u suvremenom pravu.[69] Krivnja liječnika nikada se ne pretpostavlja, dapače pretpostavlja se njegova nedužnost, a teret dokazivanja krivnje formalno je na optužbi. Za nemarnost liječnika, koja predstavlja najblaži oblik krivnje u građanskom i kaznenom pravu, mora postojati „grubo ili flagrantno" odstupanje od standarda liječenja i skrbi.[70]

[69] Povijesno, u drevnom kaznenom pravu naprotiv, odgovornost je bila pretežno objektivna odnosno kažnjavalo se za protupravnu radnju kojom je prouzročena posljedica te se subjektivni odnos počinitelja prema djelu nije istraživao. Objektivna odgovornost jasno je bila izražena u sustavu otkupnine ili kompenzacije ,jer je u njemu kaznena odgovornost izjednačena s civilnim dugom, pa mu je strana ideja prijekora. Puno uvažavanje subjektivnih okolnosti u kaznenom pravu započelo je tek sa srednjovjekovnim kanonskim pravom te od tada razvitak kaznenog prava ide sve više u pravcu subjektivizacije. Uspostava načela subjektivne odgovornosti, odnosno odgovornosti počinitelja temeljem krivnje pripisuje se klasičnoj školi.

[70] Slučaj *R v Adomako* u engleskoj judikaturi predstavlja primjer za usmrćenje iz krajnje

Međutim, u velikom broju realnih životnih situacija, posebice u području medicinske djelatnosti, nije lako razdvojiti subjektivnu od objektivne odgovornosti, pa tako kod nesvjesnog nehaja, nepravih kaznenih djela nečinjenja, odgovornosti za težu posljedicu, zapovjedne odgovornosti i dr. subjektivni elementi nečije svijesti i volje, faktički se objektiviziraju i potiskuju u drugi plan. Naime, premda se u svakom pojedinačnom slučaju mora utvrđivati da je počinitelj mogao i bio dužan znati ili nešto predvidjeti, postoje i one situacije kada se to nikada ne može baš sasvim nedvojbeno utvrditi već se na neki način stvari objektiviziraju ili, još teže, pretpostavljaju.[71]

U suvremenoj teoriji i praksi medicinskog prava sve su glasniji zahtjevi za uvođenjem objektivne odgovornosti za liječničke greške, a kao glavni razlog navodi se masovna uporaba različitih uređaja te ubrzano uvođenje visoke tehnologije u medicinu (robotike i dr.). Tako se zagovora prihvaćanje drukčijeg pravnog uređenja odštetne odgovornosti liječnika, pozivanjem na propise o zaštiti prava potrošača. Time bi objektivna odgovornost postojala i kad je u pitanju šteta od neispravnih medicinskih usluga, čime se zagovara stroža odgovornost liječnika. Prema umjerenijem stajalištu, pravila objektivne odgovornosti trebalo bi primjenjivati na one najopasnije oblike medicinskih zahvata kao što su kirurški zahvati, nuklearna medicina, transplatacija i sl.[72] Inače, za štetu od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost štete za okolinu odgovara se bez obzira na krivnju.[73]

nepažnje (engl. *gross negligence*), jer je optuženi anesteziolog propustio primijetiti da se cijev respiratora s opskrbom kisikom pacijenta pomaknula te je nakon šest minuta pacijent pretrpio srčani zastoj i umro. Okrivljenikova žalba protiv presude u konačnici je dospjela pred *House of Lords* koji je odlučio da je okrivljenik odgovoran pod sljedećim uvjetima: a) postupanje je u suprotnosti s dužnostima prema žrtvi, b) žrtva je umrla, c) povreda dužnosti prouzročila je smrt, te d) povreda dužnosti bila je takva da se mogla okarakterizirati kao krajnja nepažnja zbog čega predstavlja zločin. Vještaci su u ovom predmetu bili mišljenja da je anesteziolog trebao prepoznati znakove iskopčavanja cijevi u roku od 15 sekundi. U predmetu *R v Misra and Scrivastava* sud je naveo da su liječnici pokazali visok stupanj ravnodušnosti za očiglednu i ozbiljnu opasnost za život pacijenta koja je prijetila od infekcije. Cit. LEVY, S., *Criminal Liability for Medical Negligence,* 25 Med. & L., 2006, str. 603.

71 ĆIRIĆ, J., *Objektivna odgovornost u krivičnom pravu,* Institut za uporedno pravo, Beograd, 2008, str. 207.

72 Tako KAČER, H., IVANČIĆ-KAČER, B., *Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške-II dio,* Pravo i porezi,, 8, 2007, str. 19.

73 Čl. 1045. st. 3. ZOO.

4. Prikaz prakse europske judikature

Judikatura Europskog suda za ljudska prava (dalje: ESLJP) značajan je pravni izvor za odgovornost medicinskih radnika, jer među temeljnim načelima prakse toga suda je i načelo prema kojemu kada je država na odgovarajući način osigurala visoke stručne standarde stručnjaka u zdravstvu i osigurala zaštitu života pacijenata, pitanja poput pogrešne prosudbe nekog stručnjaka u liječenju nekog konkretnog pacijenta ili pak nedovoljne koordinacije među zdravstvenim djelatnicima sama za sebe nisu dovoljna da se država pozove na odgovornost zbog povrede članka 2. Konvencije.[74] Također, države trebaju organizirati učinkovit i neovisan pravosudni sustav uspostavljen tako da se može utvrditi uzrok smrti pacijenta i pozvati odgovorne osobe na odgovornost (postupovna obveza koja proizlazi iz prava na život). Drugim riječima, država ima dužnost osigurati, svim sredstvima koja su joj na raspolaganju, pravilnu provedbu zakonodavnog i upravnog okriva postavljenog za zaštitu prava pacijenta, kao i za ispravljanje i kažnjavanje svih povreda tih prava tj. mora osigurati odgovornost za nesavjesnost u sferi zdravstvene zaštite.[75]

U predmetu *Altuğ i dr. protiv Turske*[76] podnositelji zahtjeva su bili obitelj gđe. Kesoglu koja se u veljači 2002. godine tužila na bolove u trbuhu i visoki tlak te je došla u privatnu zdravstvenu ustanovu gdje joj je prepisan lijek na bazi penicilina. Odmah nakon što joj je intravenozno dan antibiotik došlo je do srčanog zastoja, da bi nakon oživljavanja bila upućena u bolnicu medicinskog fakulteta u kojoj je, unatoč liječenju, preminula. Obitelj je podnijela kaznene prijave zbog ubojstva i nemara u obavljanju dužnosti protiv privatne zdravstvene ustanove, liječnika i medicinske sestre koji su je liječili. U prijavama su tvrdili kako su obavijestili medicinsko osoblje da je pacijentica alergična na penicilin. Vještačenje je, na temelju medicinske dokumentacije i obdukcije, zaključilo da je smrtna posljedica rezultat penicilinske injekcije, ali da ne postoji odgovornost medicinskog osoblja, budući da smrtna posljedica nakon primjene penicilina može nastupiti i od testne doze. Dakle, do smrti gđe. Kesoglu došlo je zbog nepredviđenog tijeka liječenja, a ne zbog pogreške medicinskog tima. Nacionalno (tursko) medicinsko vijeće podržalo je ovaj nalaz i mišljenje u kaznenom postupku. Nakon donošenja dvije nepravomoćne oslobađajuće presude, kazneni je postupak obustavljen zbog zastare. Paralelno je vođen i postupak za naknadu štete u kojem je njihov tužbeni zahtjev

[74] U europskom se pravosuđu poštivaju pravni standardi pretpostavke nedužnosti te dužne pažnje odnosno „pažnje dobrog stručnjaka," i "grube nepažnje."

[75] KUŠAN, L., *Pravo na utvrđivanje okolnosti smrti pacijenta u zdravstvenoj ustanovi*, Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava, Vodice, 2016, str. 293.

[76] Zahtjev br. 32086/07, presuda od 30. lipnja 2015.

odbijen na temelju nalaza i mišljenja vještaka danih u kaznenom postupku. Podnositelji zahtjeva (obitelj) pozivali su se na čl. 2. Europske konvencije za zaštitu temeljnih ljudskih prava (dalje: EKLJP), navodeći da liječnički tim nije ispunio obvezu uzimanja anamneze niti je obavijestio pacijenticu o mogućim alergijskim reakcijama i pribavio njezin pristanak na primjenu lijeka. ESLJP je presudio da je povrijeđen čl. 2. jer se niti jedna sudska odluka i niti jedan nalaz i mišljenje vještaka nisu osvrnuli, niti su se na zadovoljavajući način posvetili osnovnoj tvrdnji podnositelja da medicinski tim nije uzeo anamnezu gđe Kesoglu. Nadalje, nitko ju nije obavijestio o mogućim rizicima liječenja penicilinom, niti tražio njezin pristanak na takvo liječenje čime su povrijeđene mjerodavne zakonske odredbe. Dakle, postupci turskih sudova nisu bili u dovoljnoj mjeri učinkoviti da bi na prikladan način osigurali primjenu nacionalnog zakonodavstva koje je doneseno radi zaštite prava na život.

Prema praksi ESLJP pravo na život postavlja pred države i proceduralnu obvezu istrage sumnjivih smrtnih slučajeva, što znači da države moraju uspostaviti djelotvoran neovisan pravosudni sustav za osiguranje odgovarajuće zadovoljštine odnosno odgovarajući kazneni i/ili građanskopravni postupak koji mora biti djelotvoran u praksi te proveden bez nepotrebne odgode. Sve navedeno odnosi se i na slučajeve smrti pacijenata u zdravstvenoj ustanovi. Od studenog 2012. godine ESLJP je donio i tri presude u postupcima protiv RH kojima je utvrdio povredu prava na život zbog propusta proceduralne obveze povodom smrti pacijenta u zdravstvenoj ustanovi, jer je utvrdio da nadležna tijela nisu poduzela učinkovitu i brzu istragu o okolnostima smrti.[77] U predmetima povodom smrti pacijenta u zdravstvenoj ustanovi, do povrede prava na život uglavnom je dolazilo zbog dugotrajnosti postupka,[78] problemima vezanim uz objektivnost medicinskih vještaka te nedostacima u pravosudnom sustavu i položaju oštećenika u kaznenom postupku.[79]

---

[77] Radi se o predmetima *Bajić protiv Hrvatske* (zahtjev broj 41108/2010, presuda od 13.11.2012.), *Kudra protiv Hrvatske* (zahtjev broj 13904/2007, presuda od 18.12.2012.) i *Bilbija i Blažević protiv Hrvatske* (zahtjev broj 62870/2013, presuda od 12.1.2016.).

[78] U predmetu *Bajić protiv Hrvatske* utvrđena je povreda prava na život, osim zbog nezadovoljavanja uvjeta neovisnosti postupka, i zbog toga što je kazneni postupak trajao gotovo petnaest godina. U predmetu *Kudra protiv Hrvatske* povreda prava na život utvrđena je zbog dugotrajnosti građanskog postupka radi naknade štete (postupak je započet u listopadu 1993. godine, a pravomoćno okončan u veljači 2006. godine) dok je u predmetu *Bilbija i Blažević protiv Hrvatske* utvrđena povreda prava na život zbog dugotrajnosti disciplinskog postupka (jedanaest godina) te kaznenog postupka (devet godina), kao i postupaka pred drugim sudovima.

[79] Tako je u predmetu *Byrzykowski protiv Poljske* utvrđena povreda prava na život, jer je zaključeno da nije bilo efikasne istrage o okolnostima smrti žene podnositelja, koji je 1999. godine pokrenuo disciplinski, kazneni i građanski postupak zbog smrti žene u

Na obvezu učinkovite istrage ESLJP je upozorio u još jednom predmetu *Asiye Genç protiv Turske*[80] u kojemu je podnositeljica zahtjeva zbog trudova prevezena u javnu bolnicu Gümüşhane, gdje je sljedećeg dana carskim rezom rodila nedonošče kod kojeg su se ubrzo nakon poroda pojavili poremećaji u disanju. Budući da u bolnici nije postojala odgovarajuća neonatalna jedinica, liječnici su odlučili premjestiti nedonošče u drugu javnu bolnicu, KTÜ Farabi, udaljenu 110 kilometara, međutim ta je bolnica odbila primiti nedonošče zbog nedostatka slobodnih mjesta u jedinici neonatalne intenzivne skrbi. Sat vremena poslije, nedonošče je premješteno u Centar za porodništvo, ali je dežurni liječnik objasnio da Centar nema na raspolaganju slobodnih inkubatora te je sugerirao roditeljima da nedonošče vrate natrag u javnu bolnicu Gümüşhane. Međutim, i ta je bolnica odbila primiti nedonošče zbog nedostatka slobodnih mjesta u jedinici neonatalne intenzivne skrbi, a nedonošče je nedugo zatim preminulo u kolima hitne pomoći. Roditelji su podnijeli kaznenu prijavu povodom koje je pokrenuta istraga koja je ubrzo obustavljena jednako kao i istraga koju je pokrenulo Ministarstvo zdravlja. Obje istrage su obustavljene, jer su domaće vlasti ustanovile kako nedonošče nije umrlo krivnjom medicinskog osoblja.

Prema ocjeni ESLJP na smrt podnositeljičinog djeteta utjecao je sljedeći splet okolnosti: neučinkovito međusobno djelovanje ustanova javnog zdravstva popraćeno tromošću birokratskog aparata; nedostaci u postojećem sustavu neonatalne skrbi koji su se odnosili na manjak inkubatora te propust u pružanju hitne medicinske pomoći djetetu. Sud je primijetio kako je javna bolnica trebala biti svjesna rizika koji je prijetio životu djeteta ukoliko druga bolnica odbije njegov primitak, jer prije donošenja odluke o premještaju djeteta, medicinsko osoblje bolnice Gümüşhane nije poduzelo potrebne mjere kojima bi se osigurao primitak djeteta u drugu bolnicu. Tužena država nije osigurala odgovarajuću organizaciju i funkcioniranje ustanova javnog zdravstva i sustava pružanja zdravstvene zaštite. Drugim riječima, podnositeljičino dijete nije preminulo zbog liječničkog nemara ili greške u prosuđivanju već zbog toga što

bolnici smatrajući da je do te smrti došlo zbog nesavjesnog liječenja. Svi su postupci još bili u tijeku 2006. godine kada je ESLJP donio svoju odluku. Kazneni postupak je tri puta bio obustavljen zbog nedostatka dokaza, te po žalbi podnositelja ponovno nastavljen, jer je drugostupanjski sud utvrdio da nisu bili izvedeni svi potrebni dokazi. Zaključeno je da, ako je predmet tri puta vraćan na ponovni postupak zbog greške nižeg pravosudnog tijela, postoje nedostaci u pravosudnom sustavu. Istovremeno, disciplinski postupak je prekidan pa nastavljan, ovisno o prekidima i nastavku kaznenog postupka, a građanski postupak radi naknade štete bio je prekinut do okončanja disciplinskog postupka. KUŠAN, L., *op. cit.,* str. 297.

[80] Zahtjev br. 24109/07, presuda od 27. siječnja 2015.

djetetu uopće nije omogućen bolnički tretman, pa takva situacija predstavlja uskratu medicinske skrbi zbog koje je u opasnost doveden ljudski život. Sud je nadalje zauzeo stav kako se zbog odbijanja prijama djeteta u ustanovu javnog zdravstva i činjenice da protiv medicinskog osoblja koje je odbilo primiti dijete nije proveden postupak, pojavilo pitanje primjene članka 2. Konvencije. Stoga, zaključeno je kako reakcija turske sudbene vlasti nije bila u skladu s potrebom razotkrivanja okolnosti slučaja u kojima je nedonošče preminulo odnosno istraga nije bila sveobuhvatna budući da niti jedan od ključnih čimbenika koji je doveo do propusta u postupanju ustanova javnog zdravstva nije bio predmetom istrage. Dakle, ESLJP je utvrdio da je došlo do povrede konvencijskog prava na život, jer u odnosu na nedonošče koje je preminulo nekoliko sati nakon poroda, interna istraga koju su nadležna tijela provela nije bila ni dovoljna niti odgovarajuća.

5. Prikaz rješenja hrvatske sudske prakse

Presudom suda prvog stupnja oslobođen je optužbe okrivljenik Đ.V. *da bi 10. ožujka 2007. u Bjelovaru, kao stariji dežurni liječnik i rukovoditelj Odjela kirurgije Opće bolnice B., nakon što je T.T. zbog ozljeda zadobivenih u prometnoj nesreći vozilom hitne pomoći dovezen na Odjel Opće kirurgije, nepotpuno ga klinički pregledavši te znajući za mehanizam nastanka ozljeda T.T. i unatoč tome što je provedena radiološka obrada nad njim ukazivala na ozljedu sredogruđa i sumnju na razdor aorte, iako svjestan da Opća bolnica B. i liječnički tim nije osposobljen za provođenje preciznih dijagnostičkih metoda i operativnog zbrinjavanja T. T., olako smatrajući da nije vitalno ugrožen i da neće doći do pogoršanja njegovog zdravstvenog stanja, nije postupio u skladu sa pravilima struke i konzultirao se o daljnjim postupcima sa kardiokirurgom i nije izvršio hitni premještaj T.T. u specijaliziranu zdravstvenu ustanovu, odnosno kliniku u Z. niti je pozvao operatera sposobnog za izvođenje operativnog zahvata, nego je T.T. zadržao na liječenju u Općoj bolnici B., a da pri tom sukladno pravilima struke nije poduzeo potrebne mjere za daljnje praćenje njegova stanja a što nije učinio niti 13. ožujka 2007. kada je oko 05,00 sati došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja T.T. i izljeva krvi uslijed razdora aorte, zbog čega je u 07,59 sati isti preminuo.*[81] Okrivljenik je bio optužen da je iz nehaja, obavljajući svoju djelatnost, uopće nesavjesno postupao, zbog čega je prouzročena smrt jedne osobe. Dakle, u ovom predmetu bilo je sporno *je li okrivljenik nepotpuno klinički pregledao oštećenika i znajući za mehanizam nastanka ozljeda pok. oštećenika, unatoč tome što je provedena radiološka obrada ukazivala na ozljedu sredogruđa i sumnju na razdor aorte, iako svjestan da opća bolnica B. i liječnički tim nisu osposobljeni za metode*

[81] Presuda Općinskog suda u Bjelovaru K-105/09-44 od 14. rujna 2011.

i operativno zbrinjavanje oštećenika, olako smatrao da isti nije vitalno ugrožen i da neće doći do pogoršanja njegovog zdravstvenog stanja, te da nije postupio u skladu s pravilima struke i konzultirao se o daljnjim postupcima s kardiokirurgom i nije izvršio hitni premještaj oštećenika u specijaliziranu zdravstvenu ustanovu niti je pozvao operatera sposobnog za izvođenje operativnog zahvata nego je istog oštećenika zadržao na liječenju u Općoj bolnici B., a da pri tome sukladno pravilima struke nije poduzeo potrebne mjere za daljnje praćenje njegovog stanja, a što nije učinio niti 13. ožujka 2007. godine, kada je došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja oštećenika i izljeva krvi uslijed razdora aorte zbog čega je oštećeni preminuo. Također, za sud je u ovom predmetu *bilo i sporno može li se isključiti smrtni ishod da je oštećenik pravovremeno i adekvatno liječen na način opisan u optužbi odnosno da li su prema stanju provedenih dokaza, propisan tretman i liječenje i sve mjere koje je poduzeo okrivljenik u uzročnoj vezi s pogoršanjem bolesti i nastupom smrti oštećenika.* Iz mišljenja vještačkog tima (četiri liječnika: specijalist radiolog, specijalist opće i vaskularne kirurgije, specijalist sudske medicine i kardiolog) Medicinskog fakulteta u Z. proizlazi da nije postojala potrebna koordinacija između liječnika: „*Ovo predstavlja grešku u nalazu radiologa i komunikaciji između radiologa i kirurga i što je imalo za posljedicu nepoduzimanje daljnjih dijagnostičkih postupaka te propagiranje bolesti i pogoršanja zdravlja koje je rezultiralo smrću T.T. U postupku svih liječnika koji su OB B. sudjelovali u liječenju pacijenta T.T., nalaze se elementi nesavjesnog liječenja što je imalo za posljedicu pogoršanje zdravlja i u konačnici smrt pacijenta. Pod izrazom "svi liječnici" podrazumijevaju se liječnici i voditelji kirurškog i anesteziološkog tima kao i radiolozi i to kako u vrijeme redovitog radnog vremena, tako i u vrijeme dežurstava. ...Provedena je konzultacija s torakalnim kirurgom umjesto s kardiokirurgom. Uobičajeno je da kirurg kod postojanja i najmanje sumnje na razdor aorte, o tome more obavijestiti voditelja kirurške službe. Ovaj znajući da to u uvjetima njegove bolnice i s njegovim timom nije moguće zbrinuti mora kontaktirati voditelja hitne kirurške službe ustanove u kojoj je moguće zbrinuti pretpostavljenu ozljedu. Anesteziolozi koji su vodili intenzivnu skrb sve dane boravka T.T. u bolnici također su morali biti upoznati s nepotpunom dijagnostikom i terapijom pacijenta, o tome obavijestiti nadređene u svojoj radnoj organizacijskoj jedinici, a također i voditelja kirurške službe. Vidljivo je da su učinjeni propusti koje se očituju u nepotpuno očitanim radiološkim nalazima. ...*" Svi vještaci su se usuglasili s tvrdnjom da bi se izbjegao smrtni ishod ovog oštećenika, jer su specijalist kirurg i specijalist radiolog trebali surađivati u smislu da radiolog usmeno pojasni kirurgu, ako isti nema iskustva s takvom vrstom traume, koje su radiološke dijagnostičke mogućnosti i ograničenja. Kako ni jedan kirurg u toj bolnici nije imao iskustvo s tom operacijom, trebalo je uputiti bolesnika u hitnu službu ustanove u kojoj se

taj zahvat može učiniti, te o tome izvijestiti nadređenih po stručnoj hijerarhiji. Također, postojala je mogućnost da se kirurg iz vanjske ustanove koji može izvesti zahvat pozove u tu bolnicu učiniti taj zahvat, ukoliko se smatralo da je transport bolesnika prerizičan. Transport ovakvog bolesnika doista nosi određeni rizik, jer sekundarno krvarenja kod traumatskog razdora aorte nije moguće sa sigurnošću predvidjeti. Međutim, taj je rizik posljedica sudbinskog tijeka bolesti i zanemariv je u odnosu na pokušaj spašavanja života bolesnika. S točnom dijagnozom i stručno provedenim operacijskih zahvatom kod bolesnika koji su hospitalizirani i nemaju drugih po život opasnih ozljedu postojala je realna šansa za operativno izlječenje. *Neodgovarajućom komunikacijom svih specijalista uključenih u dijagnostiku i liječenje propušteno je postaviti ispravnu dijagnozu što je imalo za posljedicu pogoršanje zdravlja i smrt pacijenta koji bi u protivnom imao realne šanse za preživaljavanje. Dakle, počinjena je greška od strane svih liječnika koji su sudjelovali u liječenju bolesnika svih dana koje je bio u bolnici te se u njihovim postupcima nalaze elementi nesavjesnog liječenja, što je imalo za posljedicu pogoršanje zdravlja i u konačnici smrt T.T.*

Međutim, pažljivom analizom nalaza i mišljenja vještaka i dovodeći ih u vezu s obranom okrivljenika te iskazima ispitanih svjedoka sud je zaključio da nije sa sigurnošću utvrđeno i dokazno da bi okrivljeni iz nehaja kao doktor medicine obavljajući svoju djelatnost uopće nesavjesno postupao i zbog toga prouzročio smrt jedne osobe: „*Naime, u kazneno pravnom smislu odgovornost postoji samo u slučaju očiglednog postupanja odnosno uopće nesavjesnog postupanja u suprotnosti s pravilima struke i znanosti, da je nehaj određen u pravcu kriterija standarda pažnje običnog razboritog čovjeka te da se od nikog ne traži izvanredna sposobnost. Stoga i eventualna pogrešna prosudba u teškom slučaju kao što je bez sumnje bio ovaj u kazneno pravnom smislu, ne konstituira odgovornost za nehaj okrivljenika.*“ Sud je prihvatio mišljenje vještaka specijalista kardiokirurgije koji je smatrao da je u konkretnom slučaju odgovornost na cijelom sustavu, jer nije samo okrivljenik bio osoba koja je trebala postaviti sumnju na tu dijagnozu, već i svi ostali liječnici i timovi koji su trebali pomnije pratiti i gledati stanje pacijenta. Dakle, sud je zaključio da se pretrage koje je okrivljeni odredio ne mogu podvesti pod to da je okrivljenik kritične zgode obavljajući svoju djelatnost nesavjesno postupao i da je zbog toga prouzročio pogoršanje bolesti, jer iz niti jednog provedenog dokaza ne proizlazi da je isti postupao u suprotnosti s pravilima struke i znanosti i da bi zbog tog takvog postupanja došlo do smrti oštećenika. Posebno je istaknuta i činjenica da kada bi okrivljenik i poduzeo sve što je i navedeno u optužnici, nema osnova za zaključiti da je prema stanju provedenih dokaza po njemu postavljena dijagnoza i propisani tretman liječenja u uzročnoj vezi s bolesti i smrti oštećenika, a što posebice

ističu svi vještaci suglasno tvrdnjom da se ne može isključiti smrtni ishod oštećenika u konkretnom slučaju niti kada bi ovaj bio transportiran u najpovoljnijem za njega trenutku, a da je postotak preživljavanja u ovakvom slučaju samo 3 % dok je statistika da 97 % ruptura aorta nastalih u prometnim nezgodama pacijenti niti ne dođu živi u bolnicu. „*Dakle, po ocjeni suda ne može se isključiti smrtni ishod da je oštećenik pravovremeno prebačen u specijaliziranu zdravstvenu ustanovu odnosno kliniku u Z., iz čega proizlazi po ocjeni suda da nema dovoljno dokaza da bi okrivljenik ostvario sva obilježja kaznenog djela koja su mu se stavljala na teret. Da bi se radilo o počinjenju kaznenog djela nesavjesnog liječenja potrebno je da se radi o slučaju očiglednog postupanja/uopće nesavjesnog postupanja koje je u suprotnosti s pravilima struke i znanosti, ali ne bilo kakvom već onom koji je "očit", to znači da izrazito odstupa od pravila struke i standardnog načina liječenja što je u konkretnom slučaju isključeno, pa po ocjeni suda nema niti odgovornosti okrivljenika, za počinjenje ovog djela.*"

Drugostupanjski sud prihvatio je razloge ove oslobađajuće presude, iako je istovremeno prihvatio tvrdnju optužbe da se u nekonzultiranju kardiokirurga ili vaskularnog kirurga nalazi optuženikov propust. Međutim, „*u takvoj je situaciji, kad se ima u vidu da je optuženik pravilno postavio prvu dijagnozu sumnje na razdor aorte, da je zatražio odgovarajuću pretragu koja mu je tu sumnju isključila, a da se opće stanje oštećenika poboljšalo, uz nedostatak rendgenološke obrade, ovaj drugostupanjski sud nalazi da utvrđeni propusti optuženika nisu takvog značaja da bi se mogli označiti uopće nesavjesnim postupanjem, u smislu 240. st. 1. KZ-a. Taj propis ima u vidu samo očito nesavjesne postupke, što bi značilo-postupke koji znatno odstupaju od opće prihvaćenih pravila medicinske struke i znanosti. Pogrešan optuženikov zaključak, nakon što se oštećenikovo stanje poboljšalo te mu je CT pretraga isključila sumnju na razdor aorte, da nema sumnje na takvu ozljedu te da je krvarenje u prsnoj šupljini nekog drugog uzroka, uz daljnju brigu o stanju oštećenika pa i pokušaj njegovog operativnog zbrinjavanja, kad je postalo očito da je ponovno došlo do krvarenja iz aorte, u situaciji kada nisu postojali uvjeti za transport oštećenika, ne može se označiti očito nesavjesnim postupąnjem, pa ni u smislu nehajnog oblika ovog kaznenog djela. Od optuženika se može zahtijevati samo pažnja prosječnog stručnjaka (kirurga) u ustanovi u kakvoj on djeluje. Uz negativan rezultat CT pretrage, poboljšanja općeg stanja oštećenika te nedostatan radiološki nalaz, ne može se prihvatiti tvrdnja optužbe o tome da on olako drži da oštećenik nije vitalno ugrožen. Ne može mu se staviti na teret niti da je, s obzirom na sve okolnosti događaja, i osobna svojstva mogao i morao biti svjestan te mogućnosti, u smislu postupanja s nesvjesnim nehajem.*"[82]

[82] Presuda Županijskog suda u Bjelovaru Kž-443/2011-3 od 16. veljače 2012.

Sljedeći slučaj dugotrajnog suđenja liječnicima koji još uvijek, ni 18 godina od smrti pacijentice, nije pravomoćno završen, obuhvaća ukupno tri presude, od kojih su dvije oslobađajuće, a jedna osuđujuća te tri ukidna rješenja višeg suda. Pacijentica T. K. umrla je 13. lipnja 1999. godine nakon izvršene operacije zbog puknuća crvuljka i upale potrbušnice, koja je operacija izvršena gotovo dvadeset dana od pregleda od strane liječnika interniste i kirurga. Optužnica je podnesena u prosincu 2004. godine protiv okrivljenika G. T. i T. B., te je prva oslobađajuća presuda donesena tek u lipnju 2011. godine odnosno 12 godina nakon smrti pacijentice. Tom su presudom okrivljenici oslobođeni optužbe *„da bi okrivljena pod 1. G.T. kao dežurni liječnik internist pacijentici T.K. koja je dovedena s bolovima u trbuhu s dijagnozom liječnika opće prakse o upalnom procesu i abdominalnim kolikama koje je trajalo četiri dana, propisala neodgovarajuće lijekove „Reglan" i „Amoxil" te je otpustila kući s neutvrđenom točnom dijagnozom umjesto da ju zadrži u bolnici na dodatnim pretragama, lakomisleno smatrajući da neće doći do pogoršanja zdravstvenog stanja, a do čega je došlo... da bi pacijentica zbog toga što bolovi nisu prestajali ponovno nakon šest dana bila upućena u bolnicu gdje je u vremenu od 22,00 i 00,00 sati pregledao dežurni kirurg, okrivljeni pod 2. T.B. koji nije postavio nikakvu dijagnozu nego pacijenticu uputio u Odjel za zarazne bolesti gdje je dežurni liječnik tog odjela dao mišljenje da se radi o akutnom abdomenu i da je potreban hitan kirurški zahvat te je pacijenticu vratio kirurgu nakon čega je okrivljeni pod 2. iako svjestan da se nepravovremenim kirurškim zahvatom stanje pacijentice može pogoršati, a olako smatrajući da nije vitalno ugrožena nije obavio kirurški zahvat pa je pacijenticu nakon dovršetka svog dežurstva oko 8,00 sati predao sljedećoj smjeni nakon čega je ista oko 11,00 sati operirana i zbog pogoršanog stanja umrla, dakle da bi kao doktori medicine obavljajući svoju djelatnost primijenili očito nepodobno sredstvo i način liječenja i nesavjesno postupali, a kazneno djelo su počinili iz nehaja."* U obrazloženju ove presude sud je naveo da premda su *„vještaci u svom mišljenju zaključili da su u tijeku liječenja pok. T.K. učinjene greške od strane specijalista interniste i specijalista kirurga koji nisu prepoznali o kakvoj je bolesti riječ, odnosno nisu postavili ispravnu dijagnozu što je imalo za posljedicu prekasno poduzimanje operativnog zahvata kao isključive metode liječenja njezine bolesti"*, ipak nije dokazano da su okrivljenici počinili teško kazneno djelo nesavjesnog liječenja, jer *„za sud je neprijeporno da neprepoznavanje o kakvoj je bolesti riječ odnosno nepostavljanje ispravne dijagnoze ne znači ujedno da svako takvo postupanje podliježe i kaznenoj odgovornosti koja je obuhvaćena zakonskim obilježjima predmetnog kaznenog djela."*[83] Ova prvostupanjska presuda potvrđena je u dijelu oslobađanja od optužbe u odnosu na prvookrivljenicu internisticu G.T., dok je u odnosu na drugookrivljenog

[83] Presuda Općinskog suda u Splitu I K-1331/04 od 3. lipnja 2011.

kirurga T.B. ukinuta i vraćena na ponovno suđenje. U odnosu na okrivljenu G.T. viši sud je naveo da je u potpunosti osnovan zaključak suda prvog stupnja prema kojemu ona kao liječnik nije napravila propust koji bi bio u uzročno-posljedičnoj vezi sa smrću pacijentice jer su „*stalni sudski vještaci izričito naveli da je od strane liječnice specijaliste interniste počinjena liječnička greška time da liječnica interne klinike nije prepoznala oboljenje, premda je pregled koji je obavila trajao koliko je po medicinskim kriterijima takav pregled trebao trajati. Unatoč postojanju liječničke greške ta greška se u konkretnom slučaju ne može smatrati uzrokom smrtnog ishoda. Da je okrivljena poduzela sve potrebne radnje ali da nije prepoznala bolest govori u svom iskazu i kirurg D.M., koji je tek prilikom operacije utvrdio o čemu se radi, ali to je bila atipična slika i razvoj bolesti.*“ Što se tiče okrivljenog kirurga T.B. viši je sud zaključio da u odnosu na njega nije u potpunosti utvrđeno činjenično stanje, jer prema nalazu i mišljenju vještaka „*..nejasno je gdje je bolesnica bila od 4,00 sata, kada je dovedena na kirurgiju, do operacije. Dalje se navodi da je neprepoznavanje akutnog abdomena i odgađanje hitne operacije 13 sati, od strane kirurga, liječnička greška. Izričito se zaključje da je operacija započela 13 sati ranije, postojale bi realne šanse da se spasi život sada po. T.K. Ovakav zaključak stalnih sudskih vještaka upućuje na to da bi se osim liječničke greške kirurga, moglo raditi i o određenim propustima nepoduzimanjem pravovremene operacije.*“[84]

U ponovljenom je postupku sud prvog stupnja (isti sudac pojedinac) opet donio istu presudu kojom okrivljenoga kirurga T.B. oslobađa od optužbe da bi iz nehaja kao doktor medicine obavljajući svoju djelatnost, uopće nesavjesno postupao. Iz obrazloženja te presude razvidno je da je za sud neprijeporno da svako neprepoznavanje bolesti, a koje je imalo za posljedicu prekasno poduzimanje operativnog zahvata, ne podliježe kaznenoj odgovornosti „*ako postoje opravdani razlozi zbog kojih nadležni liječnik u ovom slučaju okrivljenik specijalist kirurg T.B. nije prepoznao bolest i poduzeo operaciju...sud je mišljenja da okrivljenik kritične prigode nije iz nehaja obavljajući svoju djelatnost nesavjesno postupao. ...znači ona od strane specijalista kirurga nije otpuštena iz bolnice, po uputi je poslana na pregled na zarazni odjel, počela je primati infuzije jer je nakon nje lakša dijagnostika.*“[85]

Ova je druga prvostupanjska presuda ukinuta rješenjem višeg suda kojim je prihvaćena žalba državnog odvjetništva i predmet opet vraćen sudu prvog stupnja na ponovno suđenje, ali ovaj put pred drugim vijećem.[86]

---

[84] Presuda i rješenje Županijskog suda u Splitu Kž-879/11 od 21. lipnja 2012.

[85] Presuda Općinskog suda u Splitu K-1157/12 od 9. studenog 2012.

[86] Rješenje Županijskog suda u Splitu Kž-65/13 od 21. veljače 2013.

Treća presuda donesena u kaznenom postupku protiv okrivljenog kirurga T.B. bila je osuđujuća, s time da ga je sud proglasio krivim da je predmetno djelo počinio s nesvjesnim nehajem kao oblikom krivnje tj. „*iako nije bio svjestan da se nepoduzimanjem pravovremenog kirurškog zahvata stanje pacijentice može pogoršati i da je ona vitalno ugrožena, ali je, prema okolnostima bio dužan i prema svojim osobnim svojstvima, mogao biti svjestan te mogućnosti. ...Dakle, okrivljenik je počinio liječničku grešku kada, kao kirurg, nije 1. lipnja 1999. oko 22 sata prepoznao jasnu sliku akutnog abdomena, već je poslao pacijenticu infektologu, koji je prepoznao sliku akutnog abdomena i vratio pacijenticu na kirurgiju, gdje je dana 2. lipnja 1999. u 11 sati započeta operacija, pa se tako izgubilo 13 sati za početak operacije. Da je operacija započeta 13 sati ranije postojala bi realna šansa da se spasi život oštećenici, a da je operacija obavljena 2. lipnja u 4,00 sata, vještaci ne mogu sa sigurnošću reći kakav bi bio ishod, ali sigurno su u tome vremenu postojale veće šanse za eventualno izliječenje. Inače, u kliničkom pregledu svaki liječnik opće prakse morao bi moći prepoznati stanje postojeće upale momentom perforacije i postojanje akutnog abdomena. Napominje se da je oštećenica od rođenja bolovala od Downovog sindroma, što je znatno otežavalo komunikaciju s njom, osim toga, bila je adipozna, što je u znatnome otežavalo pregled bolesničkog trbuha pipanjem, a to je kod ove bolesti jedna od važnijih dijagnostičkih pretraga...perforaciju organa u trbuhu najčešće bi trebao prepoznati kirurg. Što se tiče subjektivnog odnosa kazneno djelo nije počinio sa svjesnim nehajem, kako mu se optužnim aktom stavljalo na teret, naime ...okrivljenik u konkretnom slučaju, zbog nepotpuno obavljenog pregleda, nije bio svjestan da se nepoduzimanjem pravovremenog kirurškog zahvata, ali je bio dužan i mogao biti svjestan te mogućnosti. Ovo tim više što stanje akutnog abdomena može prepoznati svaki liječnik opće prakse, a okrivljenik je specijalist iz područja kirurgije*“ Okrivljeni kirurg osuđen je na kaznu zatvora u trajanju od jedne godine te mu je izrečena uvjetna osuda, s time da se kazna zatvora neće izvršiti ako u roku od dvije godine ne počini koje novo kazneno djelo.[87]

I ova osuđujuća presuda u predmetu kirurga T.B. ukinuta je rješenjem istog žalbenog suda i vraćena na ponovno suđenje, jer je drugostupanjski sud utvrdio da je pobijana presuda proturječna sama sebi i time nerazumljiva. Naime, u pravnom opisu izreke dolazi do proturječja, jer se iz takvog pravnog opisa ne može izvući zaključak da bi se radilo o nesvjesnom nehaju, a u istom je navedeno da bi okrivljenik „*primjenio očito nepodoban način liječenja te očito*

[87] Pri odlučivanju o izboru, vrsti i mjeri kaznenopravne sankcije, sud je olakotnim cijenio znatan protek vremena od počinjenja kaznenog djela (više od 15 godina), za koji okrivljenik nije odgovoran, okolnosti koje su otežavale vršenje pregleda oštećenice (njena adipoznost, Downov sindrom), njegovo korektno držanje pred sudom, činjenicu da je otac dvoje djece te njegovu dosadašnju neosuđivanost. Presuda Općinskog suda u Splitu K-259/13 od 20. ožujka 2015.

nesavjesno postupao...", a što bi ukazivalo da ga je sud po ovakvom pravnom opisu osudio za kazneno djelo počinjeno iz svjesnog nehaja. Treba istaknuti da je u obrazloženju pobijane presude sud obrazlagao nehaj, a što žalbeni sud smatra da je u suprotnosti s zaključkom da se radi o liječničkoj pogrešci. Stoga, nalaže se sudu prvog stupnja da utvrdi radi li se o komplikaciji ili liječničkoj pogrešci te zbog čega je došlo do toga, jer je to bitno radi utvrđivanja uzročno-posljedične veze između postupka okrivljenika i smrti pacijentice.[88]

Daljnji primjer sudske prakse odnosi se na problematiku odgovornosti specijalizanta u uvjetima odnosa subordinacije. Tako je parnični sud utvrdio osnovanost i visinu tužbenog zahtjeva protiv KBC Sestre Milosrdnice u Z. tužiteljice B.D. koja je dana 14.11.2006.g. bila na medicinskom zahvatu pobačaja koji je obavila specijalizantica u klinici dr. D.B. Tužiteljica je otpuštena na kućnu njegu, nije se javila na preporučenu kontrolu u roku od 21 dana, no međutim osjećala je značajne i velike tegobe u vidu bolova u trbuhu, učestalih mučnina, osjećaja slabosti i vrtoglavica, te se dana 03.01.2007.g. obratila radi pomoći KBC Z., Klinici za ženske poroda u Petrovoj ulici, gdje je ponovno pregledana ultrazvučno, a na aparatu su se mogli čuti otkucaji srca živog djeteta. Dijagnosticirana je trudnoća u 14-tjednu nakon neuspjelog pobačaja, sa živim plodom u uterusu, uslijed čega je tužiteljica pretrpjela pravi psihički šok. Istoga dana nad tužiteljicom je izvršen medicinski zahvat evacuatio et curratage, odnosno tzv. spontani porod i kiretaža i to ponovno po specijalizantu dr. D.B., iako takve zahvate obavljaju liječnici specijalisti ginekologije. Na klinici je tužiteljica provela ukupno tri dana, te je nakon zahvata pregledana i ultrazvučno, te je otpuštena na kućnu njegu s uputama kojih se u cijelosti pridržavala. No, i nakon tog zahvata tužiteljica je imala daljnja krvarenja i bolove i tada se obratila privatnoj ginekološkoj ordinaciji radi daljnjih pregleda u strahu od bilo kakvih daljnjih komplikacija. Na pregledu u privatnoj ginekološkoj ordinaciji je postavljena sumnja da je zaostao dio posteljice, a zaostajanje posteljice može dovesti do sepse, do velikih komplikacija, a posljedično i do smrti. Tužiteljica se obraćala za pomoć drugim bolnicama, međutim, kako u KBC Sestre milosrdnice niti prvi zahvat nije obavljen, jer je zaostao plod, a drugi zahvat je obavljen na način da je zaostala posteljica, to tužiteljicu više nije htjela primiti niti jedna bolnica, jer se nije željela upuštati u popravljanje tuđih grešaka. Tužiteljicu su upućivali da se ponovno vrati u KBC Sestre milosrdnice, ali kako oni već dva puta nisu obavili liječnički zahvat koji je bio potreban, tužiteljica je na KBC Sveti Duh na crno obavila kiretažu, te je tada u potpunosti dovršen postupak pobačaja. U odgovoru na tužbu tuženik priznaje pasivnu legitimaciju, ali osporava

[88] Rješenje Županijskog suda u Splitu Kž-284/15 od 28. siječnja 2016.

odgovornost, osnov i visinu postavljenog tužbenog zahtjeva, te navodi da je prekid trudnoće kod tuženika obavljen potpuno u skladu sa pravilima struke. Ističe prigovor podijeljene odgovornosti uz navod da se tužiteljica trebala javiti na kontrolu dana 07.12.2007.g. i kada se nalazila u 10-tjednu trudnoće, pa bi se puno ranije ustanovilo da prvi zahvat nije rezultirao prekidom trudnoće, te bi se punih 5 tjedana ranije izvršio drugi zahvat.[89] Premda je tužiteljica iskazala da je po vlastitoj ocjeni pogriješila kada se nije javila tuženiku na naručenu kontrolu, sud je odbio tuženikov prigovor podijeljene odgovornosti, jer nije našao nikakav doprinos tužiteljice štetnom događaju uz obrazloženje: „*Kako je u kasnijem tijeku postupka liječničkim vještačenjem utvrđeno da obzirom da je prvi prekid trudnoće bio na prijelazu iz 7 u 8 tjedan trudnoće, a da bi i u slučaju da se tužiteljica javila na naručenu kontrolu za 2 tjedna, tada bi trudnoća već bila preko 10 tjedana i način pobačaja bi bio isti kao i u 14. tjednu*."

Pravni temelj odgovornosti tuženika nalazi se u odredbi čl. 1045. st. 1. i 2. Zakona o obveznim odnosima koji propisuje da bolnica za liječničku grešku odgovara po načelu predmnijevane (presumirane) krivnje, a to znači da bolnica mora dokazati da je u svemu postupila na način koji je propisan pravilima liječničke struke te da do štete nije došlo ni zbog obične nepažnje liječnika koji je provodio zahvat. Sud je morao utvrditi postoji li neposredna povezanost između činjenice provođenja pobačaja vakum aspiracijom te da takav medicinski zahvat nije dao željeni rezultat pobačaj djeteta već je ostalo živo dijete u maternici. Tuženik je tijekom postupka tvrdio da je medicinski zahvat pobačaja vakum aspiratorom, a koji nije završio pobačajem, zapravo komplikacija u liječenju. Stoga je u dokaznom postupku prvi vještak sudsko-medicinske struke u svom nalazu i mišljenju objasnio medicinski zahvat pobačaja vakum aspiratorom, te zaključio da „*s obzirom da je prekid trudnoće obavljao specijalizant, a što je u skladu s Zakonom o specijalizaciji, isti je morao teoretski znati način izvođenja toga zahvata. Ukoliko je specijalizant bez dovoljnog iskustva, tj. obavlja prvih 10 prekida trudnoće, uz njega mora stajati specijalista i direktno kontrolirati izvođenje zahvata te odmah intervenirati u slučaju nekih problema. Kod specijalizanta koji ima određena iskustva, tj. obavio je više od 10 prekida trudnoće, isti mora odmah obavijestiti nadležnog specijalistu da ima određenih problema u dilataciji ili aspiraciji i količini aspiriranog sadržaja iz materišta. U takvoj situaciji specijalista će poduzeti daljnje izvršenje zahvata.*" Također, ovaj je vještak ustvrdio da je ovakva komplikacija moguća i iskusnim specijalistima, što je vrlo rijetko, a pacijenti najčešće nisu upoznati s tim komplikacijama prije izvođenja zahvata, te je ujedno naveo da nakon pobačaja

[89] Presuda Općinskog građanskog suda u Zagrebu, poslovni broj: LXXI Pn-2903/07-83 od 29. lipnja 2015.

vakum aspiratorom specijalist nije obvezan izvršiti kiretom reviziju materišta, jer bi to u naravi značilo da bi onda specijalist trebao obaviti sve pobačaje od toga dana, jer bi u svakom slučaju morati ulaziti kiretom i provjeravati je li pobačaj izvršen, a da se nakon izvršenog zahvata pobačaja ultrazvukom ne provjerava je li taj pobačaj doista izvršen. Međutim, sud je naložio novo medicinsko-ginekološko vještačenje po vještaku ginekologu dr. T.Č. čija zadaća je bila da prvenstveno odgovori na pitanje da li medicinski zahvat izvođenja pobačaja, a koji ne završi uspješno na način da do pobačaja u stvarnosti i dođe, predstavlja komplikaciju u liječenju ili predstavlja propust u radu liječnika na način da se u konkretnom slučaju radilo o nestručno obavljenom zahvatu. Vještak je u svom mišljenju naveo da je pri pružanju ginekoloških usluga tužiteljici od strane liječnice (ili više njih) zaposlenih kod tuženika tijekom prvog zahvata prekida trudnoće došlo do stručnog propusta. „*Naime, zaostatak tkiva posteljice (ili drugih produkata začeća) je uobičajena i jedna od najčešćih komplikacija prekida trudnoće (2-10% ovisno o veličini trudnoće, položaju maternice, broju i načinu poroda pacijentice, vještini operatera i još nekim drugim čimbenicima) s čime je tužiteljica bila upoznata prilikom prvog pregleda i dogovora za termin i način obavljanja zahvata, a što je i vlastoručno potpisala u znak suglasnosti. No u ovom se slučaju ne radi o zaostatku tkiva posteljice ili drugih produkata začeća već o čitavom plodu sa čitavom i intaktnom posteljicom, plodovnim ovojima i plodnom vodom koji je ne samo preživio zahvat, nego se nastavio uredno razvijati i rasti, a što dokazuju više ultrazvučnih nalaza od više specijalista nakon zahvata s intaktnom trudnoćom i pozitivnom embrionalnom srčanom akcijom. Slijedom izvođenja prekida trudnoće kod vakum aspiracije liječnik je dužan provjeriti da li i koji materijal dobiva. Postoji mogućnost više načina takve provjera koja se obavlja gledanjem, ali može i slanjem nejasnog ili sumnjivog materijala na patohistološku dijagnozu. Ukoliko nije siguran koji materijal dobiva vakum sondom - kanilom, zahvat može nastaviti abortus kliještima. Ukoliko ni tada nije siguran, dužan je zvati starijeg, a u konkretnom slučaju nadležnog specijalista koji je morao biti fizički biti uz specijalizanticu ito na način da je u neposrednoj blizini i može trenutno intervenirati. Ukoliko ni taj stariji specijalist nije siguran koji se materijal dobiva, a isto tako niti gdje se nalazi sonda za vakuum aspiraciju, dužan je zvati još starijeg, pa sve do najstarijeg, uključujući i predstojnika klinike. Isto tako je dužan s povećanim oprezom kiretom provjeriti da li je zaista u maternici i što konkretno dobiva od materijala.*“ Zaključno, vještak je mišljenja da se radilo o propustu u radu liječnika koji je zahvat izvodio, kao i propustu u radu specijaliste koji je bio dužan nadgledati rad, ponašanje, kretnje i rezultate rade specijalizanta. Drugim riječima, u konkretnom se slučaju radilo o liječničkoj grešci prilikom izvođenja prekida trudnoće te činjenica što je specijalizantica sama obavila

prekid trudnoće, a da uopće nije niti ušla u materište te zaključila da je zahvat izvršen, a bez da je bila pod kontrolom iskusnog specijaliste, predstavlja liječničku pogrešku. Ovakvo mišljenje drugog vještaka sud je u cijelosti prihvatio te je utvrdio odgovornost tuženika po pravilu presumirane krivnje za liječničku grešku.

Ova presuda parničnog suda prvog stupnja donesena je nakon gotovo devet godina od prouzročene posljedice.

6. Zaključak

Središnje pitanje odgovornosti liječnika u uvjetima timskoga rada predstavlja utvrđivanje uzročnosti. Pritom, postojanje radnje/propusta treba dokazati s apsolutnom sigurnošću dok se postojanje uzročne veze između radnje/propusta i štetne posljedice treba dokazati minimalno s visokim stupnjem vjerojatnosti (tzv. vjerojatnost koja graniči sa sigurnošću), jer je u medicini gotovo nemoguć dokaz apsolutne sigurnosti. Radi toga je u slučajevima nastupanja smrti pacijenta nužno poštivati sve propise koji nalažu obvezno obavljanje obdukcije, bez obzira na mišljenje ili protivljenje pacijentove obitelji.

Premda uzročnost u medicini nema karakter zakona fizike, u kojima jedan uzrok uvijek i nedvojbeno prouzroči određenu posljedicu, ipak postoje neka pravila, opća medicinska znanja i iskustva koja predstavljaju već notorne činjenice. Tako je notorno da, primjerice upala i perforacija slijepog crijeva dovodi do peritonitisa i posljedično sepse. Stoga bi u postupku dokazivanja uzročnosti značajnu ulogu trebali imati protokoli postupanja, naravno, u slučajevima ako su doneseni i postoje u ustanovi dok se u situacijama kada oni ne postoje, ili ako ih počinitelj nije slijedio, mora utvrđivati što se smatra pravilima struke prilikom poduzimanja određenog medicinskog zahvata.[90]

Kako bi se izbjeglo da sudska praksa miješa uzročnost s krivnjom, a što se zna dogoditi, poželjno bi bilo kao pravni standard u pogledu kaznenopravne uzročnosti u području medicine prihvatiti teoriju adekvatnosti, koja je prihvaćena kod građanskopravne odgovornosti. Ona znači da bi od više mogućih uzroka, koji mogu biti u bližoj ili daljnjoj vezi s nastalom štetnom posljedicom, pravno relevantan bio samo onaj koji je adekvatan i tipičan. Tipičan je samo onaj uzrok koji redovno dovodi do određene štetne posljedice i za koji životno iskustvo pokazuje da uzrokuje određene štetne posljedice. Uostalom, to odgovara i već uspostavljenim protokolima postupanja u

[90] I pored toga, pacijenti u Norveškoj teško dokazuju odgovornost liječnika za nemarno liječenje te se najveći broj prijava odbacuje ili pacijent ne uspijeva u parničnom sporu za odštetu. SØNDERLAND, K., *Medical Malpractice – the Legal Situation in Norway,* European Journal of Health Law 3, 1996, str. 177.

medicini, jer postupanje suprotno propisanim protokolima tipično dovodi do određene povrede zdravlja pacijenta. To bi trebao biti medicinski standard potreban za utvrđivanje uzročnosti kao temelj za daljnje pravno tretiranje odnosno utvrđivanje krivnje. Sudska praksa treba ići u pravcu objektivnog utvrđivanja povrede protokola medicinskog postupanja kao temelja za daljnje utvrđivanje subjektivne krivnje liječnika. Povreda protokola ili procedura uspostavljenih kao medicinski standard dobre prakse dovodi do prihvaćanja adekvacijske teorije kao primjerenije za pravnu odgovornost u području medicinske djelatnosti.

Na pitanje odgovara li uvijek svaki liječnik zbog nepropisnog postupka i nepažnje svakog drugog učesnika (liječnika ili drugog zdravstvenog radnika) u timu, načelno bi trebalo odgovoriti negativno, čak i u građanskom pravu. Doista, bilo bi nepodnošljivo i nesvrhovito ako bi svaki od učesnika odgovarao uvijek zbog nepropisnog postupka i nepažnje svakog drugog učesnika u timu tj. ako bi među njima postojala solidarna odgovornost.[91] I sa stajališta adekvacijske teorije uzročnosti svaki bi liječnik (i/ili drugi zdravstveni radnik) trebao odgovarati samo za onaj dio štete koji je on sam prouzročio. Stoga, solidarna odgovornost, neovisno što ona pacijentu-oštećeniku daje veću mogućnost ostvarivanja naknade štete, izgleda nepravedna, posebno u području zdravstvene djelatnosti.[92]

U kaznenom pravu riječ je uvijek o samostalnoj odgovornosti više liječnika i/ili drugih zdravstvenih radnika koji, ipak mogu odgovarati, ako su nesavjesno postupali, i kao tzv. paralelni počinitelji ili, pak, kao supočinitelji. Međutim, kaznena judikatura često utvrđuje odgovornost ne razlikujući uzročnost, kao objektivnu vezu između radnje/propusta, i krivnju, kao subjektivnu vezu između počinitelja i djela zbog kojega on zaslužuje prijekor. Naime, često se odlučuje je li radnja/propust liječnika predstavlja liječničku grešku ili komplikaciju u smislu krivnje odnosno nemarnosti, a ne je li doista povreda propisanih protokola ili procedura postupanja prouzročila štetnu posljedicu za život ili zdravlje pacijenta. To što je liječnik prouzročio štetnu posljedicu svojom radnjom ili propustom ne znači istovremeno da je i kriv za to. Ako bi liječnici kazneno odgovarali objektivno tj. uvijek kada su prouzročili štetnu posljedicu, sa sigurnošću se može zaključiti da oni više uopće ne bi liječili odnosno ne bi poduzimali nikakve, posebice složenije i rizičnije medicinske zahvate. Time bi liječnik bio u dvojbi što učiniti – ne pružiti medicinsku pomoć, što predstavlja kazneno djelo ili liječiti pacijenta, pa i nesavjesno. Dakle, objektivna odgovornost u kaznenom je pravu neprihvatljiva, jer gotovo

[91] RADIŠIĆ J., *Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja*, str. 20.
[92] Šire MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Solidarna odgovornost za štetu...*, str. 330.

nitko, ne bi poduzimao radnje i djelatnosti koje su same po sebi objektivno gledano opasne i rizične.[93]

Popis korištene literature

1. BARAK, A., *Mixed And Vicarious Liability—A Suggested Distinction,* The Modern Law Review, Volume 29, Issue 2, 1966.
2. BARNES, A. B., *Negligence, Medical Malpractice, Vicarious Healthcare Facility? Liability, Or Patient Responsbility: Who Should Pay When A Patient Contracts MRSA From A Healthcare Facility?*, Indiana Health Law Review, Vol 7, No 2, 2010.
3. BARNES, C. M., SKLAVER, L.S., *Active Verification and Vigilance: A Method to Avoid Civil and Criminal Liability When Prescribing Controlled Substances,* DePaul Journal of Health Care Law, vol. 15, 2013, 2.
4. BOJANIĆ, I., DERENČINOVIĆ, D., HORVATIĆ, Ž., KRAPAC, D., SERŠIĆ, M., *Teorija zajedničkog zločinačkog pothvata i međunarodno kazneno pravo – izazovi i kontroverze,* Zagreb, MMVII, Akademija pravnih znanosti Hrvatske.
5. BOVBJERG, R. R., MILLER, H. R., SHAPIRO, W. D., *Paths to Reducing Medical Injury: Professional Liability and Discipline vs. Patient Safety - and the Need for a Third Way,* 29 J.L. Med. & Ethics, 2001.
6. CALLENS, S., *Medical Civil Liability in Belgium. Four Selected Cases,* European Journal of Health Law, 1, 2003.
7. ĆIRIĆ, J., *Objektivna odgovornost u krivičnom pravu,* Institut za uporedno pravo, Beograd, 2008.
8. DEUTSCH, E., SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, 5. Auflage, Berlin, 2003.
9. DIAS PEREIRA, G. A., *Existing challenges in medical liability: causation, burden of proof and informed consent,* The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses, Conference, Strasbourg, 2-3 June 2008, Council of Europe, 2009.
10. FLIS, V., *Medicinska napaka (Medical Error),* 26. Posvet Medicina, pravo in družba: Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev, marec 2017, Maribor.
11. GARAČIĆ, A., *Kazneni zakon u sudskoj praksi, posebni dio,* Rijeka, 2016.
12. GREGORY, O. C., *Vicarious responsibility and contributory negligence,* Yale L. J., 41, 1932.
13. INGRAM, D. J., *Liability of Medical Institutions for the Negligence of Independent Contractors Practicing on Their Premises,* J. Contemp. Health L. & Pol'y, 10, 1994.
14. IVANČIĆ-KAČER, B., *Odgovornost specijalizanta za počinjenu liječničku pogrešku*, Aktualnosti hrvatskog zakonodavstva i pravne prakse, god.16, 2009.
15. JEFFERSON, M., *Criminal Law,* 7th ed. 2006.

[93] Drugim riječima, dilema je dakle, ne činiti ništa i ne riskirati s objektivnom odgovornošću, ili ipak učiniti nešto uz rizik objektivne odgovornosti. S aspekta interesa pacijenata, interesa zdravlja ljudi i općeg društvenog interesa, takva dilema ipak ne postoji, jer je sigurno da je nepoduzimanje liječenja teže i nepovoljnije, nego poduzimanje bilo kakvog, pa i najlošijeg mogućeg liječenja. ĆIRIĆ, J., *op. cit.,* str. 40.

16. HALE, T. E., *Emergency Medical Treatment*, 10 Wm. & Mary L. Rev., 1968-1969.
17. HOROVIĆ, S., *Posebni dio Kaznenog prava BiH, knjiga II.,* Mostar, 2010.
18. HOROVIĆ, S., MIŠIĆ RADANOVIĆ, N., *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika*, Zbornik radova "Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse", Mostar, br. 15, 2017.
19. HORVATIĆ, Ž. i dr., *Rječnik kaznenog prava*, Zagreb, 2002.
20. KAČER, H., IVANČIĆ-KAČER, B., *Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio,* Pravo i porezi,, 8, 2007, str. 14-24.
21. KIM, J. C., *The trial of Conrad Murray: prosecuting physicians for criminally negligent over-prescription,* 51 Am. Crim. L. Rev., 2014.
22. KLARIĆ, P., *Odgovornost za liječničku grešku,* „Medicinski, pravni i ekonomski pogledi na profesionalnu odgovornost u zdravstvu i osiguranje od odgovornosti", Udruga poslodavaca u zdravstvu, Šibenik, 2007.
23. KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio),* Hrvatska pravna revija, 8, 2001.
24. KLARIĆ, A., CVITKOVIĆ, M., *Vrste i načini odgovornosti unutar tima,* Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice, 2016.
25. KLARIĆ, P., VEDRIŠ, M., *Građansko pravo,* Zagreb, 2008.
26. KURTOVIĆ MIŠIĆ, A., SOKANOVIĆ, L., *Namjera kao stupanj krivnje u počinjenju kaznenih djela zdravstvenih radnika*, Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice, 2016.
27. KUŠAN, L., *Pravo na utvrđivanje okolnosti smrti pacijenta u zdravstvenoj ustanovi*, Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava, Vodice, 2016.
28. LEVY, S., *Criminal Liability for Medical Negligence,* 25 Med. & L., 2006.
29. MANIĆ, O. S., *Odgovornost zbog štete izazvane upotrebom medicinskih sredstava,* doktorska disertacija, Niš, 2015.
30. MARTINOVIĆ, I., *Problem uzročnosti u kaznenom pravu*, Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, vol. 19, 1, 2012.
31. McHALE, J.V., *Medical Malpractice in England - Current Trends,* European Journal of Health Law, 1, 2003.
32. MIŠIĆ RADANOVIĆ, N., *Liječnik kao subjekt deliktne odgovornosti,* doktorska disertacija, 2017.
33. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Odnos građanske i krivične odgovornosti za slučaj medicinskih šteta,* Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar, 8, 2010.
34. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Solidarna odgovornost za štetu nastalu pogrešnim lečenjem*, Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar, 2009.
35. NOVOSELEC, P., *Aktualni problemi hrvatskog gospodarskog kaznenog prava,* Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, vol. 14, 2, 2007.
36. NOVOSELEC, P., *Opći dio kaznenog prava*, Zagreb, 2009.
37. OPDERBECKE, H. W., WEISSAUER, W., *Facharztqualitat versus formelle Facharztqualifikation,* Anmerkungen zu Urteil des BGH vom 10.3.1992., Medizinrecht, br. 1, 1993.
38. OTTO, S. F., *Medical negligence,* South African Journal of Radiology, vol 8, no 2, 2004.
39. PAVLOVIĆ, Š., *Kazneni zakon*, 2015.
40. PRANJIĆ, N., *Medicinska pogreška – profesionalna odgovornost za štete u Bosni*

i Hercegovini (Medical error – professional liability for malpractice in Bosnia and Herzegovina), Liječ Vjesn 2009, 131.
41. RADIŠIĆ J., *Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja*, Revija za pravo osiguranja, br. 1, 2009.
42. RADIŠIĆ, J., *Ko je odgovoran zbog greške lekara na specijalizaciji*, Pravni život br. 9, 2009.
43. RADIŠIĆ, J., *Odgovornost zbog pogrešne lekarske dijagnoze i nepreduzimanja potrebnih dijagnostičkih mera*, Revija za pravo osiguranja, br. 1, 2011.
44. RADIŠIĆ, J., *Uzročna veza kao osnov i kao mera odgovornosti zbog lekarske stručne greške*" Pravni život, 9, 1998.
45. RODRÍGUEZ-VÁZQUEZ, *Doctors in Spanish Criminal Law: medical criminal responsibility for deaths and injuries caused by negligence in present-day Spain,* 25 Med. & L., 2006.
46. ROKSANDIĆ VIDLIČKA, S., *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena hrvatskog Kaznenog zakona,* Godišnjak APZH 2010, 1, 93-146., Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet, Zagreb, 2016, str. 811-859.
47. ROMEO-CASABONA, M. C., *The legal approach to medical liability. Negligence and breach of patient's autonomy*, report, Conference: The evergrowing challenge of medical liability: national and european responses, Council of Europe, 2008.
48. SØNDERLAND, K., *Medical Malpractice - the Legal Situation in Norway,* European Journal of Health Law 3, 1996.
49. VENUGOPAL, B. S., *Medical Negligence and Liability of a Doctor under Tort Law: a Cricital Analysis, Indian Streams Research Journal,* vol. III, issue III, 2013.
50. ZEČEVIĆ, D., ŠKAVIĆ, J., *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika - teorija i praksa,* Zagreb, 2012.
51. ŽOKALJ, I., SABLJAR-MATOVINOVIĆ, M., *Dealing with interpersonal miscommunication problems as presented to the Commission for Medical Ethics and Deontology of Croatian Medical Chamber,* Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj, Knjiga izlaganja na XIV. proljetnom simpoziju medicinske etike Hrvatskoga liječničkog zbora, Zagreb, 2014.
52. WIENKE, A., *Errors and pitfalls: Briefing and accusation of medical malpractice – the second victim,* German Medical Science Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery 2013, vol. 12. Dostupno na: http://www.egms.de/static/pdf/journals/cto/2013-12/cto000102.pdf

SUMMARY

RESPONSIBILITY OF DOCTORS IN CASE OF TEAMWORK

This paper deals with the very complex issue of legal liability of the physician in case of team work, considering that modern medicine is one which involves the work of physicians of different specializations and subspecializations and other health workers. The author analyzes a number of doctrinal issues, from the individual responsibility of team members, the joint responsibility, the responsibility of supervisors for omission of obligatory supervision, responsibility of the subordinate for implementation instructions, responsibility for successive treatment by several physicians, proving of causality to the responsibility of the doctors for instruments and medicines. Special attention is devoted to the issue of causality as a key issue for the implementation of the legal principle of individual (personal) and subjective responsibility according to which every physician, as well as other health workers, is responsible for his or her actions or omissions within the limits of his/her culpability. This paper presents the difficulties that arise in legal theory and judicature about determining causality and culpability, equally in the area of civil and criminal liability. Also, with the help of cases, the author tries to answer the question of whether the principle of divided responsibility within the medical team or the principle of their unshared responsibility is accepted.

Key words: doctor, teamwork, criminal responsibility, civil responsibility

TKO JE ADVOKAT[1] PACIJENTA[2] U JEDINICAMA INTENZIVNE MEDICINE

UDK: 616-089.168 : 342.7 (497.5)
Primljeno: 6. listopada 2017.
Pregledni znanstveni rad

prof.dr.sc. Hrvoje Kačer,
redovni profesor u trajnom zvanju
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
hrvojekacer5@yahoo.com

U ovom tekstu autor se bavi jednim aspektom pravnog položaja liječnika i to baš onih u jedinicama intenzivne medicine. U svojoj biti radi se o gotovo nevjerojatno obratu, od nekadašnje potpune neodgovornosti pa do aktualnog stanja u kojemu izgleda da je liječnik uvijek kriv, osim ako uspije dokazati suprotno. To je posebno problematično u slučajevima u kojima je nužna naglašeno hitna reakcija liječnika, što je pravilo kod jedinica intenzivne medicine. U razmatranju potencijalne odgovornosti liječnika autor se zalaže da se sve sagleda uzimajući u obzir stvarno specifičnu situaciju u jedinicama intenzivne medicine gdje praktično nitko osim liječnika i medicinskog osoblja koje asistira liječniku nema mogućnost (ili je ima manje nego što je to inače slučaj) učinkovite reakcije. Kada je već tako, kada je uloga liječnika (ionako ogromna i naglašena) još veća i još naglašenija onda bi bilo nužno tom liječniku omogućiti, čak ga i potaknuti da učini baš sve što je moguće. Pri tome je notorno da složenica „sve što je moguće" kod važećeg pravnog okvira nikako nije usklađena sa ofanzivnom i kreativnom medicinom, prije je školski primjer poticanja na tzv. defanzivnu medicinu. To je tako jer pozitivno hrvatsko pravo sa jedne strane pacijentu ne nameće nikakve obveze nego samo daje prava (vrlo često potpuno nerealno), a liječnika stavlja u položaj da mora dokazivati svoju nevinost (umjesto da druga strana dokazuje krivnju) u okolnostima (koje

[1] Odvjetništva je neovisna i samostalna služba koja osigurava pružanje pravne pomoći fizičkim i pravnim osobama u ostvarivanju i zaštiti njihovih prava i pravnih interesa. U obavljanju te uloge odvjetnici imaju i posebne pravne pogodnosti, pa tako i povlašteni status svih informacija koje dobiju od stranke (usporedivo sa ispovjednom tajnom iz kanonskog prava). Koliko je to važna uloga pokazuje i činjenica da su i tzv. „najtvrđi" politički sustavi koji su imali malo poveznica i sa demokracijom i sa vladavinom prava (kao npr. bivša država u kojoj je bila jako poznata svojedobna rečenica tadašnjeg apsolutnog vladara „Nećemo se valjda držati zakona kao pijan plota….") tolerirati postojanje odvjetništva kao neizostavnog dijela pravnog sustava.

[2] Zakonska definicija (koju inače ima i te kako razloga kritizirati, tako npr. uopće ne obuhvaća one koji ne zatraže pomoć jer to nisu u stanju, a oni koji je trebaju pružiti je ne pruže): *Pacijentom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.*

sustav očito podržava) u kojima javnost (mediji) nemilosrdno (i uz selektivno publiciranje informacija) uništavaju ugled i čast i liječnika ako pojedinca, i struke kojoj taj liječnik pripada. Predloženo je i uvođenje pojmova b.V. (u značenju before Virchow) i a.V. (u značenju after Virchow).

Ključne riječi: pacijent, liječnik, intenzivna medicina, odgovornost, šteta

I. UVOD

Već *prima facie* je sam naslov ovog teksta izazvao dosta pitanje sa predrječju ZAŠTO. Naime, advokat je više nego poznata internacionalna riječ koja u nimalo ili malo promijenjenom obliku (tako da je ipak svi razumiju) ima isto značenje u čitavom nizu jezika (francuski[1], njemački[2], slovački[3], srpski[4], talijanski[5]…)[6]. U Republici Hrvatskoj je u (službenoj) uporabi samo i isključivo riječ odvjetnik[7], dok se riječ advokat najčešće (ako nema međunarodnog elementa u kontekstu) nekako povezuje sa bivšom državom. Unatoč svemu navedenom, ipak smo se odlučili za ovaj internacionalni pojam iz (barem) dva slijedeća razloga koji taj odabir i opravdavaju i objašnjavaju. Prvi je da nema baš nikakve sumnje da će svi, rabili mi pojam odvjetnik ili pojam advokat, znati o čemu se radi i neće po tom pitanju biti baš nikakvih dvojbi ili nejasnoća – to je onaj koji je pozvan i obvezan štititi interes stranke koju zastupa po svojem najboljem znanju i umijeću (koji su po definiciji jako veliki !). Drugi je da je i tema ovog teksta (kao i gotovo cijelo medicinsko pravo) maksimalno internacionalizirana i dvojbe i zaključci će se, po naravi stvari, moći primijeniti ne samo na hrvatsko pravo, ne samo na regionalno okruženje, nego i daleko šire.

Nakon ovog, razmjerno neobičnog, uvoda krećemo na ono što se najčešće i najtočnije naziva latinskom izrekom *in medias res*. Radi se, dakle, o istraživanju

1 Avocat
2 Advokat, Anwalt
3 Advokat
4 Advokat
5 Avvocato
6 Na primjeru ovog pojma ili riječi vidi se dosta neuobičajeno odstupanje engleskog jezika od internacionalnih izraza. Naime, u Velikoj Britaniji rabe se (ovisno o kategoriji odnosno ovlastima) pojmovi Solicitor i Barrister kao podvrste pojma Lawyer.
7 Dosta je čudno što se i u Sloveniji daleko više rabi pojam odvetnik nego onaj internacionalno advokat. Tako se i komora službeno zove Odvetniška zbornica Slovenije.

(u konačnici potvrđivanju ili negiranju) teze prema kojoj je u jedinicama intenzivne medicine upravo liječnik najbolji zaštitnik interesa i prava pacijenta iz jednostavnog razloga što u prigodi zahvata na tim odjelima nitko treći jednostavno nema (ili je ta mogućnost stvarno minimalna) mogućnosti reakcije. Naravno, ako se ta teza potvrdi onda slijedi i potreba tome prilagoditi pravni okvir odgovornosti liječnika koji ih (sada) potiče na potpuno defanzivnu medicinu, što nije u konačnici dobro ni za pacijente, a navodno se baš njih time štiti ili barem kani štititi.

Prošlo je već jako, jako mnogo vremena od trenutka, od vremena u kojemu se o odgovornosti liječnika praktično nije ni raspravljalo, liječnici su (tada) bili neka vrsta „svetih krava". Nešto manje vremena je prošlo od doba kada je bilo jako teško „dobiti" nekog stručnjaka medicinske struke da bude vještak u sudskom postupku koji se vodi bilo protiv liječnika (najčešće su to nažalost kazneni postupci) bilo protiv neke bolnice ili općenito davatelja zdravstvene usluge (tu su, srećom, to ipak, bez iznimke, građanski parnični postupci[8]). Danas je situacija dramatično, ne samo različita, nego baš suprotna. Djeluje kao da su svi (to uključuje široki raspon od pacijenata i njihovih obitelji, preko medija do razno-raznih profesionalaca različitih struka, među kojima primat imaju liječnici i pravnici) nekako (neovisno o subjektivnom aspektu to je objektivno potpuno sigurno baš tako) udruženi u nastojanju (nažalost za sada dosta uspješnom) da se što više oteža pravni položaj liječnika, ne samo na apstraktnoj razini, nego i u konkretnim postupcima. Pri tome se to (po nama prilično cinički i zlonamjerno) pokušava relativizirati time što se u prvi plan stavlja to što u pravilu štetu plaća poslodavac, sa dosta rijetkim regresnim postupcima na štetu liječnika. Makar je to sa plaćanjem točno još je točnije da je taj aspekt samo mali dio onoga što opterećuje stvarni i pravni položaj liječnika (vjerojatno ili gotovo sigurno su na rang listi problema daleko važniji opći uvjeti rada i stalna prijetnja kaznenom odgovornošću i kaznenim postupcima koji u pravilu traju godinama i time se „kažnjava" liječnike za cijelog tijeka postupka, jer ih se difamira, posebno kroz medije). Mi smo potpuno sigurni da je krajnje vrijeme da se taj stvarno loš položaj liječnika promijeni na bolje (i glede pravnog okvira i glede prakse) i ovaj tekst u svojem fokusu ima pokušaj davanja doprinosa u toj borbi. Pri tome je notorno da će eventualni neuspjeh u toj borbi (a neuspjeh *sui generis* je već i sama sporost u postizanju uspjeha) dodatno generirati ubrzanje trenda odlazaka liječnika na rad u inozemstvo, odlazaka koji lako mogu dovesti do toga da se više neće imati kome poboljšavati položaj[9].

---

[8] Makar je u hrvatskom pravu već dosta dugo i pravna osoba kazneno odgovorna nije nam poznat takav postupak u medicinskom pravu.

[9] Poboljšanja moraju ići *in favorem* struke, dakle u korist svih liječnika neovisno o dobi,

Čini nam se da s punim pravom u medicinsko pravo možemo uvesti jedan novi pojam, točnije dva. Prvi je b.V. (u značenju before Virchow ili prije Virchow-a), drugi je a.V. (u značenju after Virchow ili nakon Virchow-a). Naime, njemački patolog, klasik medicine i političar Rudolf Virchow je u drugoj polovici 19. stoljeća uveo pojam liječničke grješke u literaturu, nazvao je Kusntfehler der Arzte[10] i definirao kao kršenje općepriznatih pravila vještine liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza, što je postupanje *contra legem artis*.

Ne negirajući ulogu i značenje povijesnog aspekta baš svakog (pa i ovog) problema ili predmeta istraživanja, naš fokus je na onome što se događa danas pacijenta u jedinicama intenzivne medicine i što će se događati u budućnosti. To znači istražiti pravni okvir i pravnu praksu *de lege lata*, te (ako je to potrebno) prijedloge *de lege ferenda*. Konkretno, u fokusu nam je pravni položaj pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, dakle ne bilo kojeg pacijenta nego baš pacijenta u toj jako, jako specifičnoj situaciji. To se posebno odnosi na to tko je taj koji je objektivno i najpozvaniji i najobvezniji pomoći pacijentu i je li to liječnik (kao *homo duplex*, istodobno i kao čovjek i kao liječnik). Pri tome je, naravno, nužno prethodno definirati što su to uopće jedinice intenzivne medicine.

Intenzivna medicina je grana medicine koja se bavi osiguravanjem potpore za održavanje života ili potporu organskim sustavima bolesnicima koji su kritično oboljeli i koji obično zahtjevaju stalan monitoring. Intenzivna medicina je relativno nova specijalnost no neprestano rastućeg značaja. Liječnici koji rade u jedinicama intenzivnog liječenja nazivaju se intenzivistima. Intenzivnom medicinom najčešće se bave anesteziolozi koji određeni dio specijalističkog staža obavezno i provode u jedinicama intenzivnog liječenja. U Hrvatskoj intenzivna medicina postoji kao subspecijalnost, pa se intenzivistima nazivaju liječnici specijalisti nekih struka medicine (anesteziolozi, internisti, neurolozi) koji prođu subspecijalističko usavršavanje iz intenzivne medicine[11].

spolu, rasi i dr. To znači naravno i u korist liječnika stranaca, ali moramo naglasiti da nije isto (unatoč zabrani diskriminacije po bilo kojem kriteriju) zaštititi hrvatske liječnike danas (kao dio od preko 99% svih liječnika) i zaštititi liječnike u Republici Hrvatskoj u trenutku kada većina ili kada značajan broj liječnika u Republici Hrvatskoj budu stranci (crna, ali realna prognoza kaže kako će to biti uglavnom liječnici stranci sa Istoka i iz Afrike, nikako ne sa razvijenog Zapada).

[10] Taj pojam je kasnije napušten i zamijenjen pojmom grješka u tretmanu (Behandlungsfehler).

[11] www.wikipedia.org – stranica posjećena i tekst preuzet 03.10.2017. u 19,00.

II PRAVNI IZVORI

Temeljni pravni izvor za bilo koje pravno pitanje je svakako Ustav Republike Hrvatske[12] koji u svojem sadržaju ima niz iznimno važnih odredbi za medicinsko pravo uopće (pravo na zdrav život i okoliš, pravo na zdravstvenu zaštitu, zabranu uključivanja bez privole u liječničke pokuse, te mogućnost ograničavanja brojnih inače zaštićenih prava ako je to potrebno radi zaštite zdravlja) pa posljedično i za temu ovog teksta. Zato što kršenje pravnih normi iz ovog područja znači (potencijalno, pod uvjetom da su ispunjeni i ostali uvjeti čija se kumulativnost zahtijeva) i građanskopravnu odštetnu odgovornost pravni izvor je i Zakon o obveznim odnosima[13] koji je *sedes materiae* **(pored ostaloga) glede te vrste odgovornosti. Kako bi se opće odredbe uopće mogle primijeniti i kako bi se moglo utvrditi je li netko postupao ili nije postupao** *lege artis* **pravni izvori su (zato što ih ni u kojem slučaju Zakon o obveznim odnosima ne sadrži, a smatramo da ih kao** *lex generalis* **i ne bi trebao sadržavati) i svi tzv. zdravstveni ili medicinski**[14] propisi, pa tako npr. Zakon o zdravstvenoj zaštiti[15], Zakon o zaštiti prava pacijenata[16], Zakon o liječništvu[17], Zakon o sestrinstvu[18], Zakon o ljekarništvu[19], Zakon

---

[12] Ustav Republike Hrvatske (»Narodne novine« broj 56/90., 135/97., 8/98. – pročišćeni tekst, 113/00., 124/00. – pročišćeni tekst, 28/01., 41/01. – pročišćeni tekst, 55/01. – ispravak, 76/10. i 85/10. – pročišćeni tekst, 5/14 - Odluka u povodu okončanja postupka nadzora nad ustavnošću i zakonitošću provođenja držanog referenduma održanog 1. prosinca 2013., na kojem je članak 62. Ustava Republike Hrvatske dopunjen novim stavkom 2., nastavno: Ustav ili Ustav Republike Hrvatske).

[13] Zakon o obveznim odnosima (»Narodne novine«, br. 35/05., 41/08., 125/11., 78/15. - nastavno: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima).

[14] Veznik „ili" nikako ne znači kako smatramo da se radi o istoznačnicama (zato što je zdravstvo širi pojam od medicine, pa tako i zdravstveno pravo od medicinskog prava) nego o pojmovima koji se u praksi jako često rabe kao istoznačnice, pa smo naveli oba jednostavno iz pragmatičnih razloga, ništa više od toga.

[15] Zakon o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine«, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 70/12, 82/13 i 22/14 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske), - nastavno: ZZZ ili Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

[16] Zakon o zaštiti prava pacijenata (»Narodne novine«, br. 169/04., 37/08. - nastavno: ZZPP ili Zakon o zaštiti prava pacijenata).

[17] Zakon o liječništvu (»Narodne novine«, br. 121/03., 117/08. - nastavno: ZOL ili Zakon o liječništvu).

[18] Zakon o sestrinstvu (»Narodne novine«, br. 121/03., 117/08., 57/11. - nastavno: ZOS ili Zakon o sestrinstvu).

[19] Zakon o ljekarništvu (»Narodne novine«, br. 121/03., 35/08., 117/08. - nastavno: ZOLJ ili Zakon o ljekarništvu).

o stomatološkoj djelatnosti[20], Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja[21]… Isti status ima i niz općih akata koji nisu zakoni, ali ipak obvezuju, kao npr. različite rezolucije, Kodeks medicinske etike i deontologije[22] i tako redom.

Obzirom na činjenicu da će se naknada štete ((ako dođe do štete i odgovornosti za tu štetu[23]) u pravilu rješavati u parničnom postupku to značenje pravnog izvora ima i Zakon o parničnom postupku[24].

Posebno pravno značenje imaju međunarodni ugovori, koji temeljem Ustava imaju nadzakonsku snagu pod uvjetom ratificiranja i objave, a tu treba posebno (nikako ne i isključivo) spomenuti Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini[25] koja, pored ostaloga, pacijentima jamči i pravo na naknadu štete prouzročene medicinskom intervencijom. Pravni izvor je svakako i Zakon o medijima[26], jer se vrlo često putem medija nanosi nekome šteta, a taj netko može biti i pacijent i liječnik, pri čemu i pacijenti i liječnici, kao i zdravstvena ustanova, mogu biti i oni koji su, uz nakladnika, odgovorni za štetu

Značenje pravnog izvora ima i svaki drugi propis (kako zakonske, tako i podzakonske razine) koji se, bilo izravno bilo neizravno, bavi pitanjima medicine i odgovornosti.

Ono što je vrlo značajno naglasiti je i uloga znanosti[27] (koja djeluje SAMO

---

20 Zakon o stomatološkoj djelatnosti (»Narodne novine«, br. 121/03., 117/08., 120/09. - nastavno: ZOSD ili Zakon o stomatološkoj djelatnosti).

21 Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (»Narodne novine«, br. 144/12.- nastavno: ZOP ili Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja).

22 Kodeks medicinske etike i deontologije (»Narodne novine«, br. 55/08. - nastavno: Kodeks). Postoji i Međunarodni Kodeks medicinske etike iz davne 1945. god. – vidjeti u: Vjekoslav Miličić, Deontologija profesije liječnik, Zagreb, 1996. god., prilog XXIV. Inače, najstarija kodifikacija liječničke etike je, ili se barem smatra se da je najstarija, Hipokratova zakletva iz V. stoljeća prije nove ere (vidjeti tekst u: Vjekoslav Miličić, op. cit., prilog XXIII.).

23 Naime, to što je nastala šteta još ne znači da ima uvjeta i za odgovornost za tu štetu.

24 Zakon o parničnom postupku (SL 4/77., 36/77., 36/80., 69/82., 58/84., 74/87., 57/89., 20/90., 35/91., (»Narodne novine«, br. 26/91., 53/91., 91/92., 112/99., 117/03., 88/05., 2/07., 84/08., 96/08., 123/08., 57/11. i 148/11. – pročišćeni tekst, 25/13. – nastavno: ZPP ili Zakon o parničnom postupku).

25 Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (»Narodne novine«, br. MU 13/03-nastavno: Konvencija).

26 Zakon o medijima (»Narodne novine«, br. 59/04., 84/11., 81/13. – nastavno: ZOM ili Zakon o medijima)

27 Namjerno se nismo (ni izrijekom ni neizravno ni po naravi stvari) ograničili na pravnu znanost, kako se to prilično uobičajeno radi i kod nas i u inozemstvu. Tako smo postupili zato što je baš na području odgovornosti za štetu i same štete jasna povezanost i međuovisnost pravne i medicinske znanosti (npr. baš medicina daje

I ISKLJUČIVO snagom argumenta) kao (makar i neformalnog) izvora prava *sui generis*, poglavito u slučaju pitanja kao što je tumačenje u pravu, a koje je neka vrsta pravne stečevine uopće, dakle (uvjetno rečeno) iznad svake konkretne pravne norme, na neki način i iznad ograničenja koja predstavljaju granice država i regija. Međutim, specifično baš za zdravstveno ili medicinsko pravo uopće, pa tako i pitanje odgovornosti liječnika, pravni izvor je svakako i medicinska znanost, na koju se sve relevantne pravne norme izravno ili neizravno pozivaju. Iako se ne vodi neka služena statistika broja znanstvenih članaka iz područja medicinskog prava domaćih autora i svih autora u domaćim tiskovinama uključujući i zbornike sa raznih tematskih 8medicinskopravnih) savjetovanja, pri čemu tu istaknuto mjesto svakako zauzima novija praksa interdisciplinarnih specijalističkih savjetovanja liječnika i pravnika[28]. Glede tumačenja (koje je potpuno nezasluženo negdje na rubu interes javnosti, treba naglasiti kako je apsolutno u prvom planu ono ciljno li teleološko tumačenje, tumačenje koje pod određenim uvjetima dopušta čak i odstupanje od značenja koja se postiže onim jezičnim. **Ciljna (teleološka) metoda** tumačenja je inače metoda kojom se ispituje uloga pravne norme u društvu i zaključuje da je njeno pravo značenje u određenom pravnom odnosu ono značenje koje najbolje izražava vladajuće društvene ciljeve. Upravo ciljna metoda se (kako smo već naglasili) smatra odlučnom u svim onim slučajevima postojanja više mogućih (vjerojatnih) pravih značenja, pa njena uporaba mora otkriti ono (jedino) pravo značenje te pravne norme. Zbog toga je ciljno tumačenje najvažnije, odlučno i završno u postupku tumačenja (razumijevanja) pravnih normi, a sva druga pravila tumačenja njemu su podređena i njemu služe[29]. Koliko god se trudili ne možemo pronaći drugi ***ratio legis*** **nego osigurati miran i nesmetani rad liječnika bez kojega je nemoguće dati - pružiti pravu uslugu pacijentu**.

odgovor na pitanje je li netko i u kojem trenutku umro, o kakvim se bolovima npr. radi, je li netko ili nije u krvnom srodstvu i ako je odgovor potvrdan kakvo je to srodstvo i dr.). Naravno da nema ograničenja samo na područje medicine i prava, radi se o znanosti uopće, a pojedini njezini dijelovi (pravna znanost uvijek) su za pravne probleme više ili manje bitni, ponekad čak i odlučni.

[28] Tu se posebno ističe Hrvatska liječnička komora, makar postoje i savjetovanja u organizaciji strukovnih udruga pojedinih specijalizacija. Nije kurtoazija naglasiti kako su to savjetovanja čije teme se jako pažljivo biraju nakon pedantnog prikupljanja inicijativa „s terena", još je to izraženije u prikupljanju i analizi odjeka sa prethodnog savjetovanja u vrijeme pripremanja novog. Vjerojatno je i najtočniji i najveći mogući kompliment da je stvarno veliki privilegij biti pozvan napisati rad i izlagati ga na tim savjetovanjima.

[29] Vidjeti tako u: Nikola Visković, Teorija države i prava, Birotehnika, Zagreb, 2001., str. 250., više o tome i u: Oleg Mandić, Sistem i interpretacija prava, Narodne novine, Zagreb, 1971. god., str. 201 i dalje.

Potrebito je naglasiti i ulogu (sudske) prakse kao izvora prava *sui generis*. Pri tome treba naglasiti da sudska (uključujući i ustavnosudsku i upravnosudsku) praksa (za razliku od znanosti) djeluje snagom argumenta (što vrijedi i za znanost), ali i argumentom snage, obzirom na to da viši sudovi imaju ovlast nametnuti svoje pravne stavove nižima. Nažalost, unatoč dosta uloženog truda proces ujednačavanja sudske prakse još uvijek nije, ni približno, na poželjnoj razini, Ponekad djeluje kao da svaki županijski sud vodi svoju politiku kao da je vrhovni sud na županijskoj razini, a radi pravnog okvira koji jako otežava pristup Vrhovnom sudu Republike Hrvatske praktično je onemogućeno ostvarivanje Ustavom određene uloge suda koji je nadležan i dužan ujednačavati sudsku praksu[30]. Nešto slično vrijedi i u odnosu na to što pozitivno pravo dopušta da Ustavni sud Republike Hrvatske (kao sud *sui generis*) kontrolira odluke Vrhovnog suda Republike Hrvatske (a ne događa se obrnuto) što je na neki način *contradictio in adiecto* ako se radi o najvišem sudu.

Poseban status, kao i za ostale države članice EU uopće različiti akti koji čine ono što se obično naziva europska pravna stečevina ili ***acquis communautaire*** i unutar toga posebno razna načela, od legitimnog očekivanja[31] pa do razmjernosti[32], koja su već u i te kako intenzivnoj uporabi i na Ustavnom sudu Republike Hrvatske slijedom prakse Europskog suda za ljudska prava[33], što bi posljedično moralo značiti (sa manjim ili većim vremenskim odmakom) i širenje te prakse na sve sudove).

III POSTAVLJANJE I ANALIZA (PROBLEMA)

III.1. UVODNO – OPĆENITO

Mnogo puta smo već analizirajući pravni položaj liječnika izrijekom naglasili kako je to školski primjer velike nepravde prema onima (liječnicima) koji obnašaju iznimno humanističku, nesebičnu i visokostručnu ulogu i pri tome imaju jako skučen manevarski prostor za bilo što što barem malo

---

[30] Članak 119. stavak prvi glasi*: Vrhovni sud Republike Hrvatske, kao najviši sud,* ***osigurava jedinstvenu primjenu prava i ravnopravnost svih u njegovoj primjeni.***

[31] Miroslav Šeparović, Imovinskopravni aspekti legitimnih očekivanja, HPR broj 3/2011., str. 11.-22.. Vidjeti detaljni komentar jedne odluke tog sadržaja u: Hrvoje Kačer, O povredi prava legitimnog očekivanja, PIP 10/2009., str. 24.-28.

[32] Snježana Bagić, Načelo razmjernosti u praksi europskih sudova i njegov utjecaj na praksu sudova u Hrvatskoj, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, prosinac 2013., doktorska disertacija, 527 stranica).

[33] Jasna Omejec, Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u praksi Europskog suda za ljudska prava – STRASBOURŠKI ACQUIS, drugo i dopunjeno izdanje, Novi informator, Zagreb, 2014. (1552 stranice).

relativizira položaj apsolutno podređen pacijentu[34] koji načelno može i smije sve, a ne mora baš ništa[35]. Potpuno sigurno nije pretjerana (nego jako realna) jedna već poznata „sličica" koja prikazuje operacijsku salu u čijoj sredini su pacijent i liječnik (sa svojim timom) dok u četiri kuta prostorije „dežuraju" redom: policajac, državni odvjetnik, detektiv (angažiran od strane pacijenta i/ili pacijentove obitelji) i odvjetnik koju nudi svoju vizit- kartu i pomoć u slučaju „napada" prethodno navedenih. Začuđuje što je čak i pravni položaj medicinske sestre (koji inače sigurno nije dobar) je, objektivno, bolji u usporedbi sa onim liječnika, zato jer ima zakonsko pravo odbiti izvršenje naloga sukladno čl. 21. Zakona o sestrinstvu koji glasi:

Medicinska sestra nije odgovorna za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potrebni pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne zdravstvene njege.

U slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka iz stavka 1. ovoga članka medicinska sestra obvezna je odmah pisano izvijestiti nadređenu osobu.

Prima facie će se u pravilu kada se uspoređuje položaj liječnika i sestara (ili bilo koga drugog) uspoređivati iznosi plaća (ali ne i potrebnih godina školovanja i s tim skopčanih odricanja da bi se postalo liječnik odnosno medicinska sestra)[36] i na tom temelju izvoditi zaključke, što uvijek završi na štetu liječnika. Tako je npr. uobičajeno kao plaća nazivati i naknadu za dežurstva i uopće prekovremeni rad, ponekad se čak prikazuje brutto plaća bez naglašavanja da to nije netto nego brutto plaća, a razlika je stvarno velika.

Naravno, da bi mogli pravilno izvoditi zaključke potrebno je ukazati na barem osnovno o šteti i odgovornosti, te se potom fokusirati na ono ključno, a to je (eventualna) krivnja liječnika skopčana sa standardom dužne pažnje.

---

[34] Jedan dobar primjer toga je tzv. priziv savjesti koji jest pravo liječnika, ali pravo koje se u svojoj biti u praksi jako opstruira i politizira.

[35] Iako je točno da je jedna od temeljnih postavki propisa koji se pripremaju da pacijent uz prava dobije i obveze veliko je pitanje što će od toga na kraju i biti ostvareno.

[36] Godina dulje trajanje studija od gotovo svih drugih studija, zatim specijalizacija, da o stvarno nakaradnim kriterijima oko obveze vraćanja kredita odobrenih za specijalizaciju (ključni problem je što to ne financiraju poslodavci nego HZZO koji im je zajednički, a unatoč tome kada liječnik odluči otići u drugi grad ili samo kod drugog poslodavca i to HZZO odobri, nakon toga slijedi tužba i sudske presude sa milijunskim iznosima uvećanim za kamatu, a u koja su uključena i sva porezna i slična davanja, tako da proizlazi da država, nažalost, na ovakvim stvarima objektivno zarađuje).

III.2. ODGOVORNOST ZA ŠTETU

III.2.1. OPĆENITO

Šteta je jedna od ključnih pojmova, ključnih pravnih instituta uređenih u Zakonu o obveznim odnosima i to baš u čl. 1046. koji glasi:

Šteta je umanjenje nečije imovine (obična šteta), spriječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta).

Navedeni čl. 1046. nije moguće tumačiti bez čl. 19. istog zakona koji glasi:

(1) Svaka fizička i pravna osoba ima pravo na zaštitu svojih prava osobnosti pod pretpostavkama utvrđenim zakonom.

(2) Pod pravima osobnosti u smislu ovoga Zakona razumijevaju se prava na život, tjelesno i duševno zdravlje, ugled, čast, dostojanstvo, ime, privatnost osobnog i obiteljskog života, slobodu i dr.

(3) Pravna osoba ima sva navedena prava osobnosti osim onih vezanih uz biološku bit fizičke osobe, a osobito pravo na ugled i dobar glas, čast, ime, odnosno tvrtku, poslovnu tajnu, slobodu privređivanja i dr.

Šteta može biti imovinska i neimovinska[37] šteta, može biti obična šteta i izmakla korist, a uvijek se nadoknađuje pod uvjetima ili pretpostavkama propisanim zakonom. U osnovi, dijeli se ili razlikuje tzv. objektivna ili kauzalna odgovornost ili odgovornost bez krivnje i odgovornost sa krivnjom ili kulpozna odgovornost[38].

Naš zakonodavac nije definirao vrste krivnje (*dolus i*li namjera, nepažnja ili *culpa*, uz daljnju poddiobu na direktnu i eventualnu namjeru ili nakanu i krajnju i običnu nepažnju) ali je zato (za razliku od ranijeg istoimenog propisa) odredio opći pojam krivnje u čl. 1049. Zakona o obveznim odnosima koji glasi:

Krivnja postoji kada je štetnik prouzročio štetu namjerno ili nepažnjom

Naš zakonodavac je prihvatio načelo presumirane ili predmnjevane krivnje, pri čemu je prihvatio stav sudske praske prema kojemu se to odnosi na najblaži oblik krivnje. Pravilo je da je za odgovornost dostatan i taj najblaži stupanj

---

37 U prethodnom propisu se današnja neimovinska šteta nazivala nematerijalna šteta.

38 Vidjeti više u: Martin Vedriš – Petar Klarić, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2000. god., str. 570. i dalje, Ivo Grbin, Pretpostavke odgovornosti za štetu i odgovornost po osnovi krivnje, Naša zakonitost, br. 9-10/1987., Hrvoje Kačer, Ante Perkušić, u: Vilim Gorenc et alt., Komentar zakona o obveznim odnosima, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005., str. 1604. i dalje, Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, PRAVO 50, Organizator, Zagreb, 2006., str. 703. i dalje, Hrvoje Kačer – Aldo Radolović – Zvonimir Slakoper, Zakon o obveznim odnosima s komentarom, Poslovni zbornik d.o.o., Zagreb, 2006., str. 915. i dalje, Grupa autora u zborniku Odgovornost za štetu, Inženjerski biro d.d., Zagreb, 2004. god., Naknada štete u primjeni novog Zakona o obveznim odnosima, Jakša Barbić i dr. (opća redakcija Petar Klarić), Narodne novine, Zagreb, 2005. god.

krivnje, makar (ali kao iznimka koja mora biti posebno propisana) postoje i iznimke u kojima se zahtijeva (da bi do odgovornosti došlo) viši stupanj krivnje[39]. Opće pravilo o predmnjevi je propisano u čl. 1045. st. 2. ZOO koji glasi:

(2*) Predmnijeva se obična nepažnja.*

III.2.2. UVJETI ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU

Prouzročenje štete je jedan od izvora (čl. 20. ZOO) nastanka obveza uopće, pa tako i obveze na naknadu štete (čl. 1045. -1110. ZOO. Već načelnim odredbama (čl. 8. ZOO) propisana je dužnost svake osobe uzdržati se od postupaka kojima se može drugome prouzročiti šteta[40], a ukoliko tako ne postupi, svatko je dužan naknaditi tako prouzročenu štetu (čl 1045. ZOO). Prouzročenje štete spada u oblik izvanugovornih obveza koji se najčešće javlja u praksi, a ista nastaje već nastupom činjenica za koje pravni poredak veže nastup obveznog odnosa, neovisno o stranačkoj volji. Do štete, međutim, može doći i u okolnostima kada se povrijedi ugovorna obveza (u tom slučaju pored uvjeta ili pretpostavki za izvanugovornu odgovornost mora postojati i ugovor i kršenje toga ugovora[41]). Načelnom odredbom (čl. 9. ZOO) propisano je da su sudionici u obveznom odnosu dužni ispuniti svoju obvezu, te da su odgovorni za njezino neispunjenje. Kada dužnik ne ispuni obvezu ili zakasni s njezinim ispunjenjem, vjerovnik ima pravo zahtijevati i popravljanje štete koju je zbog tog pretrpio (članak 342. ZOO).

Odgovornost za štetu je takav obveznopravni odnos u kojem je jedna strana dužna popraviti prouzročenu štetu drugoj strani, a druga je strana ovlaštena zahtijevati takav popravak[42]. Odgovornost za štetu nastaje pod pretpostavkom da je osoba odgovorna za štetu (štetnik) počinila protupravnu štetnu radnju zbog koje je nastala šteta osobi koja traži popravak štete (oštećenik) i ako postoji uzročna veza između štetne radnje i štete kao posljedice. Sve

---

[39] Npr. regres Republike Hrvatske prema sucu ili službeniku koji svojim nezakonitim postupkom nanese štetu trećoj osobi je uvjetovan time da je sudac ili službenik postupao s namjerom ili krajnjom nepažnjom.

[40] Bitno je ukazati kako je i na medicinsko pravo (makar tamo ne stoje nikakve obveze pacijenta) moguće (po nama i nužno) primijeniti članak 1092. stavak prvi Zakona o obveznim odnosima koji glasi: *Oštećenik koji je pridonio da šteta nastane ili da bude veća nego što bi inače bila ima pravo samo na razmjerno sniženu naknadu.*

[41] A to kršenje ugovora je stvarno nešto što odgovara protupravnosti.

[42] Martin Vedriš, Petar Klarić, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2006. god. str. 583..

navedene **pretpostavke moraju biti ispunjene kumulativno**[43]. Pretpostavke odgovornosti za štetu su kako slijedi:

a) subjekti odgovornosti za štetu,
b) štetna radnja štetnika,
c) šteta,
d) uzročna veza između štetne radnje i štete ili kauzalni neksus i
e) protupravnost.

AD a) Subjekti obveznog odnosa odgovornosti za štetu (i ugovornog i izvanugovornog) mogu biti fizičke ili naravne[44] i pravne osobe (članak 16. ZOO). Za štetu načelno odgovara osoba koja je uzrokovala štetu (štetnik), uz određene iznimke u kojima se razlikuju štetnik i odgovorna osoba. Oštećenik je svaka fizička ili naravna osoba koja trpi štetu. **U odnosu na predmet ovog rada potencijalni štetnik bi bio liječnik (i poslodavac koji odgovara za liječnika), dok bi oštećenik bio pacijent, moguće i članovi obitelji pacijenta. Samo iznimno krug oštećenika bi se mogao dalje širiti, npr. na pacijentovog poslodavca.**

AD b) Štetna radnja je svaka radnja, činidba (*commissio*) ili propust (*omissio*) štetnika kojom se oštećeniku nanosi šteta. Javlja se kao građanski delikt i povreda ugovornog odnosa. Obveznopravni odnos mogu povrijediti i dužnik (češće) i vjerovnik (rjeđe) obveznopravnog odnosa. **U odnosu na predmet ovog rada štetna radnja može biti pasivna (propuštanje) i aktivna (činjenje), a lista mogućih propuštanja i činjenja je praktično neograničena.**

AD c) Prethodno smo (pod III.2.1.) prikazali kako definiciju štete, tako i osnovno o krivnji, te pravu osobnosti.

AD d) Da bi došlo do odgovornosti za štetu između štetne radnje i štete mora postojati uzročna veza – *kauzalni neksus*. Šteta se mora javljati baš kao posljedica štetne radnje. Šteta često nastupa kao posljedica više uzroka, pa je u okolnostima svakog slučaja potrebno cijeniti onaj uzrok koji je pravno relevantan. To je, dakle, uzrok koji je tipičan (prema životnom iskustvu ili pravilima struke) za određenu štetnu posljedicu. Prema sudskoj praksi pravno relevantni uzrok štete je onaj štetni događaj čijem redovitom učinku odgovara konkretna šteta (to, naravno, ne isključuje onaj atipični slučaj u kojemu se ne radi o redovitom učinku, ali ako je više uzroka, to će biti teško dokazati). Na oštećeniku je uvijek teret dokaza glede uzročne veze, jer se ista ne predmnijeva

[43] Hrvoje Kačer, Ante Perkušić u: Vilim Gorenc et alt., Zakon o obveznim odnosima s komentarom, RRIF plus, Zagreb, 2005. god., str. 1605.

[44] Nažalost, u ZOO se nije uspjelo provesti prijedlog radne skupine za uvođenje (makar i kao alternativnog) naziva naravna osoba (sukladno nekim stranim rješenjima: *nature person, naturliche Person*) umjesto ili uz naziv fizička osoba.

(osim kod opasne stvari i opasne djelatnosti gdje je to postavljeno drukčije, a nije isključeno da se djelovanje u jedinicama intenzivne medicine tumači kao opasan djelatnost ili ono sa čim se radi kao opasna stvar. **U odnosu na predmet ovog rada kauzalni neksus može postojati uvijek kada tretman nije uspio (a mogao je i uspjeti) i to je vrlo izgledno u uzročno posljedičnoj vezi sa nečijom smrti, ali ako i preživi sa povredom prava osobnosti jer liječenje nije uspjelo (a moglo je). U slučaju da se prihvati koncepcija opasne djelatnosti i opasne stvari za liječnike prijeti gotovo pa katastrofa, dakle daljnje pogoršanje i bez toga loše pravne situacije. Da sve bude jasnije treba navesti da postoji recentna praksa Ustavnog suda Republike Hrvatske koja priznaje (ne kao pravilo, ali kao mogućnost) objektivnu odgovornost u medicini[45], a postojala je i inicijativa pred Europskom komisijom da se za sve profesionalne djelatnosti uvede objektivna odgovornost – tko može jamčiti da se takva koncepcija koja nekima jako odgovara neće ponoviti, možda i sa drukčijim ishodom.**

Inače članci Zakona o obveznim odnosima o objektivnoj odgovornosti glase:

Odsjek 4.

ODGOVORNOST ZA ŠTETU OD OPASNE STVARI ILI OPASNE DJELATNOSTI

1. Opće odredbe

Predmnjeva uzročnosti

Članak 1063.

Šteta nastala u vezi s opasnom stvari, odnosno opasnom djelatnošću smatra se da potječe od te stvari, odnosno djelatnosti, osim ako se dokaže da one nisu bile uzrok štete.

Tko odgovara za štetu

Članak 1064.

Za štetu od opasne stvari odgovara njezin vlasnik, a za štetu od opasne djelatnosti odgovara osoba koja se njome bavi.

Protupravno oduzimanje opasne stvari od vlasnika

Članak 1065.

Ako je vlasniku oduzeta opasna stvar na protupravan način, za štetu koja od nje potječe ne odgovara on, nego onaj koji mu je oduzeo opasnu stvar, ako vlasnik nije za to odgovoran.

Predaja stvari trećoj osobi

Članak 1066.

---

[45] Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 / 2008., str. 35.-40

(1) Umjesto vlasnika stvari, i isto kao on, odgovara osoba kojoj je vlasnik povjerio stvar da se njome služi ili osoba koja je inače dužna da je nadgleda a nije kod njega na radu.

(2) Ali će pored nje odgovarati i vlasnik stvari ako je šteta proizašla iz neke skrivene mane ili skrivenog svojstva stvari na koje joj nije skrenuo pozornost.

(3) U tom slučaju odgovorna osoba koja je isplatila naknadu oštećeniku ima pravo zahtijevati cijeli njezin iznos od vlasnika.

(4) Vlasnik opasne stvari koji ju je povjerio osobi koja nije osposobljena ili nije ovlaštena njome rukovati odgovara za štetu koja potekne od te stvari.

Oslobođenje od odgovornosti

Članak 1067.

(1) Vlasnik se oslobađa odgovornosti ako dokaže da šteta potječe ***od nekog nepredvidivog uzroka koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti****.*

(2) Vlasnik stvari oslobađa se odgovornosti i ako dokaže da je šteta nastala isključivo radnjom oštećenika ***ili treće osobe, koju on nije mogao predvidjeti i čije posljedice nije mogao ni izbjeći, ni otkloniti.***

(3) Vlasnik se oslobađa odgovornosti djelomično ako je oštećenik djelomično pridonio nastanku štete.

(4) Ako je nastanku štete djelomično pridonijela treća osoba, ona odgovara oštećeniku solidarno s vlasnikom stvari, a dužna je snositi naknadu razmjerno težini svoje krivnje.

(5) Osoba kojom se vlasnik poslužio pri uporabi stvari ne smatra se trećom osobom.

Razvidno je kako **nema definicije ni opasne stvari ni opasne djelatnosti,** pa je sve prepušteno sudskoj praksi, a to u kontinentalno europskom pravnom sustavu (kojem i mi pripadamo) nije baš najbolje za pravnu sigurnost i vladavinu prava. Liječnici mogu samo čekati i strahovati hoće li se jednom (i kada, a ne smijemo zaboraviti da promjena sudske prakse po naravi stvari djeluje retroaktivno, znači nije se za to moguće pripremiti) promijeniti sudska praksa, naravno na njihovu štetu. Za one koji o ovoj mogućnosti ne promišljaju savjetujemo neka zamisle svoj slučaj sa objektivnom odgovornošću i vide koliko se iz tih „ralja" teško izvući (nepredvidivi uzrok koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti – **ovo je definicija onog što se zove viša sila ili *vis maior***, radnjom oštećenika ili treće osobe, koju on nije mogao predvidjeti i čije posljedice nije mogao ni izbjeći, ni otkloniti – **ovo se na primjeru pacijenta gotovo nikada neće dogoditi).**

AD e) O protupravnosti govorimo kada je povrijeđena neka pravna norma. Pri tome nije riječ samo o normama građanskog prava, jer i ponašanje

suprotno normama drugih pravnih područja može dovesti do štete. Da bi došlo do odgovornosti za štetu, nije potrebno da pravna norma, koja je u pojedinom slučaju povrijeđena, izričito predviđa odgovornost za štetu, jer je to propisano već općim odredbama. Isto tako u okolnostima protupravnog ponašanja s kojim u uzročno - posljedičnoj vezi nije nastupila šteta, neće biti ispunjene pretpostavke odgovornosti za štetu. Osoba koja je povrijedila pravnu normu može odgovarati npr. kazneno ili za prekršaj, ali kako u pravno relevantnoj uzročno posljedičnoj vezi s njegovim postupanjem nije nastupila šteta (njegovim postupanjem nije povrijeđeno subjektivno pravo ili pravom zaštićeni interes druge osobe), neće biti ostvarene pretpostavke odgovornosti za štetu.

Da li u pojedinom slučaju postoji protupravnost kao pretpostavka odgovornosti za štetu, ocjenjuje se ovisno o tome traže li se za protupravnost samo objektivni ili subjektivni elementi protupravnosti. Kad se kod protupravnosti traže samo objektivni elementi, od odlučnog značaja je činjenica da je štetnik svojim postupanjem povrijedio normu objektivnog prava, dok je odnos počinitelja prema radnji i nanesenoj šteti irelevantan. Subjektivni elementi protupravnosti izražavaju se krivnjom počinitelja. U ovom slučaju nije dovoljna činjenica da je štetnik svojim postupanjem povrijedio normu objektivnog prava, već se zahtijeva i određeni stupanj štetnikove krivnje. Dodatno, treba posebno ukazati na to da je protupravnost već i odstupanje od potrebnog standarda postupanja (što je izuzetno teško pitanje).

Posebno su predviđeni izuzeci kada se, unatoč postojanja protupravnosti odgovornost za štetu modificira ili se protupravnost isključuje. To su slučajevi: nužne obrane i stanja nužde (čl. 1052. ZOO), dopuštene samopomoći (čl.1053. ZOO) i pristanak oštećenika (čl. 1054. ZOO).

Zaključno, treba naglasiti da tražbina naknade štete zastarijeva prema općim pravilima u nedostatku onih posebnih, a **zastarom se ne gubi pravo, nego samo zahtjev.**

U odnosu na predmet ovog rada, ako pođemo od subjektivne odgovornosti rješenje se nalazi u tome je li se liječnik ponašao u skladu sa standardom dužne pažnje iz članka 1o.stavak drugi Zakona o obveznim odnosima koji glasi:

(1) Sudionik u obveznom odnosu dužan je u ispunjavanju svoje obveze postupati s pažnjom koja se u pravnom prometu zahtijeva u odgovarajućoj vrsti obveznih odnosa (pažnja dobrog gospodarstvenika, odnosno pažnja dobrog domaćina).

(2) Sudionik u obveznom odnosu dužan je u ispunjavanju obveze ***iz svoje profesionalne djelatnosti postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka).***

(3) Sudionik u obveznom odnosu dužan je u ostvarivanju svog prava suzdržati se od postupka kojim bi se otežalo ispunjenje obveze drugog sudionika.

Iznimno je značajno što se krivnja (najblaži oblik, ali to i nije posebno značajno jer se jako rijetko traži viši stupanj krivnje[46]) predmnjeva, što znači da liječnik mora dokazati da nije kriv, a pacijent (koji nema nikakvih obveza, formalno ima samo prava) na planu krivnje ne mora dokazati baš ništa. .

U praksi se događaju gotovo nevjerojatne stvari, u pravilu po scenariju kako slijedi:

-u mnogim nesretnim događajima (uz puni pijetet prema oštećeniku postojanje štete još uvijek ne znači i da je netko, a posebno liječnik, za nju odgovoran) koji izazovu pozornost javnosti (a to opet diktiraju mediji) u najvećoj brzini se obave privođenje, istražne radnje i optužnica, a mediji se „pobrinu" da samom liječniku za tijeka postupka život postane nemoguć;

-ukoliko je stanje spisa za liječnika povoljno dinamika se odjednom „izgubi" i nikome se više ne žuri, ali nitko ni ne pomišlja odustati od postupka;

-medijska izvješća su, najčešće ili barem vrlo često, jako selektivna i u prvi plan stavljaju ono otegotno, a u zadnji plan ono povoljno za liječnika, pa je tako osuđujuća prvostupanjska odluka često na naslovnici i u najavama slijedećeg broja tiskovine, a eventualna oslobađajuća ili ukidajuća odluka žalbenog suda se ni ne spomene ili se jedva (malim slovima) spomene (najparadoksalnije je kada dođe do zastare baš zato jer u spisu liječnik „dobro stoji" – to se opisuje kao nešto što je dokazanog krivca spasilo inače sigurne zatvorske kazne);

-ako liječnik ne izgubi posao (a i to je lako moguće i bez osuđujuće presude sigurno mu je, ako ne uskraćeno, onda barem jako otežano napredovanje, a kako postupci najčešće traju i više od 10 godina onda liječnik stvarno jako dugo trpi.

Da ne bi bilo dvojbe jesu li ovakvi scenariji stvarno uobičajeni *modus operandi* možemo spomenuti samo dva poznata „splitska" slučaja (po zakonima velikih brojeva to je nažalost samo kap u moru sličnih događaja), u oba je do pravomoćne (oslobađajuće) odluke za liječnike bilo potrebno više od 15 godina tijekom kojih su medijski bili „razapeti". Nitko nikad nije objavio da je npr. kazneni sud odluku od odbacivanju kaznene prijave „zaboravio" dostaviti oštećeniku, koji je tako nakon punih 5 godina od odbačaja prijave (što su mediji inače strašno kritički „dočekali" kao očito pogodovanje liječniku) preuzeo kazneni progon, baš u vrijeme koje koincidira sa pokretanjem parničnog postupka radi naknade štete (a nije isto voditi parnični postupak ako se ne vodi kazneni postupak i ako se vodi, neovisno o kasnijoj kaznenoj presudi). O pravomoćnoj odluci u medijima se čulo malo, gotovo ni malo. Liječnik je pravomoćnost

[46] Primjer je regres poslodavca.

dočekao u mirovini, pokušavajući vjerojatno povjerovati u to da je pravda spora, ali dostižna. Drugi liječnik, jedan od heroja Domovinskog rata, 15 godina je bio procesuiran po nekoj vrsti zapovjedne odgovornosti anesteziologa za tehničara. Zapovjedna odgovornost nije nepoznata, nije neopravdana, ali da je anesteziolog optužen, a tehničar koji prizna pogrešku ne (a takva je naravno i medijska pozornost) ipak djeluje kao *science fiction*, naravno opet zar bi moglo drukčije ?) na štetu liječnika.

U jedinicama intenzivne medicine se u pravilu radi bez prevelikog vremena na raspolaganju za konzultacije i promjene odluka, sa jedne strane postoji žurba, sa druge jako ozbiljno stanje pacijenta koji često ili ne komunicira ili otežano komunicira. To po naravi stvar usložava postupanje liječnika, pa posebno i postizanje informiranog pristanka. Naravno da postoje i norme za slučaj pacijenta koji ne komunicira, ali notorno je koliko je to često jako teško dokazati u postupku i je li ili nije bilo opravdano čekati ili ne čekati (a nešto od toga se mora dogoditi po aktivnoj odluci ili pasivnosti liječnika koja je također neka vrsta odluke). Liječnik je u obvezi poštovati dužni standard pažnje profesionalca (pažnja dobrog stručnjaka bez ikakvog barem „signala" što jer to dobar stručnjak i što učiniti ako se sa nekim područjem, barem kod nas, bavi samo jedan čovjek – je li to onda njegova pažnja ili nešto drugo), a okolnosti su najčešće sve samo ne idealne. Zbog naravi stvari često će se raditi o timskom radu koji je samo naizgled lakši za liječnika (po kriteriju odgovornosti). Naime, iako bi bilo za očekivati da se timskim radom podijeli i odgovornost, Zakon o obveznim odnosima propisuje u čl. 1107. potpuno obrnuto. Taj članak glasi:

(1) Za štetu koju je više osoba prouzročilo zajedno svi sudionici odgovaraju solidarno.

(2) Poticatelj i pomagatelj te onaj koji je pomagao da se odgovorne osobe ne otkriju odgovaraju solidarno s njima.

(3) Solidarno odgovaraju za prouzročenu štetu i osobe koje su je uzrokovale radeći nezavisno jedna od druge, ako se ne mogu utvrditi njihovi udjeli u nastaloj šteti.

(4) Kad je nedvojbeno da je štetu prouzročila neka od dviju ili više određenih osoba koje su na neki način međusobno povezane, a ne može se utvrditi koja je od njih štetu prouzročila, te osobe odgovaraju solidarno.

Jasno se vidi svakome, čak i bez ikakvog pravničkog znanja i vještina, da zakonodavac svjesno ili nesvjesno diskvalificira timski rad, a baš timski rad je nešto što je u medicini praktično u pravilu *condicio sine qua non.* Kada zamislimo tim koji djeluje jasno je da će liječnik po zapovjednoj odgovornosti (a najčešće nema utjecaja na odabir tima kojeg zapošljava netko drugi, ponekad

po kriterijima koji i nemaju baš veze sa strukom. Kada ovaj članak povežemo sa onim o regresu poslodavca, svaki ambiciozni i jako kvalitetan liječnik (a takve bi morali čuvati kao „malo vode na dlanu“) ima razloga strahovati. Taj članak (1061.) glasi:

(1) Za štetu koju zaposlenik u radu ili u svezi s radom prouzroči trećoj osobi odgovara poslodavac kod kojega je radnik radio u trenutku prouzročenja štete, osim ako dokaže da su postojali razlozi koji isključuju odgovornost zaposlenika.

(2) Oštećenik ima pravo zahtijevati popravljanje štete i neposredno od zaposlenika ako je štetu prouzročio namjerno.

(3) Poslodavac koji je oštećeniku popravio štetu ima pravo zahtijevati od zaposlenika naknadu troškova popravljanja štete, ako je ovaj štetu prouzročio namjerno ili iz krajnje nepažnje.

(4) Pravo iz stavka 3. ovoga članka zastarijeva u roku od šest mjeseci od dana kad je šteta popravljena.

Da ne bi bilo dvojbe, zamislimo vrhunskog liječnika koji ode (često na potpuno volonterskoj osnovi) u drugu bolnicu kako bi primjerom na jednoj ili više operacija educirao tamošnje liječnike koji eventualno asistiraju pri zahvatu. Ako se nešto iskomplicira i pođe po zlu naš vrhunski liječnik ima prijetnju solidarne odgovornosti (jer je bilo više osoba kao što ih u timu uvijek ima) u odnosu na iznos štete koji može biti praktično neograničen. Naravno da je pitanje hoće li uopće doći do odgovornosti poslodavca, ali što se više ide prema objektivnoj odgovornosti (a ide se) veća je i mogućnost da tuženik izgubi parnicu. Ako znamo da postoje jako velike teškoće i razlike između normi i prakse kod specijalizanata i specijalista i posebno prvog samostalnog zahvata, ako znamo da do vremena kada se postavlja pitanje prava na regres prođe mnogo vremena i vjerojatno nova uprava koja odlučuje, ima razloga za strah. Sada treba postaviti i tzv. pitanje za milijun dolara – tko je od naših najvećih autoriteta (a oni su stvarno lijep primjer edukacije onih koji dolaze) uopće se osigura do ovakvih situacija i je li bolnica u kojoj „gostuje“ ikoga na to upozorila. Naravno da nije, naravno da u pravilu neće doći ni do uvjeta za regres (gruba nepažnja ili namjera), ali je sve to slaba utjeha za onoga kome se takva nesreća dogodi. Za one koji misle da je ovo samo teorija želimo samo upozoriti da u našem pravu nije dostatno znati pravne norme jer se stvari mijenjaju (pa i dramatično) jednostavnom promjenom sudske prakse. Tko je do prije nekoliko godina uopće (ozbiljno) razmišljao o objektivnoj odgovornosti u medicini, a danas imamo već niz presuda sa pravnim stavom o objektivnoj odgovornosti[47], i to za štete koje su nastale prije mnogo godina (naravno nakon 01.01.2006. kao dana stupanja na snagu Zakona o obveznim

[47] Vidjeti i bilješku broj 47. ovog rada

odnosima ako se radi o tom zakonu, ali upozoravamo da je slično rješenje postojalo i u prethodnom istoimenom zakonu koji datira još iz 1978. god.

Izgleda nam potpuno sigurno da je osnovana teza prema kojoj je u jedinicama intenzivne medicine upravo liječnik najbolji zaštitnik interesa i prava pacijenta. To je tako posebnmo iz jednostavnog razloga što u prigodi zahvata i uopće postupanja na tim odjelima nitko treći jednostavno nema (ili je ta mogućnost stvarno minimalna) mogućnosti reakcije. Sa druge strane je upravo liječnik objektivno najzainteresiraniji da pacijentu bude pomognuto, bilo da ozdravi (potpuno ili djelomično) bio da se spriječi daljnje pogoršanje, što stvarno nitko ne može negirati. Iz svega iznesenoga proizlazi kako liječnik postojećim pravnim okvirom nije potaknut izaći izvan okvira defanzivne medicine, a notorno je da defanzivnost nije put prema maksimalno kvalitetnoj usluzi, posebno ako se radi o težim stanjima koja su nekako (po naravi stvari) svojstvena jedinicama intenzivne medicine. Tako nešto nije u konačnici dobro ni za pacijente, a navodno se baš njih time štiti ili barem kani štititi pogoršanjem pravnog položaja liječnika.

Da bi se liječnika (ali posljedično i poslodavca, dakle objedinjeno davatelje usluge) u određenoj mjeri „oslobodilo" potrebno je tome prilagoditi postojeći pravni okvir odgovornosti liječnika. Pomaci bi trebali biti učinjeni tako da se u specijalnim zakonima naprave odgovarajuća odstupanja od Zakona o obveznim odnosima. Tako bi bilo moguće isključiti predmnjevanu krivnju, ako ne u medicini uopće barem kod situacija kao što su pacijenti u jedinicama intenzivne medicine. Bilo bi moguće obvezati poslodavca na posebne police osiguranja od profesionalne odgovornosti kod situacija kao što su pacijenti u jedinicama intenzivne medicine. Konačno, trebalo bi vrlo jasno zakonom zabraniti medijska „razvlačenje" medicinskih parnica odnosno postupaka proglašavajući podatke (osim osnovnih, dakle da teče postupak, da je donesena odluka) tajnima i strogim kažnjavanjem kršenja tih pravila. Naravno da lista poboljšica nije taksativna i da podliježe posebnoj analizi, ali osnovno i notorno je da je pravi položaj liječnika uopće, posebno i onih u jedinicama intenzivne medicine loš i da rad na poboljšicama mora početi ODMAH.

IV ZAKLJUČAK

Svaku, baš svaku pravnu normu se mora tumačiti isključivo u kontekstu konkretnog i vremena i prostora. *Per analogiam* se to odnosi i na kontekst koji dovodi do potrebe za promjenom postojećih normi i/ili donošenje novih. Aktualni trenutak u Republici Hvatskoj je vjerojatno najveća (do sada) kriza glede odlazaka kvalitetnog medicinskog kadra (ne samo liječnika, li posebno i liječnika), vjerojatno u skladu sa onom latinskom ubi bene *ibi patria*. Ne samo

da nije točno nego su velike laži i da se radi samo o problemu plaća (koje bi sigurno morale biti veće) i da nema sredstava da se stanje promijeni. Novca u Republici Hrvatskoj za javne potrebe sigurno ima (konačno sa cijenom samo jednog vojnog zrakoplova bi se mogla čuda učiniti) pitanje je (uvijek) samo prioriteta i (pre)raspodjele. Najgore ili najbolje (ovisno o tome sa čijeg i kojeg aspekta se gleda) je da su najbitnije promjene one koje država nema potrebe uopće platiti. To je jednostavno promjena ozračja u kojemu su liječnici (ne jedini, ali su oni ipak u prvom planu) uvijek unaprijed krivi, uvijek meta za medijsko i drugo iživljavanje, to je promjena pravnog okvira koja nikome (posebno ne pacijentima) neće ništa uzeti, ali će svima (a posebno liječnicima) dati ukidanjem predmnjeve krivnje barem u nekim slučajevima, širenjem područja polica obveznog osiguranja i tako redom. U konačnici, sve to su djelići mozaika koji bi trebao i morao prikazati liječnike (sve, ali ipak donekle posebno one u jedinicama intenzivne medicine) i pacijente kao prijatelje ili partnere *sui generis*, a nikako ne ni kao (bilo sadašnje bilo buduće) neprijatelje koji se gledaju „preko nišana" i time uništavaju suradnju i koegzistenciju koji jamče najbolje moguće dosege u bilo čemu što se radi, pa tako i u liječenju. SAPIENTI SAT !!!!!

POPIS LITERATURE:

Snježana Bagić, Načelo razmjernosti u praksi europskih sudova i njegov utjecaj na praksu sudova u Hrvatskoj, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, prosinac 2013., doktorska disertacija, 527 stranica,

Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, PRAVO 50, Organizator, Zagreb, 2006.,

Ivo Grbin, Pretpostavke odgovornosti za štetu i odgovornost po osnovi krivnje, Naša zakonitost, br. 9-10/1987.,

Grupa autora u zborniku Odgovornost za štetu, Inženjerski biro d.d., Zagreb, 2004. god., Naknada štete u primjeni novog Zakona o obveznim odnosima, Jakša Barbić i dr. (opća redakcija Petar Klarić), Narodne novine, Zagreb, 2005. god.,

Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 / 2008., str. 35.-40,

Hrvoje Kačer, Ante Perkušić, u: Vilim Gorenc et alt., Komentar zakona o obveznim odnosima, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005. str. 1604. i dalje,

Hrvoje Kačer – Aldo Radolović – Zvonimir Slakoper, Zakon o obveznim odnosima s komentarom, Poslovni zbornik d.o.o., Zagreb, 2006., str. 915. i dalje,

Oleg Mandić, Sistem i interpretacija prava, Narodne novine, Zagreb, 1971. god.,

Vjekoslav Miličić, Deontologija profesije liječnik, Zagreb, 1996. god., prilog XXIV, prilog XXIII,

Jasna Omejec, Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u praksi Europskog suda za ljudska prava – STRASBOURŠKI ACQUIS, drugo i dopunjeno izdanje, Novi informator, Zagreb, 2014. (1552 stranice),

Martin Vedriš – Petar Klarić, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2000. god.,
Martin Vedriš, Petar Klarić, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2006. god.,
Nikola Visković, Teorija države i prava, Birotehnika, Zagreb, 2001.god.

SUMMARY

WHO IS A PATIENT LAWYER IN INTENTIVE MEDICINE UNITS

In this article, the author deals with one aspect of the legal position of a physician, and that is exactly in the intensive medicine units. In its essence it is almost an incredible turn from the once complete irresponsibility to the current state in which the doctor seems to be always guilty, unless he can prove the opposite. This is particularly problematic in cases where it is necessary to emphasize the urgent medical response, which is the rule in intensive care units. In considering the potential liability of a physician, the author claims to consider everything in consideration of a really specific situation in intensive care units where practically no one except physicians and medical staff assisted by a physician has the ability (or has less than that otherwise) an effective response. When it is so, when the role of a doctor (still enormous and accentuated) is even greater and even more pronounced then it would be necessary to enable that doctor even to encourage him to do all that is possible. It is noteworthy that the compound "all that is possible" in the valid legal framework is by no means aligned with the offensive and creative medicine, before the school example of encouragement to so-called defensive medicine. This is so because positive Croatian law on the one hand imposes no obligation on the patient but only gives rights (very often completely unrealistic) and places the physician in the position to prove his innocence (instead of the other party proving guilty) in circumstances (which the system obviously supports) in which the public (the media) relentlessly (and with selective disclosure of information) destroy the reputation and honor of the doctor if the individual and the profession to which that doctor belongs. The introduction of the terms b.V. (meaning before Virchow) and a.V. (meaning after Virchow).

Key words: patient, doctor, intensive medicine, responsibility, harm

INFORMIRANA PRIVOLITEV IN PRAVICA PACIENTA DO OBVEŠČENOSTI V ENOTAH INTENZIVNE MEDICINE (S PREGLEDOM EVROPSKE SODNE PRAKSE)

UDK: 614.253.8 (4)
Primljeno: 3. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

Izr. prof. dr. Suzana Kraljić, univ. dipl. prav.
Pravna fakulteta Univerze v Mariboru
suzana.kraljic@um.si

Pojasnilna dolžnost predstavlja danes temeljno zdravnikovo dolžnost napram pacientu. Z njo se omogoča uresničevanje pacientove pravice do obveščenosti in samoodločanja o privolitvi oziroma tudi zavrnitvi medicinskega posega ali zdravstvene oskrbe. Gre za področje medicinskega prava in pacientovih pravic, ki je v zadnjih letih pridobilo na pomenu. Kljub mnogim aktivnostim pa je to področje vedno znova predmet številnih diskusij in polemik, tako na nacionalni kakor tudi mednarodni ravni. Na področju enot intenzivne medicine se namreč zdravniki in drugi zdravstveni delavci srečujejo še z dodatnimi »oteževalnimi okoliščinami« (višja stopnja bolečine, odvisnost od močnih zdravil, trpljenje, koma…). Zaradi tega pridobi področje pojasnilne dolžnosti in informirane privolitve na tem področju še dodaten kompleksnejši značaj.

Ključne besede: informirana privolitev, pravica do obveščenosti, avtonomija.

1. Uvod

Pravica do obveščenosti in sodelovanja (členi 19 do 25 ZPacP) ter pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju (členi 26 do 31 ZPacP) imata danes osrednji pomen pri izvajanju medicinskih postopkov. Sodobni pacient naj bi bil pri uresničevanju svoje pravice do zdravja informiran, osveščen, samostojen in pripravljen sodelovati pri sprejemanju odločitev z zdravnikom, kot temeljnim nosilcem zdravstvene dejavnosti. Delo zdravnikov mora temu posledično temeljiti na štirih temeljnih načelih, in sicer na: načelu spoštovanja pacientove avtonomije, načelu nepovzročanja škode, načelu dobrodelnosti in načelo pravičnosti. Izpolnjevanje vsega navedenega bi bilo optimalno, a žal vedno ni tako. Za potrebe pričujočega prispevka bomo govorili o pomenu pojasnilne dolžnosti in informirani privolitvi na enem izmed posebej občutljivih področij

glede tega, in sicer v enotah intenzivne medicine. Enote intenzivne medicine se povezujejo z nujnim stanjem pri pacientu, ki lahko pomeni pooperativne bolečine, umiranje, nesposobnost pacienta, da samostojno diha, se prehranjuje in za nas pomembno, samostojno prejema zdravnikovo pojasnilno dolžnost in samostojno odloča o svojem (ne)zdravljenju. Zato je uresničevanje pacientove pravice do obveščenosti in odločanja v takšnih okoliščinah (na enotah intenzivne medicine) še toliko bolj občutljivo in terja še dodatne varnostne elemente, da se bo lahko zagotovilo optimalno spoštovanje in uresničevanje njegovih pravic tudi v takšnih izrednih/posebnih okoliščinah. Ravno v teh okoliščinah stopa v ospredje t.i. paternalistični model razmerja med zdravnikom in pacientom, saj bo zdravnik tisti, ki bo morda moral sprejeti ključne odločitve ter pri tem izhajati iz pacientove največje zdravstvene koristi (npr. nujna medicinska pomoč).

2. Pravna izhodišča

Sodobni pravni temelj na področju medicinskega prava predstavlja danes Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine biomedicino[1] (v nadaljevanju: Oviedska konvencija). Dolžnost pojasnilne dolžnosti in pomen prostovoljne privolitve je jasno opredeljena v 1. odst. 5. člena Oviedske konvencije:

»Zdravstveni poseg se sme opraviti šele potem, ko je bila oseba, ki jo to zadeva, o njem poučena in je vanj prostovoljno privolila.

To osebo je treba predhodno ustrezno poučiti o namenu in naravi posega kot tudi o njegovih posledicah in tveganjih.

Oseba, ki jo to zadeva, lahko privolitev kadar koli svobodno prekliče.«

Temu je sledil tudi leta 2008 sprejeti Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP).[2] Vendar ne gre prezreti, da je na področje pojasnilne dolžnosti in informirane privolitve posegla že leta 1991 sprejeta Ustava Republike Slovenije[3] (URS), ki je 2. st. 18. člena določila, da je na človeku prepovedano delati medicinske ali druge znanstvene poskuse brez njegove svobodne privolitve. V 3. odst. 51. člena pa še določa, da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon. Iz navedenega izhaja, da je v bistvo svobodna privolitev v medicinske in druge zdravstvene poskuse povzdignjena v ustavno kategorijo. Torej, izhajajoč iz URS, je prisilno

[1] Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija): Uradni list RS – MP, št. 17/98.

[2] Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Uradni list RS, št. 15/2008.

[3] Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/1991-I; 42/1997; 66/2000; 24/2003; 69/2004; 68/2006; 47/2013; 75/2016.

zdravljenje izrecno ustavno prepovedano. Varovana pravna dobrina sta svoboda in samostojnost odločanja posameznika v zvezi z uvedbo, načinom izvajanja, obsegom, vsebino ali morebitno opustitvijo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, katere naj bi bil oziroma je (lahko) posameznik deležen. Glavni namen ustavnopravnega varstva je zagotoviti polno spoštovanje pacientovega osebnega dostojanstva ter njegove svobodne in samostojne odločitve o zdravljenju. Nujni predpogoj svobodnega in samostojnega odločanja o zdravljenju je zatorej pacientova celovita obveščenost, ki ji ustreza zdravnikova pojasnilna dolžnost. Ta obsega tudi pojasnilo o možnih tveganjih zdravljenja. Le ustrezno informiran pacient lahko uresniči svojo pravico do svobodnega in samostojnega odločanja o zdravljenju.[4]

Kljub temu, da so bile pacientove pravice že zajete v Zakonu o zdravstveni dejavnosti[5] (prim. bivši 47. in 48. člen ZZDej[6]), je šele ZPacP, ki obsega 12 materialnih in 2 procesni pacientovi pravici) leta 2008 prinesel jasne opredelitve in sledenje sodobnim smernicam na tem področju. Pravica do obveščenosti in pojasnilne dolžnosti ter pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju predstavljata danes dva pomembna in trdo povezana stebra sodobne medicine in razmerja med zdravnikom in pacientom.[7] Pri tem ZPacP predstavlja temeljni pravni akt (*lex generalis)*, ki ureja področje pacientove privolitve, a je določbe, ki se nanašajo na pojasnilno dolžnost možno zaslediti tudi v zakonih, ki urejajo posebna področja medicinskega prava (*lex specialis) (*npr. Zakon o nalezljivih boleznih[8], Zakon o preskrbi s krvjo[9], idr.).

3. Informirana privolitev

Doktrina informirane privolitve izvira iz dveh načel, in sicer da ima sposobna oseba pravico, da nadzira, kaj se dogaja z njenim telesom ter da ima zdravnik fiduciarno dolžnost, da pacienta opozori na tveganja, povezana

---

4 VSRS Sodba II Ips 203/2012 z dne 21.3.2013.

5 Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej): Uradni list RS, št. 23/05 UPB; 15/08; 23/08; 58/08; 77/08; 40/12; 14/13; 88/16.

6 Bivši 47. člen ZZDej je med ostalim tudi določal: »*Vsakdo ima pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico:… izvedeti za diagnozo svoje bolezni in za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja; dati soglasje za kakršen koli medicinski poseg in da je predhodno obveščen o vseh možnih metodah diagnosticiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih; odkloniti predlagane medicinske posege;...*« Glej tudi bivši 48. člen ZZDej: »*Brez predhodnega soglasja bolnika se nujni medicinski poseg lahko opravi le, če bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločati.*«

7 Kraljić (2016): str. 306.

8 Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB): Uradni list RS, št. 33/06 UPB.

9 Zakon o preskrbi s krvjo (ZPKrv-1): Uradni list RS, št. 104/06.

z zdravljenjem.[10] Namen informirane privolitve pa je omogočiti pacientu, da oceni in ovrednoti prednosti ter pomanjkljivosti predlaganega medicinskega posega, ter racionalno odloči, ali bo le-tega sprejel ali zavrnil. Pravilna uporaba tega načela namreč na eni strani preprečuje ali zmanjšuje možnost napak, malomarnosti, prisile in prevare, na drugi strani pa spodbuja zdravniško samokritiko. Njegov temeljni namen pa je, da se spodbuja avtonomija pacienta in njegova pravca do samoodločanja.[11] Predpogoj za uresničevanje pacientove avtonomije in s tem pravice do samoodločanja pa je, da mora pacient imeti dovolj informacij in zadostno stopnjo razumevanja, da lahko sprejme svojo odločitev. Izhajajoč iz 1. odst. 20. člena ZPacP ima pacient pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

a) svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razlogu ter posledicah bolezni ali poškodbe;
b) cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega izvajanja medicinskega posega oziroma zdravljenja;
c) možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnosti predlaganega izvajanja medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve;
d) morebitnih drugih možnostih[12], vključno tudi s postopki in načini

[10] Gluck (2001): str. 2.

[11] UNESCO Chair in Bioetics (2003): str. 4.

[12] V primeru *V.C. proti Slovaški (*app. No. 18968/07 z dne 8. november 2011) je prvi primer Evropskega sodišča za človekove pravice (v nadaljevanju: ESČP), v katerem je bilo odločeno v korist romske ženske, ki je bila žrtev prisilne sterilizacije v državni bolnici na Slovaškem. Tožnica je bila med porodom svojega drugega otroka, brez da bi bila popolnoma informirana ali da bi dala privolitev, sterilizirana. Privolitev je namreč podpisala, ko je še imela popadke, pri tem pa ni popolnoma razumela, kaj sterilizacija pomeni in da je ta poseg ireverzibilen. Predtem pa ji je bilo še povedano, da bo v primeru tretje zanositve umrla ona ali otrok. Zaradi sterilizacije in posledično neplodnosti je postala njena zakonska zveza nevzdržna in mož je zahteval razvezo. Tožnica je zaradi tega utrpela fizične in duševne bolečine. ESČP je odločilo, da prisilna sterilizacija pomeni kršitev 3. (prepoved mučenja) in 8. člena Evropske konvencije o človekovih pravicah in temeljnih pravicah (v nadaljevanju: EKČP) (pravica do zasebnega in družinskega življenja) ter zavrnilo navedbo Slovaške, da je šlo za nujni poseg. Sterilizacija namreč ne predstavlja posega, s katerim se rešuje življenje v trenutku njegove izvedbe. Zaradi tega bi bilo potrebno pridobiti za poseg sterilizacije privolitev tožnice. Razen tega pa je bila podane tudi kršitev slovaške zadevne zakonodaje, saj se lahko sterilizacija izvede šele 30 dni od podane privolitve. Prav tako pa bi bilo treba tožnico seznaniti z alternativnimi metodami preprečevanja zanositve (npr. kontracepcijske tablete), s katerimi bi se po mnenju ESČP lahko preprečila ponovna zanositev.

zdravljenja, ki v RS niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Glede obsega informacij, ki naj jih zdravnik posreduje pacientu oziroma po načelu subsidiarnosti drugim osebam, ki lahko odločajo namesto pacienta (nadomestna privolitev), so se oblikovali trije modeli:

a) *standard razumnega zdravnika*: kaj bi o posegu povedal tipični zdravnik? Po tem standardu je zdravnik tisti, ki sam odloči, katere informacije bo podal pacientu. Ta standard se fokusira bolj na zdravnika kakor na pacienta, zato ni več v skladu s sodobnimi smernicami. Vendar pa ga je moč zaslediti tudi v ZPacP, in sicer v sklopu t.i. *terapevstskega privilegija* oziroma *obzirnega molka zdravnika*. Zdravnik ima namreč pravico, da ne razkrije pacientu vseh relevantnih informacije. Zdravnik tako lahko pacientu izjemoma zamolči podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če glede na okoliščine oceni, da bi mu takšno obvestilo povzročilo resno zdravstveno škodo. Zamolčanja ne sme biti, če je to pacient, ki je sposoben odločanja v svojo najboljšo zdravstveno korist, izrecno zahteval popolno obveščenost. Razloge za zamolčanje podatkov se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji (1. odst. 22. členu ZPacP). Do obzirnega molka lahko npr. pride v terminalni fazi bolezni. Zdravnik ne želi pacienta še dodatno obremenjevati in z negativnimi informacijami vplivati na njegovo, predvsem duševno zdravje. S tem se želi pacientu omogočiti dostojanstvena smrt;[13]
b) *standard razumnega pacienta*: kaj bi povprečni pacient želel vedeti, da bi se lahko bil informirani sodelavec pri odločanju o svojem posegu?;
c) *subjektivni standard*: kaj bi individualni pacient moral vedeti in razumeti, da bi lahko sprejel svojo informirano odločitev?[14]

4. Pacient v enotah intenzivne nege

Pacient ima danes v procesu svojega zdravljenja aktivno vlogo. Pacient samostojno odloča, ali naj se določen medicinski poseg izvede ali ne. Vendar predstavljajo pacienti v intenzivnih enotah posebnost, saj mnogokrat zaradi svojega zdravstvenega stanja niso sposobni samostojnega odločanja o sebi in medicinskih posegih, zaradi česar se odpirajo različna pravna in etična vprašanja. Pri tem lahko pride do sledečih situacij:

a) pacient je glede na njegovo njegovo starost, zrelost, zdravstveno stanje in druge osebne okoliščine sposoben samostojnega odločanja;
b) pacient ni sposoben samostojnega odločanja in ima zakonitega zastopnika;
c) pacient ni sposoben samostojnega odločanja in ima zdravstvenega pooblaščenca;

[13] Kraljić (2014): str. 77 in sl.
[14] De Bord (n.d.).

d) pacient ni sposoben samostojnega odločanja in nima niti zakonitega zastopnika niti zdravstvenega pooblaščenca, a je podal vnaprej izraženo voljo;
e) pacient ni sposoben samostojnega odločanja in nima niti zakonitega zastopnika niti zdravstvenega pooblaščenca niti ni podal vnaprej izražene volje.

K točki a): pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe (19. točka 2. člena ZPacP). Samo v tem primeru bo lahko pacient namreč sam neposredno glede medicinskih posegov samostojno oblikoval svojo voljo. Pacient, sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen če bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih. Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje[15] ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja. Zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe pa nikakor ne sme imeti posledic v odnosu zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev do pacienta (1.-3. odst. 30. člena ZPacP). Če pacient, ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve (28. člen ZPacP). Takšno je bilo tudi stališče ESČP v zadevi *Arskaya proti Ukrajine*[16], kjer je po pacientovi trikratni zavrnitvi brohnoskopije, nastopila njegova smrt. ESČP je menilo, da odkrilo pomanjkljivosti v delu zdravnika psihiatra, ki je sicer ugotovil, da ima pacient paranoidno motnjo, a

[15] To vprašanje je bilo srž v primeru *Bogumil proti Slovaški (*app. No. 35228/03 z dne 6. september 2009). v portulgalski bolnišnici so operirali g. Bogumila, ki so ga zalotili na letališču Lisbona pri tihotapljenju mamil v čevjih. Tožnik je nato na policijski postaji priznal, da je pogoltnil vrečko z mamili. Izvedena je bila operacija, s katero so odstranili to vrečko. Tožnik je nato zatrjeval, da je bila operacija izvedena brez njegove privolitve, ter da je s tem bil kršen 3. člen EKČP (prepoved mučenja). Portugalska se je branila, da je operacija bila nujna, saj je bila vrečka z mamili v njegovem želodcu že 72 ur in bi lahko prišlo do razlitja in s tem do njegove smrti. Operacija je torej predstavljala nujen poseg in ni bila izvedena z namenom pridobivanja dokazov. ESČP je zavzelo stališče, da ni bilo kršitve 3. člena EKČP, saj ni bilo zadostnih dokazov, na podlagi katerih bi se lahko ugotovilo, a je tožnik podal privolitev ali jo zavrnil oziroma ali je bil prisiljen v operacijo.

[16] *Arskaya proti Ukrajine* (app. No. 45076/05 z dne 5. december 2013).

ni bilo ugotovljeno, ali je pacient sposoben razumeti pomen svojega zavračanja predlaganega posega. Takšno postopanje pa ni bilo v skladu s predpisi. Izvedba nenujnega medicinskega posega brez opravljenega informiranega pristanka v poseg pomeni poseg v temeljene pravice človeka.[17] Pri tem je treba poudariti, da večji je poseg v pacientovo zdravje oziroma poseg utegne imeti celo dolgoročne posledice za pacientovo zdravje ali celo življenje, večja stopnja sposobnosti razumevanja pomena posega in njegovih posledic se zahteva (načelo proporcionalnosti)[18]

K točki b): v tem primeru lahko izhajamo iz dveh izhodišč. V prvem gre za osebo, ki zaradi svoje starosti (otrok) še ni sposobna samostojnega odločanja in bodo o medicinskem posegu odločali starši ali skrbnik kot zakoniti zastopniki otroka.[19] V drugem primeru pa gre za sicer odraslo osebo, ki zaradi nastopa določenih okoliščin (npr. koma), ni sposobna samostojnega odločanja. Takšni osebi se postavi (center za socialno delo oziroma po novem bo to sodišče) skrbnik, ki nato odloča o medicinskih posegih, če ta polnoletna oseba ni sposobna odločati sama o sebi. Zakoniti zastopnik pa ne more zavrniti nujne medicinske pomoči (8. odst. 37. člena ZPacP).

K točki c): pri določanju svojega zdravstvenega pooblaščenca mora biti pacient sposoben odločanja o sebi ter mora imeti že 18 let. Zdravstveni pooblaščenec bo v primeru in za čas pacientove nesposobnosti odločanja o sebi odločal o pacientovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah **(**1. odst. 32. člena ZPacP). Zdravstveni pooblaščenec mora ravnati v skladu s pooblastilom in v interesu pooblaščenca. Kolikor je mogoče, mora zdravstveni pooblaščenec obveščati in

---

17 Takšno stališče je ESČP zavzelo tudi v primeru *Glass proti Združenemu kraljestvu (*app. No 61827/00 z dne 9. marec 2004). Bolnišnica je, brez privolitve staršev telesnega in duševnega invalida, odločila, da ga ne bodo več oživljali. Družina je želela sina odpeljati domov. Bolnišnica je z namenom lajšanja bolečin uporabljala morfin ter na njegovo kartoteko zapisala, brez soglasja staršev, »ne oživljaj«. Ker so se starši bali, da bo prišlo do evtanazije, so želeli sina odpeljati domov. V bolnišnici je prišlo grobega obračuna med osebjem, policijo in starši. ESČP je odločilo, da je prišlo do grobe kršitve pravice do spoštovanje zasebnega življenja, saj bolnišnica ni imela sodne odločbe, na podlagi katere bi lahko preklicali materino odločitev.

18 Modra & Hilton (2016), str. 35.

19 Praviloma starši odločajo o privolitvi kakor tudi odklonitvi posega za svoje otroke, mlajše od 15 let. Vendar pa je zakonodajalec predvidel nujno varovalko, ko se lahko zaradi časovne komponente in nujnosti posega preseže pravico staršev do avtonomije. Namreč, v primeru nujne medicinske pomoči se lahko le ta opravi tudi, kadar jo starši ali skrbniki zavrnejo (36. člen ZPacP). Takšna ureditev je v skladu z načelom največje otrokove koristi, ki je temeljno načelo in vodilo pri vseh zadevah, ki se nanašajo na otroka in izhaja iz 3. člena Konvencije o otrokovih pravicah (Uradni list RS-MP, št. 9/1992)

se posvetovati s pooblastiteljem o tekočih zadevah. Postavitev zdravstvenega pooblaščenca odraža pacientovo avtonomijo, da sam odloča, kdo naj sprejema odločitve o njegovi zdravstveni oskrbi, ko sam ne bo več sposoben odločati o sebi. Ker gre za posebno pooblastilo, ima to pooblastilo prednost tudi pred zakonitim zastopnikom (skrbnikom) in ožjimi družinskimi člani pacienta, a šele takrat, ko pacient ni več sposoben odločati o sebi. Dokler pa je pacient sposoben, je treba dati prednost njegovi pravici do samoodločanja.[20]

K točki d): kadar pacient ni sposoben samostojnega odločanja, a je v skladu s 34. členom[21] ZPacP podal vnaprej izraženo voljo, je tako pravno ustrezno oblikovani anticipirani odredbi treba v skladu z načelom subsidiarnosti dati prednost pred ostalimi varnostnimi ukrepi (načelo 2 Priporočila CM/Rec(2009)11 o načelih, ki zadevajo stalno pooblaščenost in vnaprej izraženo voljo za primer poslovne nesposobnosti«).[22]

K točki e): kadar pacient ni sposoben samostojnega odločanja niti nima zakonitega zastopnika niti zdravstvenega pooblaščenca niti ni podal svoje vnaprej izražene volje, bodo lahko podali privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo takšne osebe na podlagi izključujočega vrstnega reda ožji družinski člani: i) pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti; ii) otroci ali posvojenci pacienta; iii) starši oziroma posvojitelji pacienta[23]; iv) bratje in sestre pacienta; v) pacientovi

---

20 Več o zdravstvenem pooblaščencu glej Kraljić (2016a): str. 49 in sl.

21 ZPacP v 1. do 3. odstavku 34. člena določa: »*(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če: - bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje; - bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase. (2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju. (3) Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical.*"

22 Kraljić (2016a): str. 48-48.

23 Veliko prelomnico pomeni odločitev ESČP v zadevi *Lambert in drugi proti Franciji* (app. No. 46043/14 z dne 5. junij 2015). ESČP je namreč zavrnilo pritožbo sorodnikov Vincenta Lamberta. Slednji so namreč nasprotovali odločitvi francoskega vrhovnega sodišča, ki je dovolilo odstranitev sonde za umetno hranjenje in hidriranje. Vincenta Lamberta, ki je bil tetraplegik in po mnenju zdravnikov v vegetativnem stanju z minimalno stopnjo zavesti. Leta 2012 so se zdravniki odločili, da zaključijo njegovo življenje, saj naj bi nastopila situacija, ko je njegovo zdravljenje nesmiselno in neupo-

stari starši; vi) pacientovi vnuki (prim. 15. točka 2. člena in 4. odst. 37. člena ZPacP). Te osebe morajo biti v trenutku odločanja o pacientu same sposobne odločati o sebi in starejše od 18 let. Ožji družinski člani pa ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči (8. odst. 37. člena ZPacP). Paternalističn model sodelovanja med zdravnikom in pacientom, ki sicer daje prednost načelu dobrodelnosti (*benefieciens)* in načelu nepovzročanja škode (*non maleficiens)* pred načelom pacientove avtonomije[24], pride do izraza še posebej v primerih nujne medicinske pomoči, kjer se poseg lahko opravi tudi brez privolitve pacienta, če le-ta ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje (28. člen ZPacP). Če pa medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba nima značaj nujne medicinske pomoči in hkrati ni povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se pacientu lahko tudi takšen poseg opravi brez njegove privolitve, a morajo biti pri tem kumulativno izpolnjeni štiri pogoji:

a) pacient ni sposoben odločanja o sebi;
b) zdravnik ni vedel in ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec, pacientov zakoniti zastopnik ali druga oseba, ki po zakonu lahko da privolitev, posegu nasprotoval;
c) privolitve omenjenih oseb ni bilo mogoče pridobiti v razumnem času;
d) medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba bo pacientu v največjo zdravstveno korist (29. člen ZPacP). Pri opredeljevanju največje pacientove koristi pa je treba upoštevati relevatne subjektivne in objektvine okoliščine[25], tako na strani pacienta, družine, oseb, ki skrbijo za pacienta. Zdravniki

rabno. Prišlo je do tako t.i. terapevtske nesmiselnosti (*therapeutic futility) (*Le M Rustom, Palmer & Thomas (2010), str. 4). S tem se je strinjala tudi njegova žena. Njegovi starši so po 31 dneh ugovotovili, da je prišlo do odtegnitve hranjenja in hidriranja (prejemal je zgolj 2 dcl vode na dan). Zaradi tega je nastopilo izstradanje in izžejanje pacienta. Temu so se starši uprli in dosegli ponovno hranjenje in hidriranje. Pacient je posledično temu lahko celo premikal noge. Zadeva se je preselila na francosko sodiščo, ki je odločilo, da se lahko preneha hranjenje in hidriranje – izstradanje in izžejanje do smrti. Franciji je pritrdilo tudi ESČP. S takšno odločitvijo je pričakovati porast pritiska na zdravnike in bolnišnice za dovoljenja prekinitve prehranjevanja in hidriranja hudo bolnih pacientov. Primer Vincenta Lamberta spominja na primer *Terri Shiavo,* kjer je prav tako bo večletni bitki prišlo do odtegnitve prehranjevanja in hidriranja. Tudi primer *Nancy Cruzan* se je nanašal na zadevno tematiko. Vsi trije primeri (Lambert, Shiavo in Cruzan) so odprli etična in pravna vprašanja, povezana z dostojanstvom, svetostjo in kakovostjo človeškega življenja.

[24] Načelo največje pacientove koristi je vsebovano tudi v 3. členu, 12. členu, 4. odst. 14. člena, 1. odst. 20. člena, 1. odst. 22. člena ZPacP idr.

[25] Npr. izražene želje pacienta, starost, progresija bolezni, stopnja bolečin, verska pripadnost pacienta, moralni in kulturni nazori idr. Glej tudi Modra & Hilton (2016), str. 36.

morajo biti pri tem nepristranski in ne smejo smejo slediti lastnim interesom (npr. poklicni uspeh, sledenje načelu o kakovosti življenja, pri čemer se da prednost mlajšemu pacientu pri starejšim[26] (npr. na področju translaplantacije organov).

Pri pacientih na enotah intenzivne medicine se mnogokrat odpira tudi vprašanje glede terapevtske racionalizacije posegov. Storitve intenzivne nege se namreč označujejo kot enote, za katere so značilni relativno visoki izdatki za malo malo število pacientov, od katerih mnogi niti ne preživijo. Zato so izvajajo različni ukrepi racionalizacije (npr. uporabo cenejših zdravil napram zdravilom, ki so sicer dražja, a klinično učinkovitejša; vnaprejšnja jasna določitev meril za uporabo določenih strojev, ki jih ni dovolj na razpolago za vse paciente (npr. pri dializi); omejeno število postelj na enotah intenzivne medicine vodi potrebe po triaži (npr. bolj ogrožen pacient bo sprejet prej na enoto intenzivne medicine).[27]

Še posebej so pravno in etično težavna vprašanja, ki se nanašajo, kot že omenjeno, na odločitve o koncu življenja. Danes je namreč medicina izredno razvita, saj omogoča podaljševanje življenja do točke, ko se postavlja vprašanje t.i. terapevtske nesmiselnosti (*therapeutic futility).* Osebo se namreč ohranja pri življenjskih funkcijah, pri tem pa se uporabljajo vsa razpoložljiva sredstva, ki omogočajo umetno podaljševanje življenja (umetno hranjenje in hidracija, umetna ventilacija idr.)in odlagajo nastop smrti pacienta, ki je že tako in tako v terminalni fazi življenja in nima možnosti ozdravitve. Pri tem pa se ne ozira na kakovost življenja pacienta. Za takšno stanje se uporabljajo izrazi terapevtska nesmiselnost, terapevtska krutost, terapevtska trdoglavost ali distanazija.[28]

Terapevtska nesmiselnost[29] se tako nanaša na:

a) zdravljenje, ki ne ponuja razumnih možnosti za pacientovo preživetje;
b) neuporabno / neučinkovito zdravljenje;
c) zdravljenje, ki ne zagotavlja vsaj minimalne kakovosti življenja ali medicinske koristi;
d) zdravljenje, ki ne more doseči ciljev pacienta.[30]

---

[26] Modra & Hilton (2016), str. 36.
[27] Le M Rustom, Palmer & Thomas (2010), str. 3.
[28] Cosgrove & Bari (2015), str. 515.
[29] Jecker (1990, str. 951) poskuša podati definicijo »futility«. Pri tem izhaja iz latinske besede »futilis«, kar pomeni »prepustnost«. Beseda »futility« označuje vsakršno prizadevanje, s katerim se ne more doseči cilja, ne glede na to kolikokrat se bo dejanje ponovilo. Pri tem nezmožnost dosege cilja izhaja iz statistične ocene, da je zelo neverjetno, da bi se ta cilj doseglo.
[30] Cosgrove & Bari (2015), str. 515.

Prvi dve alineji se pri tem nanašata na fiziološko nesmiselnost, medtem ko se 3. in 4. alineja nanaša na normativno nesmiselnost. Fiziološka nesmiselnost se navezuje na fizične učinke zdravljenja, pri čemer se primerjajo vse relevantne informacije o pacientu ter na dokazih temelječe ocene o predvidljivosti smrti pri pacientih. Napovedna vrednost takšnih rezultatov je koristna pri dokazovanju možnosti preživetja, a je težavna v posameznem primeru, saj predvidljivost izhaja iz populacije pacientov. Zato je treba upoštevati tudi okoliščine, ki izhajajo iz sfere posameznega pacienta. Dokler obstaja dvom po ovrednotenju rezultatov, je treba poskusiti ali nadaljevati z aktivnim zdravljenjem.[31]

Normativna/holistična nesmiselnost pa se odraža v alinejah 3 in 4 ter se nanaša na celostni vidik oskrbe pacienta. Normativna nesmiselnost zahteva informacije osebnih pogledih pacienta na dosegljivo in smiselno okrevanje (tj. kaj pacient šteje za kakovostno življenje). Primarno se je treba o teh vprašanjih pogovoriti s pacientom, ki je sposoben razumeti pomen svojih odločitev. Ker je to pri pacientih na enotah intenzivne medicine možno zelo redko, je ključnega pomena komunikacija z družinskimi člani in osebjem, ki skrbi za pacienta. Odločitev o »kakovosti življenja« mora tako biti etična, pravna in sprejemljiva.[32] Dosleden pristop z učinkovito in uspešno komunikacijo med vsemi vključenimi lahko zmanjša konflikte, zmedo in potencialne sodne poti.[33]

3. Sklepna razmišljanja

V primerjavi s preteklostjo, ko je imel pacient predvsem pasivno vlogo v postopku svojega zdravljenja, je sodobni pacient osveščen, zainteresiran, aktiven in se zaveda svojih pravic. To je zelo pomembno, saj je ravno on tisti, o čigavem zdravju in morda tudi življenju se odloča. Vendar pa se ne sme pozabiti, da je on v razmerju med zdravnikom in pacientom laik, torej oseba, ki praviloma ne poseduje celostnega znanja glede zdravja, bolezni, posegov… Uspešnost sodelovanja (komunikacija) med zdravnikom in pacientom je namreč ključnega pomena, da bo pacient lahko dejansko uresničeval tudi na področju pacientovih pravic svojo pravico do avtonomije. Vendar pa je to osrednja težava pri pacientih na enotah intenzivne medicine, kjer se običajno nahajajo pacienti, ki niso sposobni sami odločati o svojih pravicah in koristih v povezavi z medicinskimi posegi. Danes sodobna medicinska znanost dosega neverjetne rezultate. To, kar se je pred leti zdelo še nemogoče, je danes lahko že utečena praksa. Vendar pa medicinska znanost stopa s hitrimi koraki še naprej. Njen nagli razvoj pa je odprl mnoga etična in pravna vprašanja in

[31] Cosgrove & Bari (2015), str. 515.
[32] Cosgrove & Bari (2015), str. 515.
[33] White & Pope (2012).

področje intenzivne medicine predstavlja enega izmed najbolj občutljivih. Še posebej ob vprašanju, kako dolgo naj se podaljšuje nesmiselno življenje. Pri tem pride namreč do kolizije dveh temeljnih izhodišč, in sicer svetosti in kakovosti življenja. Glede na to, da živimo v času, ki seboj prinaša t.i. sivenje sveta (*graying the globe),* je realno pričakovati, da bo to vprašanje v prihodnosti še pridobilo na pomenu, še posebej s pravnega, etičnega in medicinskega zornega kota.

LITERATURA:

*Arskaya proti Ukrajine (app. No. 45076/05 z dne 5. december 2013).

*Bogumil proti Slovaški (app. No. 35228/03 z dne 6. september 2009).

*COSGROVE, Joseph F & BARI, Francoise (2015). End-of-life care on the intensive care unit: an overview for hospital medical practitioners. *Surgery (Oxford)*, Volume 33, Issue 10, October 2015, str. 515-518.

*DE BORD, Jessica (n.d.). Informed Consent. Pridobljeno: https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html (30.9.2017).

*Evropska konvencija o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah (EKČP): Uradni list RS-MP, št. 7/1994.

*Glass proti Združenemu kraljestvu (app. No 61827/00 z dne 9. marec 2004).

*GLUCK, Erick (2001). Informed Consent in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine, Volume 6, Part 2, str. 2-12.

*JECKER, Nancy S. (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine. July 1990,* 949-954.

*Konvencije o otrokovih pravicah (KOP): Uradni list RS-MP, št. 9/1992.

*Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija): Uradni list RS – MP, št. 17/1998.

*KRALJIĆ, Suzana (2014). Varstvo pacientovih pravic v okviru paliativne zdravstvene nege in oskrbe = Protection of patients's rights in the context of palliative care. V: HOZJAN, Jožica (ur.). Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih : zbornik predavanj, Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 33. strokovno srečanje, Lendava, 15. in 16. april 2014. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, str. 77-98.

*KRALJIĆ, Suzana (2016). Pojasnilna dolžnost in informirana privolitev – odprti problemi v slovenski pravni ureditvi in sodni praksi. In: Kurtović Mišić, A. et al. Eds. Zbornik radova s međunardnog simpozija »2. hrvatski simpozij medicinskog prava«. Vodice: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, str. 303-317.

*KRALJIĆ, Suzana (2016a). Pravo pacijenta na zdravstvenog opunomoćenika. V: CERJAN, Snježana (ur.). Aktualna pravna problematika u zdravstvu, IX. kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem, Makarska, 06. - 08. listopada 2016. godine. Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu, str. 44-55.

*Lambert in drugi proti Franciji (app. No. 46043/14 z dne 5. junij 2015).

*LE M RUSTOM, Christopher, PALMER, James & THOMAS, Gareth L. (2009). Ethical issues in resuscitation and intensive care medicine. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine 11:1,* str. 1-5.
*MODRA, Lucy & HILTON, Andrew (2016). Ethical issues in resuscitation and intensive care medicine. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine 17:1,* str. 35-37.
*UNESCO Chair in Bioethics (2003). Informed Consent. The International Centre for Health, Law and Ethics: Faculty of Law, University of Haifa, Israel.
*Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/1991-I; 42/1997; 66/2000; 24/2003; 69/2004; 68/2006; 47/2013; 75/2016.
*V.C. proti Slovaški (app. No. 18968/07 z dne 8. november 2011).
*VSRS Sodba II Ips 203/2012 z dne 21.3.2013.
*WHITE, Douglas B. h & POPE, Thaddeus M. (2012). The Courts, Futility, and the Ends of Medicine. *JAMA*. 2012 January 11; 307(2): 151–152.
*Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB): Uradni list RS, št. 33/2006 UPB.
*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Uradni list RS, št. 15/2008.
*Zakon o preskrbi s krvjo (ZPKrv-1): Uradni list RS, št. 104/2006.
*Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej): Uradni list RS, št. 23/2005 UPB; 15/2008; 23/2008; 58/2008; 77/2008; 40/2012; 14/2013; 88/2016.

SUMMARY

INFORMED CONSENT AND PATIENT'S RIGHT TO INFORMATION IN THE INTENSITIVE CARE UNITS WITH THE REVIEW OF EUROPEAN CASE LAW

The explanatory duty represents today's fundamental doctor's duty towards the patient. It allows the patient to exercise the right to information and self-determination of consent or refusal of medical intervention or medical care. It is a field of medical law and patient rights, which has gained importance in recent years. Despite many activities, however, this area has always been the subject of numerous discussions and controversies, both at national and international level. In the field of intensive medicine units, doctors and other health professionals face additional »aggravating circumstances« (a higher degree of pain, dependence on strong drugs, suffering, coma ...). As a result, the scope of the explanatory duty and informed consent in this field are gaining an even more complex character.

Key words: informed consent, right to information, autonomy.

UTJECAJ VJERSKOG UVJERENJA NA TIJEK LIJEČENJA BOLESTI

UDK: 2 : 61
Primljeno: 6. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

izv. prof. Suzana Vuletić,
Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu –
Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
suzanavuletic007@gmail.com
dr.sc. Kata s. Amabilis Jurić,
Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
sestraamabilis@gmail.com.

Izlaganje želi prikazati rezultate interdisciplinarnih proučavanja religijskog utjecaja na psiho-somatski odraz odraz čovjeka, holistički propagiranom integralnom vizijom personalističke medicine, koja promatra nužnu korelacijsku povezanost čovjekove tjelesne, psihičke i duhovne razine.
Instrumentarijima kliničke procjene duhovnosti, utvrđuje se pozitivni terapeutski utjecaj vjerskog uvjerenja, zdrave intrinzične religioznosti, na tijek liječenja bolesti određenim salutarnim učincima na mentalno i fizičko zdravlje.

Ključne riječi: religija, duhovnost, psihologija religije, medicina, holističko zdravlje, psiho-somatska bol, patnja, klinički instrumenatriji duhovne procjene.

Uvod

Porastom psiho-somatskih bolesti, zamjećujemo i sve veću zastupljenost interdisciplinarnih proučavanja religijskog utjecaja na holističko-zdravstveni odraz čovjeka.[1]

U posljednje je vrijeme osobito narastao interes psihologije za odnos religioznosti i duševnog zdravlja u istraživanjima povezanosti između čovjekove tjelesne, psihičke i duhovne razine.

Čovjekovo tjelesno i psihičko zdravlje u velikoj mjeri ovisi i o duhovnom zdravlju. Ukoliko je narušeno tjelesno zdravlje, posljedice se manifestiraju i na čovjekovu psihu i duh. Stoga, mnoge bolesti tijela i psihe imaju svoje korijene i na duhovnoj razini čovjekovog bića.[2]

---

[1] Interdisciplinarnost se očituje su/odnosnom proučavanja medicine i: teologije, filozofije, antropologije, sociologije, psihologije, socijalne epidemiologije, neuropsihoimunologije, itd.

[2] Usp. V. SATURA, *Religija i duševno zdravlje. Ljekoviti trenuci u življenoj vjeri*, UPT, Đakovo, 1995.; M. BERTINI, *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute,* NIS, Roma, 1988.; B. FENN, Religion and mental health, u: *Journal of Psychology and Medicine* 9 (1986.), str. 1.-5.

Stoga je nakana ovog izlaganja: predstaviti duhovnu dimenziju kao integralni dio holističkog pristupa suvremene personalističke medicine te pokušati uvidjeti povezanost između religioznosti i zdravlja te analizirati njihov međusobni utjecaj?

1. Duhovna dimenzija kao integralni dio holističkog pristupa personalističke medicine psiho-somatskim aspektima boli, patnje i zdravlja

Osim fizičke dekadencije, bolest prožima i psihološku, emotivnu i duhovnu dimenziju.

S obzirom na propulzivnost broja neizlječivih bolesti i ne/mogućnosti medicine da uspije ostvariti terapeutski ishod, mnogi ljudi pokušavaju na temelju svoje religioznosti, pobuditi duhovne dinamizme psiho-somatske revitalizacije ili pak lakše egzistencijalno prihvatiti bolnost svog narušenog zdravstvenog stanja ili patnju terminalnosti.

„Čovjek trpi na razne načine koje medicina često ne dohvaća ni svojim najrazvijenijim specijalizacijama. Patnja je nešto šire od bolesti, nešto složenije i dublje ukorijenjeno u samu ljudsku narav".[3] Stoga je za integralni medicinski pristup, nužan holistički tretman svih dimenzija.

1.1. Holističke konotacije psiho-somatskih dimenzija zdravlja, boli i patnje

Holistički pristup psiho-somatskim aspektima zdravlja proizlazi iz same definicije Svjetske zdravstvene organizacije, koje zdravlje opisuje komplementarnim suodnosom: "stanja potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog i duhovnog) te socijalnog blagostanja".[4]

Kroz ovu indikativnu definiranost, proizlazi bazični poticaj da zdravlje, ali i personalizirani pristup pacijentu, treba obuhvaćati razumijevanje pacijenata kao cjelovitih osoba, uključujući i njihove multidimenzionalne razine zdravlja, ali i čimbenike koji utječu na sam doživljaj bolesti. U skladu s tim, filozof Max Scheler, razlikuje nekoliko razina[5]:

- *Senzitivne dimenzije* – bol i ugoda, koje presjedaju u pojedinim fizičkim i duševnim aspektima tijela;
- *Vitalni osjećaji* – umor, kao odraz cjelokupnoga organizma;

---

[3] PAPA IVAN PAVAO II., *Salvifici doloris - Spasonosno trpljenje*, Kršćanska Sadašnjost, Zagreb, 1984., br. 5.

[4] Ustav Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), 22.7.1946., New York. Slično i u Deklaraciji SZO iz Alma Ate,1974; te i u dokumentu "*Zdravlje za sve do 2000*".

[5] Usp. M. SCHELER (ur.), *Il dolore, la morte, l'immortalità*, LDC, Leumann, Torino, 1983., str. 38.

➢ *Psihički osjećaji* – melankolija, radost, žalost..., kojima osoba percipira kvalitetu života;

➢ *Duhovni osjećaji* – metafizičko-religiozni osjećaji vezani uz duhovne dimenzije čovjeka.

Taj je raspon, medicinski moguće tretirati holističkim pristupom personalističke medicne. Holistička skrb je zdravstveni pristup u kojima se ostvaruju komplementarne terapije, utemeljene na filozofiji skrbi koja promovira dobrobit cjelokupnih dimenzija osobe.[6]

Dr. George Engel je prvi opisao takav *bio-psiho-socijalni model bolesti*[7] koji opisuje okvir za razumijevanje bioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih čimbenika života. Zahvaljujući svom holističkom pristupu, postao je standardni model koji su mnogi liječnici prihvatili u procjeni bolesti i liječenja.

Na temelju tog modela primjenjuje se teorija nazvana *vrata kontrole* koja je razvila *Neuromatrix* teoriju boli (*The Gate Control – Neuromatrix theory of pain*[8]) koja opisuje odnos između bioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih čimbenika individualnoga iskustva boli. Percepcija boli može biti smještena na tjelesnim i psihološko-duhovnim dimenzijama, izazivajući fizičku bol ili psihološko/duševnu-duhovnu patnju.

Bol je osjećaj koji se javlja zbog narušenoga zdravstvenog stanja, bolesti određenoga organa, a očituje se više na tjelesnoj razini. Patnja je složenije stanje koje može biti uzrokovano tjelesnim bolom, koja u sebi krije psihološke, fiziopatološke, emotivne, afektivne i duhovne dimenzije.[9] Jaka isprepletenost intenzivne boli i strahovite patnje kreiraju stanje totalne boli, tj. složene biološke i psihološke pojave.

Za svladavanje svih sastavnica *totalne boli,* liječnik mora moći evaluirati njezin odraz na tjelesnu i psihičku te duhovnu razinu. S obzirom na to da je bol pod utjecajem fizioloških, psiholoških i duhovnih faktora, upravljanje

---

6 Usp. D. J. BENOR, *Wholistic integrative care*, (1999). http://www. wholistichealingresearch.com/wholisticintegrativecare.html (stranica konzultirana 1.2.2017.)

7 Usp. G. L. ENGEL, The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, u: *Journal of Interprofessional Care* 4 (1989.) 1., str. 37.–53.; R. J. GATCHEL, A. M. MADDREY, The biopsychosocial perspective of pain, u: J. Raczynski, L. Leviton (ur.), *Healthcare Psychology Handbook,* American Psychological Association Press, Washington, 2004.

8 Usp. R. MELZACK, From the gate to the neuromatrix, u: *Pain* 6 (1999.) 1., str. 121.–126.

9 Egzistencijalni psihoterapeut, V. Frankl navodi tri osnovne vrste patnje: tjelesnu (bol, somatske bolesti), psihološku (emocionalna nevolja, psihički poremećaji) i duhovnu (nedostatak smislenoga života). Usp. V. FRANKL, *Man's search for meaning,* Beacon, Boston, 2006.

bolom uvijek treba obuhvatiti cjelovit pristup liječenju uzroka boli, uključujući i psihološke i duhovne perspektive.[10]

1.2. Duhovno-religiozna dimenzije zdravlja

Čak i kod onih bolesnika koji se ne deklariraju religioznima, uviđa se zahtjev za nekim vidom duhovne skrbi.[11] Svaki čovjek, kao duhovno-tjelesno biće ima duhovne potrebe[12], neovisno je li vjernik ili nije.

Religioznost je sastavni i bitni dio čovječje strukture. „Religija se može definirati kao sustav vjerovanja, praksi, značenja i obrazaca ponašanja koji pružaju pojedincu referentni okvir za nošenje s problemima ljudskog života, stvarajući time uvjete za njegovu integraciju u širi društveni okvir. Religija može pomoći čovjeku u mnogim aspektima njegova života. Također mu može pomoći da duševno ozdravi, „s obzirom da veliku pažnju daje *čišćenju* (*katharsis*) tj. oslobađanju od svega što čovjeka duhovno smeta, uznemiruje i ograničava. Religija je time resurs koji stoji čovjeku na raspolaganju tijekom njegovog života i koji može imati učinke i na ljudsko zdravlje".[13]

Duhovnost je širi pojam od religioznosti. Ona je dimenzija cjelovitog ljudskog bića koja svoje posebno značenje ima upravo u razdoblju bolesti. Čovjek je po duhovnim sposobnostima razuma i volje, koji nisu ograničeni materijalnošću, otvoren beskonačnom.

Europsko društvo za palijativnu skrb/*European Association for Palliative Care* je uvelo definiciju duhovnosti, koja obuhvaća njenu multidimenzionalnu

---

[10] Npr., poslijeoperacijska pacijentova bol može biti 98% tjelesna, 1,5% emocionalna i 0,5% duhovna. Kronična bol u bolesnika oboljelih od raka može biti 45% tjelesna, 35% psihosocijalna, a 20% egzistencijalna. Usp. S. LIAO, K. SKAVINSKI, J. CAPASSO, R. D. PIRRELLO, Pain Management: A Practical Approach for Hospital Clinicians, u: S. Pantilat, W. Anderson, M. Gonzales, E. Widera (ur.), *Hospital-Based Palliative Medicine: A Practical, Evidence-Based Approach*, John Wiley & Sons, New Jersey, 2015., str. 11.

[11] Usp. H. G. KOENIG, L. K. GEORG, P. TITUS, Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients, u: *Journal of American Geriatric Association* 52 (2004.), str. 554.-562.

[12] Ciljevi duhovne skrbi bili bi: pozvati sve bolesnike da podijele svoja religiozna uvjerenja i duhovna iskustva; proučiti bolesnikova vjerovanja i vrijednosti; pristupiti duhovnim nevoljama (bezvoljnost, besmislenost, besciljnost..) s duhovnim izvorima jakosti (nada, smisao, svrha); omogućiti empatijski i suosjećajni pristup; potaknuti bolesnika da pronađe u sebi nutarnje snage iscjeljenja i/li prihvaćanja; identificirati duhovne potrebe koje bi bile učinkovite...

[13] B. ANČIĆ, *Vjerska zajednica kao socijalni resurs. Istraživanje o povezanosti religije i zdravlja*, Doktorski rad, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, 2013., str. 21.

narav i koja susreće egzistencijalna pitanja, utemeljenje vrijednosti i religiozna razmatranja.[14]

Religijski potencijal leži upravo u tome što religija pruža koherentni svjetonazorski sustav koji može pojedincima pružati utjehu i način nošenja u teškim trenucima.[15] Bolest, odnosno problem s fizičkim i/ili mentalnim zdravljem, može biti jedna od takvih teških životnih situacija u kojima religija može pružati interpretativni okvir utjehe i osnaživanja pojedinaca.

Onkolog, R. Buckman, smatra da: „odnos pomoću molitve između vjernika i Boga može imati jako terapijsko djelovanje. To je za neke ljude način da se odterete, da se izraze i oslobode svojih osjećaja. Čak i ljudi koji s okolinom imaju dobar odnos i lako komuniciraju, ne mogu postići tu razinu bliskosti s ljudima kao što to mogu s Bogom. Upravo tijekom neizlječive bolesti valja iz tog odnosa izvući korist, pomoć, snagu, hrabrost, potpunost i srčanost".[16]

Istaknuti protagonisti psihologije religioznosti (William James, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Erich Fromm, Erik Homberger Erikson, Jean Piaget, Burrhus Frederic Skinner, Gordon Willard Allport, Abraham Harold Maslow, Rollo Reece May, Viktor Emil Frankl i brojni ostali) isticali su važnost psihologijskog proučavanja religije i duhovnosti kako bi se pojedinca razumjelo u cjelini.[17] Na religiju su gledali kao na vrijedan i pozitivni faktor za ljudski život i pretpostavka za duševno zdravlje, ističući da religija može afirmirati vrijednosti u vlastitom životu te poticati na etičku svijest i osobnu odgovornost, ali bilo je i negativnih osvrta poimanja religije kao «ekleziogene neuroze».

Psiholog G. W. Allport pripisuje religioznosti bitan doprinos duševnom zdravlju, budući da se religioznosti najjače fokusiraju temeljne čovjekove potrebe za ljubavlju i zajedništvom na razini koju psihoterapija nikad neće doseći. No, pritom je bitno razlikovati ekstrinzičnu od intrinzične dimenzije. Osobe s ekstrinzičnom religioznošću koriste religiju kako bi zadovoljile svoje potrebe i došle do nereligioznog cilja, dok osobe s intrinzičnom religioznošću žive svoju religioznost jer osjeća da su njene postavke i vrijednosti vrijedne.[18]

---

[14] Usp. EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, *Definition of palliative care*. http://www.eapenet.org/about/definition.html. (stranica konzultirana 2.4.2012.); S. NOLAN, P. SALTMARSH, C. LEGET, Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force, u: *European Journal of Palliative Care* 18 (2011.), str. 86.-89.

[15] Usp. M. WEBER, *Sociologija religije*, Kruzak, Zagreb, 2000.

[16] R. BUCKMAN, *Ne znam što reći,* Školska knjiga, Zagreb, 1996., str. 91.

[17] D. HUSSAIN, Spirituality, religion, and health: Reflections and issues, u: *Journal of Psychology* 7 (2011.) 1., str.187.– 197.

[18] Mjerenjem intrinzične i ekstrinzične religiozne orijentacije utvrđeno je da osobe

C. G. Jung smatra da je bol duše u korijenu mnogih fizičkih oboljenja, duhovnih ili egzistencijalnih bolesti. Utemeljitelj logoterapije V. Frankl smatra da je gubitak smisla života i duševna bol, u dnu mnoštva psihičkih i somatskih bolesti. D. Zohar i I. Marshall su mišljenja kako su duhovne bolesti uzrokovane odvojenošću od sebe, drugih i Boga, čime se stvara osjećaj nemoći da se stupi u dodir s integrativnim središtem u sebi i uzrokuje «egzistencijalni vakuum», kako ga naziva Frankl.

Urs von Balthasar[19] i Karl Rahner[20] ističu da je samo prirodoznanstvena interpretacija bolesti nedovoljna, jer se zadržava na površinskoj razini simptoma i ne vidi da iza njih stoje dublji uzroci. Tvrde da su pojave somatske bolesti materijalne slike onoga što se događa u duhu. Bolest je vanjsko pomanjkanje i izraz za nutarnji manjak bitka. Tako se pomanjkanje istine može pojaviti najprije na somatskoj, a onda i psihičkoj razini. Oni također kažu da je čovjekov duh izravno usmjeren na Boga. Usmjeri li se on protiv Boga, nastaje protuprirodno usmjerenje, koje se očituje kao unutarnji nesklad, kao nered i dezorijentiranost koji se može somatizirati. Lijek je u ispravljanju tog nereda. Zato će obraćenje i molitva dovesti često do čudesnog ozdravljenja, što zapravo nije čudo nego otklanjanje uzroka somatskih simptoma na duhovnom području. Duh tada ispravno informira materiju tijela sa staničnom strukturom i promijeni ju. Također krive slike o Bogu donose bolesti, te je terapija u preuzimanju prave slike Boga. Pravi Bog ljubi, daje slobodu, otkupljuje od strahova i ovisnosti i čovjeku pomaže do svog identiteta.

Doktor teologije i medicine, M. Beck, istražujući odnos psihosomatskih bolesti i teološke antropologije, dolazi do zaključka da se somatske bolesti ne mogu ni cjelovito ni ispravno dijagnosticirati i liječiti bez uključivanja duhovne dimenzije u medicinsku djelatnost. On kaže, da je svaka stanica čovjekovog tijela oživljena duhom ili duhovnom dušom te je stoga poznavanje duhovne dimenzije, od presudne važnosti za dijagnozu i terapiju.[21]

Medicinski antropolog, A. Jores kaže da se na psihofizičkom području pojavljuje specifično ljudska bolest kada čovjek ne može ispuniti zahtjeve

intrinzične religiozne orijentacije imaju manje izražen strah od smrti, manje su anksiozne, postižu veće rezultate na mjerenjima osjećaja svrhe u životu i mentalnog zdravlja. Ekstrinzična religiozna orijentacija povezana je s osobama koje imaju izraženiji strah od smrti i anksioznost te su manje zadovoljne životom. Usp. M. J. DONAHUE, Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta Analysis, u: *Journal of Personality and Social Psychology* 48 (1985.) 2., str. 401.

19 Usp. H. URS VON BALTHASAR, *Istina je simfonična*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2010.

20 Usp. K. RAHNER, *Schriften zur Theologie II*, Einsiedeln, Zürich-Köln, 1961.

21 Usp. M. BECK, *Der Krebs und die Seele*, Verlag Ferdinand Schoningh, Paderborn, 2004.

svoje savjesti te doći do smisla. To je prvenstveno duhovna bolest koja se onda može somatizirati. On iznosi podatak da gotovo 70% somatskih bolesti ima uzrok u duši. Tek 30% njih je uzrokovano virusima, bakterijama, parazitima, oslabljenim imunitetom, genetski i kanceroznim tvarima.[22]

Neurolog i psihijatar, D. G. Amen promatra čovjeka kao bitno duhovno biće. Stoga i njegove bolesti imaju pečat duhovnih zakonitosti.[23]

Autori duhovne inteligencije, D. Zohar i I. Marshall smatraju da duhovna duša može biti bolesna, kad je čovjek u nemoći uspostaviti vezu s dubokim središtem u sebi. Osoba može biti odsječena od napajajućih korijena osobnosti u temelju osobe.[24]

Udružene komisije palijativnih skrbi diljem svijeta i Svjetska zdravstvena organizacija su pozvale na prepoznavanje pacijentovih potreba duhovne naravi i na osnovu toga zaključile da treba oformljavati medicinsko osoblje da prepoznaju pacijentove duhovne potrebe.[25] U pokušaju tog ostvarenja, navode se preporuke[26]:

- Duhovna skrb treba biti integralna i usmjerena bolesniku u središtu zdravstvenog sustava.
- Modeli duhovne skrbi trebali bi promovirati dostojanstvo svake ljudske osobe omogućujući im suosjećajnu pratnju.
- Duhovna previranja i religiozne nedoumice, trebale bi biti tretirane jednako kao i bilo koji drugi medicinski ili socijalni problem.
- Duhovnost treba smatrati bolesnikovom vitalnošću, stoga bi trebalo omogućiti njenu provedbu i primjenu kao integrativni dio skrbi.
- Modeli pružanja duhovne skrbi trebali bi biti interdisciplinarni.

Duhovnosti je i klinički potvrđena kao „dinamična dimenzija ljudskog života koja povezuje iskustvo pojedinca, njegovog traženja smisla i životnog značenja, kao i transcendencije te načina kojim se on povezuje sa sobom, okolinom i svetim...".[27] „Duhovnost je dinamičan proces kojim se otkriva

---

22 Usp. A. JORES, *Čovjek i njegova bolest*, Biblioteka „Oko tri ujutro", Zagreb, 1998.

23 Usp. D. G. AMEN, *Liječenje hardwaera duše*, VBZ, Zagreb, 2003.

24 Usp. D. ZOHLAR, I. MARSHALL, *SQ: duhovna inteligencija – suštinska inteligencija*, V.B.Z. Zagreb, 2002.

25 WORLD HEALTH ORGANISATION PALLIATIVE CARE, *Symptom Managemend and End of Life Care*, IMoAaAIWHO, 2004. http://www.ftp.who.int/htm/IMAI/Modules/IMAI_palliative.pdf (stranica konzultirana 1.5.2009.)

26 Usp. AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICNE, *Statement on clinical practice guidelines for quality palliative care.* http://www.aahpm.org/Practice/default/quality.html. (stranica konzultirana 3.1.2014.)

27 M. B. KING, H. G. KOENIG, Conceptualising spirituality for medical research and health service provision, u: *BMC Health Services Research* 9 (2009.), http://www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116. (stranica konzultirana 4.2.2012.)

unutarnja mudrost i životnost koje daju svrhu i značenje događajima u životu čak i usred osobne tragedije, krize, stresa, bolesti i patnje".[28] To se može posebno pozitivno manifestirati na psiho-somatsko zdravlje, a taj se utjecaj duhovne procjene može i empirijski mjeriti pomoću određenih kliničkih instrumetarija.

1.3. Instrumentariji kliničke procjene duhovnosti

Duhovna procjena može se istražiti pomoću instrumenata, kao što su: FICA (vjera, važnost, zajednica, djelovanje), HOPE (izvori nade, organizirana religija, osobna duhovnost i prakse, utjecaj na medicinsku skrb i pitanja na kraju života), SPIRIT (duhovni sustav vjerovanja, osobna duhovnosti, integracija s duhovnom zajednicom, ritualne prakse, implikacije za medicinsku skrbi i planiranje terminalnog događaja ili projekt OASIS. Svi ovi alati razvijeni su za kliničarevu procjenu duhovnosti povjerenih im pacijenata kako bi mogli postupiti u skladu s njihovim moralno-religioznim uvjerenjima.

Model istraživanja, simbolično nazvan: *HOPE survey*[29], korist akronim koji služi za procjenu duhovnog razgovora. Sve počiva na 4 temeljna koncepta, prema početnim riječima intervjua.

H - U duhovnoj procjeni, H stoji za izvor nade. To može uključivati postavljanje pitanja o tome gdje bolesnik crpi nadu, snagu, udobnost, mir ili osjećaj povezanosti.

O - Drugo slovo akronima, "O" je kratica za organiziranu religiju. Ova tema se bavi vjerskom i duhovnom socijalnom potporom, a uključuje pitanja poput: "Da li pripadaju organiziranoj vjerskoj skupini?" i "Koliko su aktivni u toj skupini?"

P - Treći slovo, "P", označava personalnu/osobnu duhovnost ili praksu privatne duhovne aktivnosti. To može uključivati pitanja o korištenju molitve, glazbe, meditacije, itd. Ovo pitanje također može uključivati korištenje nekih postova, hodočašća ili požrtvovnosti, koje pojedine vjerske skupine mogu uključiti kao dio rituala ozdravljenja.

E - Konačno slovo "E", govori o efektu duhovnosti ili religioznog uvjerenja na medicinske ishode ili neke palijativne odluke vezane uz kraj života. Ovdje se može doći do prikupljanja ključnih informacija kako bi pacijent želio da se integriraju u njihovu skrb.

---

[28] J. STIPANIČEV MUSTAPIĆ, A. STARC, L. STARČEVIĆ, Duhovnost u poslanju medicinske sestre. http://www.hkdmst.hr/content/view/40/32/ (stranica konzultirana 1.5.2014.)

[29] Usp. G. ANANDARAJAH, E. HIGHT, Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment, u: *American Family Physician* 62 (2001.) 1., str. 81.–89.

Drugi instrumentarij za procjenu religioznosti i duhovnosti kod oboljelih je procjena, nazvana FICA[30], koja također koristi akronim.

F - označava vjeru/ *faith*, uvjerenja i potiče procjenitelja koristiti nestrukturirano pitanje da procijeni pacijentov postojeći sustav vjere.

I - stoji za procjenu značajnosti/*importance* i pokušava procijeniti koliki utjecaj ima sustav vjerovanja na pacijentov život.

C - predstavlja akronim za zajednicu/*community* i nastoji procijeniti religijsku socijalnu podršku.

A - Konačno slovo A, pokušava uvidjeti kako pacijenti koriste svoja duhovna uvjerenja u zdravstvu.

SPIRIT upitnik istražuje šest područja: *S - piritual* pacijentov duhovni sustav vjerovanja, *P - ersonal* osobni sustav duhovnost, *I* - integraciju unutar duhovne zajednice, *R* - ritualnu praksu, *I* - implikaciju za medicinsku njegu i *T* – terminalno planiranje skrbi.[31]

Projekt ***OASIS***[32] je procjena duhovnosti pacijenta u 7 koraka, koji je omogućio jednostavnu uporabu među liječnicima, kao i pacijentima, odgovor na upite. Procjena uključuje (l) neutralan upit, (2) daljnja procjena na temelju početnog odgovora pacijenta, (3) dalje istraživanje, (4) upit o značenju izvora i smisla, (5) pitanje o duhovnim resursima (uključujući i socijalne podrške), (6) pomoć i pristup duhovnim resursima, (7) završni upiti. Ovaj format omogućuje liječnicima da dobiju daljnje razumijevanje religijskih i duhovnih mehanizama s kojima se suočava pacijenata, te da na osnovi toga pronađu ispravan način daljnje komunikacije i postizanja odluka vezanih za skrb.

Osim kvalitetnih instrumentarija za procjenu važnosti duhovnosti, treba napomenuti da je i podosta velik broj kvantitativnih upitnika, također koristan za procjenu suočavanja bolesnika u kliničkom okruženju. Neki od najvažnijih empirijski provjerenih i široko korištenih alata uključuju:

- Vjersko/duhovna suočavanja - *Religious/spiritual coping long form* (RCOPE) [33];

---

[30] Usp. C. PUCHALSKI, Spirituality and health: The art of compassionate medicine, u: *Hospital Physician* 37 (2001.) 3., str. 30.–36.

[31] Usp. C. PUCHALSKI, A. ROMER, Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, u: *Journal of Palliative Medicine* 3 (2000.), str. 129.–137.

[32] Usp. J. L. KRISTELLER, M. RHODES, L. D. CRIPE, V. SHEETS, Oncologist assisted spiritual intervention study (OASIS): Patient acceptability & initial evidence of effects, u: *International Journal of Psychiatry in Medicine* 35 (2005.) 4., str. 329.–347.

[33] Usp. K. I. PARGAMENT, H. G. KOENIG, L. M. PEREZ, The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE, u: *Journal of Clinical Psychology* 56 (2000.) 4., str. 519.–543.

➢ Funkcionalna procjena terapije kronične bolesti - duhovne dobrobiti/ *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well- Being* (FACIT-SP). [34]

➢ Procjena Pacijentovog Dostojanstva/*Patient Dignity Inventory* (PDI)[35], predstavlja kratku, ali sveobuhvatnu procjena psihosocijalnih, duhovnih i egzistencijalnih izvora nevolja koje bi mogle biti doživljene u kliničkom okruženju, povezano s pet osnovnih područja: tjelesni simptomi, egzistencijalna pogibelj, ovisnost, mir i socijalna podrška.

Na osnovu brojnih istraživanja koja su proučavala važnost duhovne dimenzije bolesnika u sklopu holističkog pristupa medicine, došlo se do zaključka da je duhovnost: „bolesnikova potreba, koja znatno utječe na njegovo psiho-fizičko stanje i poboljšava kvalitetu života".[36]

Na temelju dosad izrečenog, možemo sintetizirati četiri opća teorijska pristupa povezanosti religioznosti i zdravlja te pripadnosti određenoj vjerskoj zajednici[37]:

· *Zdravstveno ponašanje* – podrazumijeva da većina religija u sklopu svojih doktrina pokušava regulirati zdravstvena ponašanja usmjerena na odgovoran odnos vjernika prema svojem tijelu i zdravstvenom stanju.

· *Socijalna podrška* – podrazumijeva da angažirani vjernici u svojoj vjerskoj zajednici stvaraju određene društvene mreže u kojima mogu, razmjenom informacija i iskustva te stvaranjem bliskih prijateljskih odnosa, dobivati i graditi socijalnu podršku. Na taj način vjerska zajednica može biti promatrana kao socijalni resurs čiji je utjecaj na zdravlje evidentan.

---

[34] Usp. A. PETERMAN, G. FITCHETT, M. BRADY, L. HERNANDEZ, D. CELLA, Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp), u: *Annals of Behavioral Medicine* 24 (2002.) 1., str. 49.–58.

[35] Usp. H. M. CHOCHINOV, T. HASSARD, S. MCCLEMENT, T. HACK, L. J. KRISTJANSON, M. HARLOS et al., The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care, u: *Journal of Pain and Symptom Management* 36 (2008.) 6., str. 559.–571.

[36] Usp. C. Mc CLAIN, B. ROSENFELD, W. BREITBART, Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients, u: *Lancet* 361 (2003.), str. 1603.-1607.; W. BREITBART, C. GIBSON, S. POPPITO, A. BERG, Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality, u: *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (2004.), str. 336.-372.

[37] Usp. C. G. ELLISON, J. S. LEVIN, The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions, u: *Health Education & Behavior* 25 (1998.) 6., str. 700.–720.; D. OMAN, C. E. THORESEN,"Does religion cause health?": differing interpretations and diverse meanings, u: *Journal of Health Psychology* 7 (2002.) 4., str. 365.–380.; B. ANČIĆ, *Vjerska zajednica kao socijalni resurs. Istraživanje o povezanosti religije i zdravlja*, Doktorski rad, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2013., str. 2.-3.

· *Psihološka stanja* – podrazumijeva da religioznost može promovirati pozitivnu samopercepciju, specifične resurse suočavanja s problemima (npr. pojedinačne kognitivne i bihevioralne odgovore na stres), poticati određene osjećaje kod pojedinaca kao što su sreća, utjeha, nada i sl., te time može doprinijeti boljem mentalnom, ali i fizičkom zdravlju.

· *Nadempirijski/nadnaravni utjecaji* – podrazumijeva potencijalni nadnaravni utjecaj na zdravlje.

Zdrava religioznost (koja je utemeljena na ispravnoj slici o dobrom, svemoćnom i milosrdnom Bogu), redoviti duhovni i molitveni život, poštivanje religiozno-moralnih odredbi, mogu značajno doprinijeti dobrobiti psihološkog, duševnog i tjelesnog zdravlja.

Stoga možemo zaključiti kako duhovnost postaje „sastavni dio zdravstvene njege. Stoga je iznimno u svakoj situaciji poštivati bolesnikove duhovne potrebe i udovoljavanje njegovoj religioznoj želji"[38], kako bi pokušali ostvariti holistički medicinski pristup i doprinijeti većem potencijalu pozitivnog terapeutskog utjecaja zdrave intrinzične religioznosti na tijek izlječenja bolesti.

2. Pozitivni terapeutski utjecaj zdrave intrinzične religioznosti na tijek liječenja bolesti

Broj empirijskih istraživanja koja se bave odnosom religije/religioznosti i zdravlja u posljednjih 40-50 godina značajno raste[39], iako se već od 19. stoljeća mogu pronaći empirijska istraživanja[40] koja su koristila indikatore religioznosti i u kojima su nalazi upućivali na postojanje odnosa između religioznosti i zdravlja. U člancima o epidemiologiji religije pokazuju se da je visoka razina religijskog angažmana povezana s boljim zdravstvenim statusom. Epidemiolozi stoga ističu kako je religioznost „protektivni faktor koji pruža mali, ali značajno primarno-preventivni učinak na morbiditet u populaciji".[41]

Na osnovu toga, brojni su medicinski centri, škole i edukacijski programi, bolnice i socijalne udruge, prepoznale vrijednost pružanja duhovne skrbi kao sastavne dimenzije zdravstvene skrbi, pa se pokreću časopisi, predavanja

---

38 V. HENDERSON, *Osnovna načela zdravstvene njege,* HUMS, Zagreb, 1994.

39 Usp. A. J. WEAVER, Trends in the Scientific Study of Religion: Spirituality, and Health: 1965–2000, u: *Journal of Religion and Health* 45 (2006.) 2., str. 208.–214.

40 Usp. J. LEVIN,"And let us make us a name": reflections on the future of the religion and health field, u: *Journal of Religion and Health* 48 (2009.) 2., str. 125.–145.; J. S. LEVIN, H. Y. VANDERPOOL, Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, u: *Social Science & Medicine* 24 (1987.) 7., str. 589.–600.

41 C. G. ELLISON, J. S. LEVIN, The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions, u: *Health Education & Behavior* 25 (1998.) 6., str.700.–720.

i znanstvena usavršavanja na planu duhovnosti unutar medicinskih centara, škola i fakulteta.[42] Paralelno s tim uočava se i sve veća zastupljenost literature unutar medicinskih časopisa i zbornika znanstvenih skupova koji svjedoče pozitivnom duhovno-religioznom utjecaju.[43]

„Važnost duhovne dimenzije čovjeka obično najviše dolazi do izražaja kod teških životnih iskušenja, sučeljavanja s bolešću ili smrću. Provedena su mnoga znanstvena istraživanja kojima je zajednički zaključak da postoji povezanost razine duhovnosti s poboljšanjem simptoma različitih psihičkih (depresija, tjeskoba, ovisnosti, prevencija samoubojstva) i organskih poremećaja (kardiovaskularna oboljenja, dijabetes, reumatoidni artritis, multipla skleroza, maligne bolesti…).[44]"

Kod pripadnika nekih religijskih zajednica zbog specifičnog životnog stila (odgovorno zdravstveno ponašanje, pažljiva ishrana/post, zabranjena konzumacija cigareta i alkohola, aktivnije sudjelovanje u zajednici,...) postoji razlika u razini mortaliteta od opće populacije.[45]

Evidentno je da religijski angažman ima pozitivan efekt na smanjenje pojavnosti bolesti srca, hipertenzije, moždanog udara, nekih vrsta raka, gastroenteroloških problema tako i na sklonost ka boljoj procijeni vlastitog zdravlja, te samo-prepoznavanju simptoma.[46]

---

[42] Razvojem istraživanja odnosa religije i zdravlja unutar pastoralne skrbi pokrenute su važne institucije poput: *Blanton-Pale Institute* (osnovan 1937.), *Academy of Religion and Mental Health* (osnovana 1953. kao znanstveni odjel unutar instituta) te pokrenut časopis *Journal of Religion and Health* (osnovan 1961.). Za detaljniji sadržaj programa upućujem na: C. M. PUCHALSKI, D. B. LARSON, Developing curricula in spirituality and medicine, u: *American Academy of Hospice and Palliative Medicine Bulletin* 73 (1998.), str. 970.-974.

[43] Upućujemo na niz vrlo vrijednih studija: A. WACHHOLTZ, S. MAKOWSKI, Spiritual Dimensions of Pain and Suffering, u: R. J. Moore (ur.), *Handbook of Pain and Palliative Care. Biobehavioral Approaches for the Life Course*, New York - Dordrecht - Heidelberg - London, Springer, 2012.; H. G. KOENIG, M. E. Mc CULLOUGH, D. B. LARSON, *Handbook of Religion and Health,* Oxford University Press, New York, 2001.; C. M. PUCHALSKI, B. LUNSFORD, M. H. HARRIS, R. T. MILLER, Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model, u: *Cancer* 12 (2006.) 5., str. 398.–416.; S. J. BAUMRUCKER, Spirituality in hospice and palliative care, u: *American Journal of Hospice and Palliative Care* 20 (2003.), str. 90.-92.; A. GREY, The spiritual component of palliative care, u: *Palliative Medicine* 8 (1994.), str. 215.-221.

[44] Đ. LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija,* Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, 2009., str. 23.-24.

[45] Usp. G. K. JARVIS, H. C. NORTHCOTT, Religion and differences in morbidity and mortality, u: *Social Science & Medicine* 25 (7198) 7., str.. 813–824.

[46] J. S. LEVIN, P. L. SCHILLER, Is there a religious factor in health?, u: *Journal of Religion and Health* 26 (1987.) 1., str. 9.–36.

Pojedine analize potvrđuju da se pružanje duhovne skrbi u sklopu bio-psiho-socijalnog pristupa zdravstvene skrbi[47] odražava pozitivno na kroničnu bol pacijenata te da religijske i duhovne prakse imaju veći utjecaj na toleranciju boli.[48] Na biobehavioralno-neuroznanstvenoj razini, postoje dokazi da su gustoće receptora serotonina povezani s duhovnim sklonostima, što upućuje na zaključak da duhovna praksa može utjecati na putove serotonina koji reguliraju raspoloženje i bol.[49]

Suvremena istraživanja pokazuju da je religija iznimno važan izvor i pružatelj raznovrsnih strategija nošenja s problemima te da se može govoriti o specifičnim strategijama nošenja s problemima (*religious coping*) koje se pokazuju važnim prediktorima osobnog zdravlja, poglavito mentalnog.

Religijska involviranost povezana je i s brojnim psihičkim elementima kod pojedinca (kao što su primjerice suočavanje s problemima, samopoštovanje i vještine, zadovoljstvo životom, sreća, društvenost ili pak emocionalna prilagodba).[50] U brojnim je istraživanjima utvrđeno da duhovnost igra zaštitnu ulogu protiv psihološke morbidnosti i specifičnih obilježja depresivnosti[51] te može služiti kao amortizer protiv beznađa[52], potičući prihvatljivije suočavanje,

---

47 D. P. SULMASY, A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life, u: *Gerontologist* 42 (2002.) spec. No. 3., str. 24.-33.

48 Usp. A. WACHHOLTZ, K. PARGAMENT, Is spirituality a critical ingredient of meditation? comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes, u: *Journal of Behavioral Medicine* 28 (2005.) 4., str. 369.–384.; A. WACHHOLTZ, M. PEARCE, Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain?, u: *Current Pain and Headache Reports* 13 (2009.) 2., str. 127.–132.

49 Usp. J. BORG, B. ANDREE, H. SODERSTROM, L. FARDE, The serotonin system and spiritual experiences, u: *American Journal of Psychiatry* 160 (2003.) 11., str. 1965.–1969.

50 Usp. K. SCHAIE, N. KRAUSE, A. BOOTH, *Religious influences on health and well-being in the elderly*, Springer Publishing Company, New York, 1994.

51 Usp. L. TRAVADO, L. GRASSI et al., Do spirituality and faith make difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group, u: *Palliative and Support Care* 8 (2010.), str. 405.-413.; H. G. KOENIG, H. J. COHEN, D. G. BLAZER, C. PIEPER, K. G. MEADOR, F. SHELP, V. GOLI, B. Di PASQUALE, Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men, u: *American Journal of Psychiatry* 149 (1992.), str. 1693.–1700.; C. J. NELSON, B. ROSENFELD, W. BREITBART, M. GALIETTA, Spirituality, religion, and depression in the terminally ill, u: *Psychosomatics* 43 (2002.), str. 213.–220.; T. B. SMITH, J. Mc CULLOUGH, Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, u: *Psychological Bulletin* 129 (2003.) 4., str.614.–636.

52 Usp. W. BREITBART, B. ROSENFELD, H. PESSIN, M. KAIM, J. FUNESTI-

što može biti od osobito velike duševne dobrobiti i kvalitete života.[53] Tom se analizom sugerira zaključak o religioznosti kao „amortizeru" utjecaja stresnih uvjeta koji mogu uzrokovati psihološke tegobe.

Neka istraživanja opisuju i salutarne učinke na mentalno i fizičko zdravlje socio-emotivnom podrškom, spiritualnom pomoći i involviranosti u vjerskim zajednicama[54] koje često pružaju pomoć svojim članovima tako što organiziraju razne programe, usluge i inicijative. Na tragu tog, Oxman i suradnici su utvrdili da postoji viši rizik smrti kod onih kardioloških pacijenata koji nemaju utjehu u svojoj vjeri (i do 6 mjeseci ranije).[55]

Studije koje se bave odnosnom religioznosti i hipertenzije pokazuju da je visok krvni tlak češći kod ispitanika koji manje odlaze u crkvu te rjeđe čitaju Bibliju.[56]

ESCH, M. GALIETTA, C. J. NELSON, R. BRESCIA, Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer, u: *Journal of American Medical Association* 248 (2000.), str. 2907.–2911.; C. S. Mc CLAIN, B. ROSENFELD, W. BREITBART, Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients, u: *Lancet* 361 (2003.), str. 1603.–1607.

53 P. L. KIMMEL, S. L. EMONT, J. M. NEWMANN, H. DANKO, A. H. MOSS, ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity, u: *American Journal of Kidney Diseases* 42 (2003.) 4., str. 713.–721.; K. I. PARGAMENT, B. W. SMITH, H. G. KOENIG, L. PEREZ, Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors, u: *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (1998.) 4., str. 710.–724.; N. TARAKESHWAR, L. C. VANDERWERKER, E. PAULK et al., Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer, u: *Journal of Palliative Medicine* 9 (2006.), str. 646.-657.; M. J. BRADY, A. H. PETERMAN, G. FITCHETT et al., A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology, u: *Psychooncology* 8 (1999.), str. 417.-428.

54 Usp. N. KRAUSE, C. G. ELLISON, J. P. MARCUM, The effects of church-based emotional support on health: do they vary by gender?, u: *Sociology of Religion* 63 (2002.) 1., str. 21.; N. KRAUSE et al., Church-Based Social Support and Religious Coping, u: *Journal for the Scientific Study of Religion* 40 (2001.) 4., str.637.–656.; P. S. MUELLER, D. J. PLEVAK, T. RUMMANS, Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice, u: *Mayo Clinic Proceedings* 76 (2001.) 12., str.1225.–1235.; L. K: GEORGE, C. G. ELLISON, D. B. LARSON, Between Religious Involvement and Health Explaining the Relationships, u: *Psychology* 13 (2010.) 3., str.190.–200.

55 Usp. T. E. OXMAN, D. H. FREEMAN, E. D. MANHEIMER, Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly, u: *Psychosomatic Medicine* 57 (1995.) 1., str. 5.–15.

56 Usp. K. LAPANE et al., Religion and cardiovascular disease risk, u: *Journal of Religion and Health* 36 (1997.) 2., str. 155.-164.; J. S. LEVIN, H. Y. VANDERPOOL, Is religion therapeutically significant for hypertension, u: *Social Science & Medicine* 29 (1989.) 1., str. 69.–78.; H. G. KOENIG et al., The relationship between religious

Brojna su istraživanja ukazala na značajnost religije kod osoba oboljelih od raznih vrsta raka, i to istražujući na koji način religija potiče određene psihološke mehanizme suočavanja s takvim teškim oboljenjima što u konačnici dovodi ili do lakšeg prihvaćanja terminalnosti tog stanja ili do kvalitetnijeg i bržeg oporavka.[57]

Između 50% i 95% pacijenata oboljelih od raka smatraju da im je religioznost/duhovnost osobno važne na ljestvici od 1-10, su na 6. mjestu.[58] Religija se smatra vrlo važnim (68%), nešto važnom za otprilike (20%) sudionika, a nije važna za oko (12%) sudionika.[59]

Opće je prihvaćeno mišljenje da je duhovna skrb palijativnih pacijenata, važan dio njihove ukupne skrbi.[60] Zuckerman i suradnici su zaključili kako

activities and blood pressure in older adults, u: *International Journal of Psychiatry in Medicine* 28 (1998.) 2., str.189.–213.

57 Usp. M. T. HALSTEAD, J. I. FERNSLER, Coping strategies of long-term cancer survivors, u: *Cancer Nursing* 17 (1994.) 2., str.94.–100.; W.H.B. WALLACE et al., Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer, u: *British Medical Journal* 323 (2001.) 7307, str. 271.–274.; T. KERSHAW et al., Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers, u: *Psychology Health* 19 (2004.) 2., str.139.–155.; M. DROZD-DABROWSKA, Quality of life and family factors in patients with advanced stages of cancer, u: *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 51 (2005.) 2., str.15.–22.; T. A. BALBONI et al., Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life, u: *Journal of Clinical Oncology* 25 (2007.) 5., str.555.– 560.

58 Usp. E. GRANT, S. A. MURRAY, M. KENDALL et al., Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease—A qualitative study, u: *Palliative Support Care* 2 (2004.), str. 371.-378.; S. M. HOLMES, M. W. RABOW, S. L. DIBBLE, Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life, u: *American Journal of Hospice Palliative Care* 23 (2006.), str.25.-33.; A. MOADEL, C. MORGAN, A. FATONE et al., Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population, u: *Psychooncology* 8 (1999.), str. 378.-385.

59 Usp. A. T. BALBONI, L. C. VANDERWERKER, S. D. BLOCK, M. E. PAULK, C. S. LATHAN, J. R. PETEET, H. G. PRIGERSON, Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life, u: *Journal of Clinical Oncology* 25 (2007.) 10., str. 557.

60 Usp. H. M. TAN, A. WILSON, I. OLVER, C. BARTON, The experience of palliative patients and their families of a family meeting utilised as an instrument for spiritual and psychosocial care, http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/7; SPIRITUAL CARE WORK GROUP OF INTERNATIONAL WORK GROUP ON DEATH DYING AND BEREAVEMENT, Assumptions and principle of spiritual care, u:

je religioznost (mjerena razinom prihvaćanja religijskih vjerovanja) jedna od psiho-socijalnih varijabli koja utječe i na smanjenje rizika od smrtnosti kod starijih osoba lošijeg zdravstvenog stanja.[61]

Ispitanici koji su odlazili u crkvu jednom mjesečno ili češće imali su smanjeni rizik od smrtnosti i to za 30-35%, pri čemu se 20-30% ovog utjecaja može objasniti odgovornijim zdravstvenim ponašanjem i to poglavito učestalijom fizičkom aktivnosti.[62] Neki nalazi pokazuju da religiozniji ljudi žive dulje i do 7 godina.[63]

Istraživanja pokazuju da pacijenti žele da njihova duhovna uvjerenja budu formalno upućena u kliničkom okruženju.[64] Studije su pokazale da duhovna ili vjerska uvjerenja mogu utjecati na odluke o kraju života te primjeni medicinskih tretmana u terminalnoj etapi.[65]

Kada se suočavaju sa životnom krhkošću, patnjom i boli, mnogi bolesnici u terminalnoj fazi uznapredovale bolesti izražavaju potrebu duhovne skrbi[66],

Death Studies 14 (1990.), str. 75.-81.; A. L. WILLIAMS, Perspectives on spirituality at the end of life: A metasummary, u: *Palliative Support Care* 4 (2006.) 4., str. 407.-417.

61 Usp. D. G. KING, Religion and health relationships: A review, u: *Journal of Religion and Health* 29 (1990.) 2., str.101.–112.

62 Usp. M. MUSICK, J. S. HOUSE, D. R. WILLIAMS, Attendance at religious services and mortality in a national sample, u: *Journal of Health and Social Behavior* 45 (2004.) 2., str.198.–213.

63 Istraživanje, *National Health Interview SurveyMultiple Cause of Death u SAD* utvrđuje da oni koji ne odlaze u crkvu žive u prosjeku 75.5 godina, dok oni koji odlaze u crkvu jednom tjedno žive 82.9.

64 Usp. G. McCORD, V. J. GILCHRIST, S. D. GROSSMAN, B. D. KING, K. E. MCCORMICK, A. M. OPRANDI et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach, u: *Annals of Family Medicine* 2 (2004.) 4., str. 356.–361.; J. W. EHMAN, B. B. OTT, T. H. SHORT, R. C. CIAMPA, J. HANSEN-FLASCHEN, Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?, u: *Archives of Internal Medicine* 159 (1999.) 15., str. 1803.–1806.; T. A. BALBONI, L. C. VANDERWERKER, S. D. BLOCK, M. E. PAULK, C. S. LATHAN, J. R. PETEET et al., Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life, u: *Journal of Clinical Oncology* 25 (2007.) 5., str. 555.–560.

65 Usp. A. C. PHELPS, P. K. MACIEJEWSKI, M. NILSSON, T. A. BALBONI, A. A. WRIGHT, M. E. PAULK et al., Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer, u: *Journal of American Medical Association* 301 (2009.) 11., str. 1140.–1147.

66 Među inima, izdvajamo: A. EDWARDS et al., The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end of life and palliative care: a meta-study of qualitative research, u: *Palliative Medicine* 24 (2010.) 8., str. 753.-770.; N. EL NAWAWI, M. J. BALBONI, T. A. BALBONI, Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness, u: *Current*

kako bi im se uspjelo ublažiti strah budući da u predstojećoj smrti, dolaze do izražaja brojne tjeskobe, potisnute čežnje, strahovi i brojne neizvjesnosti na koje treba pronaći utješan odgovor ili duhovno prihvaćanje. Duhovnost u tim trenucima može potaknuti unutarnji mir, pružiti izvor nutarnje snage, energije koja nas pokreće i usmjerava pozitivnim ishodima stanja u kojem se nalazi pojedinac. Proučavajući duhovnost palijativnih bolesnika, došlo se do zaključka kako upravo ona potvrđuje poštovanje prema životu, zahvalnost za život, smisao života i da vodi k dubljem životu.[67]

Brojne su dosadašnje međunarodne studije potvrdile važnost pružanja i primanja duhovne skrbi, napose kod pacijenta u terminalnoj fazi i kod kroničnih bolesnika[68], dok druge činjenice ističu pozitivan doprinos intrinzične religioznosti u tijeku ozdravljenja ili preciznog cijenjenja preostalog života. Održavajući snažnu vezu s Bogom, pacijenti se osjećaju manje zabrinuti i preplašeni smrti[69] i samoće. Istraživanja su utvrdila da se duhovna skrb odrazila boljim razumijevanjem samoga sebe u bolesti (45-73%); lakšim prihvaćanjem bolesti (87%); da su duhovni rituali poboljšali nutarnje stanje bolesnika (34-66%); kako su omogućili lakši prijelaz umiranja, a (72%) osoba koje su primale duhovnu skrb izrazile su da im je duhovnost uvelike olakšala nemoćnost, potaknula nutarnji mir i spokoj.[70]

Osim toga, brojni stručnjaci i osobe u pratnji umirućih potvrđuju činjenicu kako duhovna skrb sprječava egzistencijalni očaj kod bolesnika, suočenih sa smrću, budući da vjera zastupa obećanje u prekogrobni život.

Većina je istraživača došla do zaključka da je suočavanje s bolešću, iz religiozne perspektive, povezano s boljim mentalnim i fizičkim ishodima zdravlja.[71] Pacijenti sa snažnom duhovnošću su svjesniji sebe, razumiju

Opinion Support Palliative Care 6 (2012.) 2., str. 269.-274.; L. SELMAU, T. YOUNG et al., Research Priorites in Spiritual care: An International Survey of Palliative care Researches and Clinicians, u: *Journal of Pain and Symptoms Managemet* (2014.)., str. 1.-14.

67 Usp. P. Mc GRATH, Religiosity and the challenge of terminal illness, u: *Death Studies* 27 (2003.), str. 881.-899.

68 Usp. S. OTIS GREEN, B. FERRELL et al., Integrating Spiritual Care within Palliative Care. An Overview of Nine Demonstration Projects, u: *Journal of Palliative Medicine* 15 (2012.) 2., str. 154.-162.

69 Usp. C. H. RASSMUSEN, M. E. JOHNSON, Spirituality and Religiosity: relative Relationships to death anxiety, u: *Omega* 29 (1994.) 29., str. 313.-318.

70 Usp. T. DAALEMAN, A Health Services Framework of Spiritual Care, u: *Journal of Nursing Management* 8 (2012.) 20., str. 1021.-1028.

71 Usp. W. L. HATHAWAY, K. I. PARGAMENT, Intrinsic religiousness, religious coping, and psychosocial competence: A covariance structure analysis, u: *Journal for the Scientific Study of Religion* 29 (1990.), str. 423.–441.; W. HATHAWAY, K. PARGAMENT, The religious dimensions of coping: Implications for prevention and

bolje sebe u okolnostima u kojima jesu i imaju bolje samo-prihvaćanje.[72] Istraživanja su pokazala da duhovna skrb utječe na ishod zdravstvene skrbi, uključujući kvalitetu života, volje za životom, preživljavanje i snalaženje. Veliki broj znanstvenih studija potvrđuju pozitivnu povezanost duhovnosti s bržim oporavkom od raznih bolesti, većom otpornošću na bolest te poboljšanom kvalitetom življenja kroničnih i terminalnih bolesnika.

Zaključak: Pozitivna funkcija religioznosti na tijek liječenja bolesti

Mnogi psiholozi, psihoanalitičari i liječnici pripisuju religiji i religioznosti iscjeliteljsku snagu u procesu psihičkog i duhovnog liječenja.

Budući da duhovnost i vjera imaju velik utjecaj na psiho-fizičko zdravlje zdravih i bolesnih u bilo kojem stadiju bolesti, stoga bi trebalo:[73]

- Procijeniti duhovne potrebe bolesnika;
- Priznati važnost duhovnih potreba;
- Biti tolerantan prema različitosti vjerskih uvjerenja;
- Osigurati privatnost i tišinu (optimalne uvjete) za vrijeme molitve;
- Pozvati svećenika ili duhovnog vođu na zahtjev bolesnika;
- Obavijestiti bolesnika o rasporedu svetih misa;
- Organizirati ispovijed i bolesničko pomazanje.

Duboka razina ispravno razvijene duhovnosti i realnih molitvenih očekivanja, mogu u značajnoj mjeri pomoći čovjeku u njegovom duhovnom ozdravljenju.

promotion, u: K. I. Pargment, K. I. Maton, R. E. Hess (ur.), *Religion and prevention in mental health: Research, vision, and action,* Haworth Press, New York, 1992., str. 129.–154.; D. N. McINTOSH, B. SPILKA, Religion and physical health: The role of personal faith and control, u: M. L. Lynn, D. O. Moberg (ur.), *Research in the social scientific study of religion,* JAI, Greenwich, 1990., str.167.–194.

72 E. GRANT, S. A. MURRAY, M. KENDALL, K. BOYD, S. TILLEY, D. RYAN, Spiritual issues and needs: perspectives from patient with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study, u: *Palliative Support Care* 2 (2004.), str. 371.-378.; P. L. STEPENHSON, C. B. DRAUCKER, D. S. MARTSOLF, The experience of spirituality in the lives of hospice patients, u: *Journal of Hospice and palliative Nursing* 5 (2003.), str. 51.-58.; C. CHAO, C. H. CHEN, M. YEN, The essence of spirituality of terminally ill patients, u: *Jorunal of Nursing Research* 10 (2002.), str. 237.-245.

73 Usp. S. PIŠKORJANAC, Uloga duhovnosti u liječenju maligne boli, u: *Plavi Fokus, Glasilo hrvatske komore medicinskih sestara* VI (2010.) 1., str. 41.-45.; C. PUCHALSKI, B. FERRELL, R. VIRANI, S. OTIS-GREEN, P. BAIRD, J. BULL, Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference, u: *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009.) 10., str. 885.–904.; C. PUCHALSKI, B. FERRELL (ur.), *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Healthcare,* Templeton Press, West Conshohocken, 2010.

Psihološko-duhovni spokoj, potaknut intrinzičnom religioznošću, može doprinijeti određenim salutarnim učincima na mentalno i fizičko zdravlje.

U aspekte religioznosti kao terapijske pomoći najčešće se ubraja osjećaj zaštićenosti, duhovne snage, nutarnje čvrstoće, mira i opuštenosti, lijepih doživljaja, stanja radosti i topline, nutarnje dinamike, motivacije i razvijanja svojih mogućnosti, djelotvornost molitve te učinkovitost kultnih čina, religijskih simbola ili doživljaja[74] koji nedvojbeno podupiru rehabilitacijksi proces.

„Moja je tvrdnja da je religija, a to znači ponovno vezivanje uz Boga, pretpostavka za stabilno duševno zdravlje. (Christa Meves)

SUMMARY

INFLUENCE OF RELIGIOUS BELIEFS ON THE COURSE OF DISEASE TREATMENT

The presentation aims to show the results of interdisciplinary studies of the religious influence on the psycho-somatic reflection of the human reflection, holistically propagated by the integral vision of personalistic medicine, which observes the necessary correlation of the physical, mental and spiritual levels of man. Instruments of clinical evaluation of spirituality determine the positive therapeutic influence of religious beliefs, healthy intrinsic religiosity, on the course of treating illnesses determined by the salutary effects on mental and physical health.

Key words: religion, spirituality, psychology of religion, medicine, holistic health, psycho-somatic pain, suffering, clinical instrumentation of spiritual appreciation.

[74] Teške egzistencijalne situacije, Crkva može iskoristiti svojim pastoralnim dušobrižničkim poslanjem i pružanjem potpore: sakramentima pomirenja, bolesničkog pomazanja i slavljenja svete euharistije, kojima se bolesnima, umirućima i ožalošćenima može pružiti značajna potpora u nadvladavanju boli i malodušnosti, te produbiti vjeru i pružiti nadu. Z apodrobniji pristup upućujem na: I. ŽIVKOVIĆ, S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima*, HANZA media, Sveta Nedjelja, 2016.

DONIRANJE ORGANA – PRAVNI POGLEDI

UDK: 616-089.843 : 340 (497.5)
Primljeno: 6. listopada 2017.
Pregledni znanstveni rad

doc. dr. sc. Blanka Kačer
Pravni fakutet Sveučilišta u Splitu
blanka.kacer@pravst.hr

Doniranje organa je vrlo aktualna tema, kojom se ponosimo jer smo po rezultatima među najboljim zemljama u svijetu, no unatoč tome, niz je otvorenih pravnih pitanja, na koja zakonodavac ne daje odgovore ili daje one koji su daleko od optimalnih. Glavni razlog dobrim rezultatima u doniranju i transplantiranju organa je altruizam i izvrsnost hrvatskih liječnika i javnost motivirana slučajevima poput onoga Ane Rukavine, a nažalost ne i to da su zadovoljavajuća i pravna rješenja na ovom polju. Svrha ovog rada je ukazati na neka od građanskopravnih pitanja koja su javljaju i iznijeti prijedoge *de lege ferenda.*

Ključne riječi: doniranje organa, građanskopravna pitanja, informirani pristanak, presumirani pristanak, anticipirana naredba

1. UVOD

Jedna od tema o kojoj u Republici Hrvatskoj s ponosom možemo pisati je doniranje[1] i transplantiranje organa. Naime, mi smo među vodećim zemljama u svijetu po broju doniranih i transplantiranih organa na milijun stanovnika, kao i prema ishodima transplantacija, prva po broju transplantiranih bubrega i jetre na milijun stanovnika, a druga po broju transplantiranih srca u svijetu.[2]

[1] Potrebno je odmah naglasiti da je uporaba riječi doniranje u naslovu ovog rada svjestan odabir u svrhu jasnoće za većinu čitatelja među kojima će biti i mnogo onih bez pravničkih znanja. Naime, iako se taj pojam (riječ) često koristi u kontekstu transplatacija, ipak je pravno tehnički to potpuno pogrešan odabir. Darovanje ili doniranje ili poklanjanje u bivšoj državi i terminologiji (to su sinonimi ili istoznačnice) je školski primjer dvostranog i istodobno jednostranoobvezujućeg pravnog posla. To je i besplatni pravni posao. Kod darovanja dolaze u obzir i paulijanske tužbe i opoziv darovanja i u nasljednom pravu *collatio bonorum*, a svega toga nema i ne može biti kod doniranja. S druge strane, doniranje u kontekstu transplantacije uopće dvostrani pravni posao jer tu postoji ili presumirana izjava volje ili izričito dana izjava volje koja je jednostrana. Naravno da postoje i sličnosti. Osnovna je da se radi o besplatnosti, druga koju vrijedi izdvojiti je da se radi o izjavi volje koja mora biti valjana, odnosno ako nije podliježe poništavanju ili utvrđenju ništetnosti.

[2] 2016. godine realizirano je 150 darivatelja organa (35 darivatelja na milijun stanovnika), a ukupno su presađena 354 organa (80 transplantacija na milijun

S obzirom da je riječ o vrlo aktualnoj materiji koja je dio života svih nas[3] (jer smo svi potencijalni donori, ali i potencijalni primatelji) i u kojoj su promjene izuzetno dinamične, potrebno je ukazati na niz otvorenih građanskopravnih pitanja, na koja zakonodavac ne daje odgovore ili daje one koji su daleko od optimalnih. Prethodnu tvrdnju dodatno potvrđuje i veliki porast broja sudskih slučajeva na koje se primjenjuju i tzv. medicinske pravne norme, te sve zajedno mora imati za posljedicu sve veću pažnju stručne i znanstvene zajednice, a to bi moralo dovesti i do bitno veće pažnje zakonodavca. Glede prilagodbe domaćeg zakonodavstva zakonodavstvu Europske unije, donesena su po hitnom postupku na sjednici 14. prosinca 2012. godine dva zakona koji uređuju transplantaciju: Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja[4] i Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica[5], čijim stupanjima na snagu 29. prosinca 2012. je prestao važiti Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja.[6]

---

stanovnika). Presađivanjem organa "novi život na dar" dobio je 191 primatelj bubreg, 35 primatelja srce te sedam primatelja gušteraču. - www.index.hr/vijesti/clanak/hrvatska-u-svjetskom-vrhu-po-broju-doniranih-organa-i-uspjehu-transplantacije, članak od 26.05.2017.

3 I danas je objavljen članak u Slobodnoj Dalmaciji o tome da su organi preminulog Splićanina spasili živote trojice ljudi (dva bubrega i jetra su eksplantirani i transportirani u Zagreb, po njih je došao tim iz KB Merkur), čime je obavljena 16. ovogodišnja eksplantacija organa. – Marković I., Organi preminulog Splićanina spasili živote trojice ljudi Slobodna Dalmacija, 03.listopada 2017., str. 15.

4 Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, NN 144/12 - dalje: ZOT. Objavljen je u NN 21. prosinca 2012., a stupio na snagu osmi dan od objave.

5 Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, NN 144/12 - dalje: ZOP. Zakon je objavljen 21. prosinca 2012., a stupio na snagu osmog dana od dana objave, osim čl. 47., koji je stupio na snagu danom pristupanja RH Europskoj uniji, 1. srpnja 2013. Europska unija donijela je 2010. godine Direktivu 53/2010/EU - *Directive 2010/53/EU on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation,* kojom se propisuju standardi kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih presađivanju. S presađivanjem organa povezani su i rizici koji se odnose na primjenu ljudskih organa u svrhu presađivanja te je cilj ove Direktive bio taj rizik svesti na minimum. Provedbenom Direktivom 2012/25/EU od 9. listopada 2012. o načinu izvješćivanja o razmjeni ljudskih organa namijenjenih presađivanju između država članica - *Commission implementing Directive 2012/25/EU laying down information procedures for the exchange, between Member States, of human organs intended for transplantation,* nalaže se primjena jedinstvenih postupaka i pravila vezanih uz prijenos informacija o obilježju organa i darivatelja, osiguranje sljedivosti organa te sustava za izvješćivanje o ozbiljnim štetnim događajima i reakcijama. Odredbe navedenih direktiva su preuzete u hrvatsko zakonodavstvo putem ZOT i ZOP.

6 Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja, NN 177/04, 45/09 – dalje: ZOT 04.

2. POJAŠNJENJE POJMOVA

2.1. Donor (lat. *donator,* prema *donare:* darovati)**,** ili davatelj, ili darivatelj je, u smislu ovog rada, osoba (dakle, ovdje nećemo razmatrati ksenotransplantaciju[7]) koja temeljem altruizma, te načela besplatnosti i dobrovoljnosti, donira (daje, daruje) jedan ili više organa, ili dio svog organa (npr. jetre), kako bi se spasio ili bitno poboljšao život druge osobe. Pritom je bitno razlikovati sljedeće vrste donora:

1. Potencijalni donor – prema načelu presumiranog pristanka, koji je prihvaćen u hrvatskom pravu, potencijalni donori su svi oni koji nisu upisani u „Negativni registar" donora, u koji se upisuje nakon popunjavanja i potpisivanja „Izjave o nedarivanju dijelova tijela poslije smrti u svrhu liječenja". Dakle, „**Negativni registar**" donora je registar u koji se upisuju oni koji ne žele postati donori organa.

2. Realizirani donor – potencijalni donor čiji su se organi eksplantirali i koristili u transplantaciji organa tako što su implantirani u tijelo primatelja. Ne postanu svi potencijalni donori i realizirani donori i to je razlog velikog manjka organa za transplantaciju, zbog čega su liste čekanja duge i svakodnevno pacijenti umiru jer ne dočekaju potreban organ na vrijeme.

3. Živi donor – obično netko iz obitelji; može se donirati jedan parni organ (bubreg), dio organa (desni, lateralni segment jetre) ili tkiva (koštana srž).

4. Kadaverični donor (njem. Leiche, Leichnam, Kadaver, franc. cadavre, tal. cadavere) – umrla osoba koja se za života nije izričito protivila donaciji organa. Dakle, to je realizirani umrli donor (suprotno od živog donora).[8]

Razlikujemo tri različita tipa kadaveričnih donora:

a) **donori s moždanom smrću** (donori s kucajućim srcem, heart-beating donori) - oni su potencijalni donori svih organa (bubreg, jetra, srce, pluća, pankreas i crijevo) i tkiva (kornea, koža, kost, ligamenti, tetive, srčani zalisci). Iz ove skupine je najveći broj donora i kreće se zavisno o pojedinoj državi od 70-98% svih transplantacija;

---

[7] Mediji prenose vijest objavljenu u američkom časopisu Science da je međunarodni tim znanstvenika napravio korak naprijed u ksenotransplantaciji ili presađivanju organa među različitim vrstama, stvorivši genetski modificirane svinje (umetnuti su im ljudski geni) čiji su organi pogodni za transplantiranje ljudima. – vidjeti: Ksenotransplantacija: Znanstvenici uklonili prepreku u presađivanju svinjskih organa ljudima - Lider/Hina, od 12. kolovoza 2017., dostupno na: https://lider.media/tehnopolis/ksenotransplantacija-znanstvenici-uklonili-prepreku-u-presadivanju-svinjskih-organa-ljudima/.

[8] Više o kadaveričnim donorima: Igor Povrzanović, Petar Orlić et. alt., 1. Tečaj za transplantacijske koordinatore, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatska donorska mreža, Pula, 2003.

b) **donori koji su umrli od kardiopulmonalnog zastoja** (*CPA* donori) - ljudi najviše umiru na ovaj način; ovo je skupina u koju spadaju sve osobe koje su umrle, bilo u bolnici, bilo izvan nje, od nepovratnog cirkulacijskog zastoja bez obzira na njegov uzrok. Oni mogu biti samo donori tkiva;

c) **donori s nekucajućim srcem** (non-heart-beating donori, NHB donori) - može se smatrati podgrupom grupe b), ali gdje je moguće posebnom tehnikom i educiranim kadrom u što kraćem vremenu (općenito ispod 30 minuta) eksplantirati organ. Tu je važno da je vrijeme tople ishemije (vrijeme od nastupa smrti, odnosno kardiocirkulacijskog aresta do uspostave nove perfuzije organa; hladna ishemija je vrijeme od uspostave nove perfuzije do implantacije organa) što kraće.[9]

2.2. Cijeli postupak od doniranja, eksplantacije, te implantacije čini transplantaciju. Treba razlikovati transplantaciju u užem i širem smislu. **Transplantacija u užem smislu** (lat. *trans* – u složenicama označuje: preko, kroz, s druge strane, onkraj + *planta* – biljka prijesadnica, kalem) je premještaj tkiva[10] ili organa[11] na drugo mjesto istog organizma ili na drugi organizam[12]. To je postupak kojim se prenosi jedan organ ili dio organa iz jedne osobe u drugu,

---

[9] Božidar Krstulović, I. Tečaj za transplantacijske koordinatore, Detekcija, selekcija i evaluacija donora, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatska donorska mreža, Pula, 2003.

[10] Tkiva (lat. *textus*) su: rožnica, koža, arterije, vene, kosti, mišići, tetive, srčani zalisci i koštana srž - http://hr.wikipedia.org/tkiva. Tkiva predstavljaju komplekse morfološki i fiziološki istovrsnih stanica zajedničkog porijekla i određene i vrlo često specifične funkcije - http://hr.wikipedia.org/tkiva (ili različitih stanica koje ostvaruju istovrsnu djelatnost - Smatramo da je potpunija definicija iz udžbenika Predrag Keros, Marko Pećina, Mirjana Ivančić-Košuta, Temelji anatomije čovjeka, Naprijed, 1999., str. 15. i 19., u kojoj je sadržano da tkiva tvore i različite stanice koje ostvaruju istovrsnu djelatnost, preciznije - da tkiva tvore istovjetne stanice ili raznovrsne stanice u tijelu, udružene u zajednice gdje međusobno upotpunjuju djelovanja). Pored stanica, u sastav tkiva ulazi i međustanična tvar u većim ili manjim količinama, a stvaraju je same stanice. Tkiva tvore organe, organi oblikuju organske sustave, organski sustavi čine organizam, a temeljna tvorbena i djelatna jedinica čovjekova tijela je stanica.

[11] Organ (lat. organum) je udruženje tkiva koja imaju jednu ili više zajedničkih funkcija. Obično u svakom organu postoje glavno tkivo i sporedna tkiva. Organi koji su zajednički većini velikih živih organizama su: srce i krvne žile, pluća, mozak i živci, osjetila, probavni organi, žlijezde, crijeva, koža, spolni organi, kosti - http://hr.wikipedia.org/wiki/Organi. U transplantacijskom postupku se mora poštovati protokol, koji ovisi i o organu ili tkivu koje se eksplantira.

[12] Bratoljub Klaić, Rječnik stranih riječi, Nakladni zavod MH, Zagreb 1987, str. 1366. i 1368.

ili unutar jedne osobe[13]. Nekim transplantacijama se izravno spašava život, a nekima se ne spašava izravno život, već se njima vraća normalna funkcija dijelovima tijela oštećenima traumom ili bolešću.[14] **Transplantacija u širem smislu** obuhvaća i premještaj tkiva ili organa životinje u drugi organizam, implantaciju umjetnih ili umjetno uzgojenih organa i tkiva u tijelo čovjeka, kao i transplantaciju tkiva i organa životinjama (bilo da je riječ o transplantaciji organa sa životinje na životinju, bilo da je riječ o ugradnji umjetnih ili umjetno uzgojenih organa). Presađeno tkivo ili organ zove se **transplantat** (presadak, kalem). Među organe koji se danas najčešće presađuju spadaju bubreg, srce, jetra, gušterača, koža i rožnica[15]. Organi se mogu transplantirati sa živog ili mrtvog (moždano mrtvog) donora - kadaveričnog donora[16]. Svatko tko se za života izričito ne protivi doniranju, potencijalni je donor nakon što mu se utvrdi smrt. **Eksplantacija**[17] (lat. *ex* – iz + *planta* – sadnica, nasad) je istrgnuće tkiva ili organa iz njegove sredine i presađivanje u novu hranjivu sredinu da tamo dalje raste[18]. Donoru organa ili tkiva organ se eksplantira, da bi se implantirao primatelju, ili se eksplantira iz tijela da bi se implantirao na drugo mjesto u istom tijelu. Dakle, eksplantacija je postupak uzimanja organa ili tkiva donoru, bio on druga osoba ili sam primatelj (najčešće kod transplantacije kože, tkivo se uzima sa zdravog dijela tijela, uzgaja u laboratoriju te implantira na drugo mjesto[19]). Eksplantacija je nužan preduvjet transplantacije u užem smislu. Eksplantacijom potencijalni donor postaje realizirani donor. Zdravstveno i ostalo[20] osoblje koje sudjeluje u procesu transplantacije mora se prema organu

---

13 Klinička bolnica Dubrava, Rječnik pojmova http://www.kbd.hr/index.php?id=645.

14 Pojam „presađivanje" obuhvaća sveukupan postupak uzimanja organa ili tkiva od jedne osobe te presađivanje tog organa ili tkiva drugoj osobi, uključujući sve postupke pripreme, očuvanja i pohrane – čl. 2., st. 4. Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla (sastavljen u Strasbourgu 24. siječnja 2002.).

15 Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža", Zagreb, MCMXCII, str. 903.

16 Prema hrvatskom pravu, kadaverični donor može biti svaka umrla osoba koja se za života nije izričito protivila donaciji organa.

17 Pojam „uzimanje" odnosi se na uzimanje u svrhu presađivanja – čl. 2., st. 4. Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla.

18 Bratoljub Klaić, Rječnik stranih riječi, op. cit., str. 359.

19 Autologna transplantacija – o tome vidjeti u dijelu o vrstama transplantacije.

20 Veliku ulogu imaju svi, ne samo zdravstveno osoblje, već i primjerice, vozač koji prevozi organ automobilom, helikopterom itd., kao i svi koji doprinose da se transplantacija obavi u što kraćem roku i što uspješnije.

odnositi s velikom pažnjom, prema vrlo strogoj proceduri i treba osigurati da eksplantiran organ u što bolje stanju, što brže dođe do primatelja organa. **Implantacija** (lat. *in* – u + *planta* – sadnica, nasad) je presađivanje pojedinih stanica, tkiva ili cijelih organa da se prime na drugom tijelu[21] ili na istom tijelu, ali na drugom mjestu (primjerice, kod transplantacije kože). Implantacijom organ (tkivo, stanica) koji je doniran od neke osobe, ili životinje, ili umjetno uzgojen[22], postaje dijelom tijela primatelja. Nakon implantacije primatelj dobiva lijekove koji mu omogućuju veću vjerojatnost da njegovo tijelo neće odbaciti primljeni organ, odnosno kako bi ga njegovo tijelo lakše prihvatilo kao vlastiti dio. Dakle, implantacija je nužan preduvjet transplantacije, bilo da je riječ o transplantaciji u užem ili širem smislu. **Replantacija** (*lat*. re - natrag, ponovo + planta - sadnica, nasad) je pojam koji označava ponovno presađivanje dijelova tijela na isto mjesto.[23] Replantacija je podvrsta autologne transplantacije, odnosno presađivanje vlastitog dijela tijela, prsta, dijela ekstremiteta, dijela nosa, uške... na isto tijelo.[24]**Transfuzija** (lat. *transfundere* = preliti) je proces prenošenja krvi ili krvnih produkata iz krvnog sustava jedne osobe u krvni sustav druge osobe,[25] ili iz krvnog sustava jedne osobe u krvni sustav iste osobe (autologna transfuzija ili autotransfuzija). To je medicinski postupak kojim se bolesniku daje cjelovita krv ili pojedine krvne sastavnice poput plazme, trombocita ili eritrocita.[26] Transfuziju je moguće podvesti pod transplantaciju u užem smislu[27], u kojoj se krv eksplantira iz tijela jedne osobe i implantira u tijelo druge osobe (homologna transfuzija[28]), ili se uzima od jedne osobe i istoj osobi se vraća krv koju gubi ili se njegova krv unaprijed uzme i pohrani u banci

---

21 Bratoljub Klaić, Rječnik stranih riječi, str. 577.

22 Postoji i cijeli niz implantacija u kojima se umeću terapijske tvari u tkivo (hipodermijska, parenhimijska, periostna i dr.) - Medicinski leksikon, op. cit., str. 361.

23 Bora Čejović, Krivičnopravni problemi transplantacije dijelova čovječjeg tijela, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd, 1974., str. 13.

24 Ivica Ružička, Replantacija amputiranog dijela tijela, Narodni zdravstveni list: www.zzjzpgz.hr/nzl.

25 Wikipedia: hr.wikipedia.org/wiki/Transfuzija_krvi.

26 Struna, Hrvatsko strukovno nazivlje: struna.ihjj.hr/naziv/transfuzija-krvi/16874.

27 Samo među ljudima. Transfuzija se vrši i među životinjama, ali se ne vrši transfuzija s životinje na čovjeka i obratno. Različite vrste životinja zahtijevaju različite razine testiranja kako bi se osigurala kompatibilna grupa. Primjerice, mačke imaju 3 krvne grupe, goveda imaju 11, psi imaju 12, svinje 16, a konji 34 krvne grupe. – Wikipedia: hr.wikipedia.org/wiki/Transfuzija_krvi.

28 Više: H. A. Davis, J. F. Blalock Jr., Autologus and homologus transfusion of human ascitic fluid, The Journal of Clinical Investigation, Volume 18, Issue 2, 1939., str. 219–224., članak dostupan i na: www.jci.org/articles/view/101037/files/pdf.

krvi da bi se u slučaju potrebe vratilo u tijelo te osobe (autologna transfuzija[29]). Zakon o krvi i krvnim pripravcima[30] definira autolognu transfuziju kao oblik transfuzijskoga liječenja u kojemu su donor krvi i primatelj krvi ista osoba i pri kojemu se primjenjuje prethodno uzeta i pohranjena krv ili prireñeni krvni pripravak. Međutim, dok je doniranje ostalih dijelova ljudskog tijela uređeno u ZOT i ZOP, Zakonom o krvi i krvnim pripravcima uređena je opskrba stanovništva Republike Hrvatske krvlju i krvnim pripravcima, uključujući planiranje, prikupljanje i testiranje krvi te proizvodnja, čuvanje i raspodjela krvnih pripravaka. Ove se odredbe ne primjenjuju na opskrbu lijekovima iz ljudske krvi ili ljudske plazme.

2.3. Uzimanje organa od živog donora O uzimanju organa od **živog** donora u svrhu presađivanja primatelju odlučuje tim transplantacijskog centra i etičko povjerenstvo[31] transplantacijskog centra u kojem će se izvršiti presađivanje, osim u slučaju uzimanja organa od živog srodnog donora prve linije krvnog srodstva, u kojem slučaju nije potrebna odluka etičkog povjerenstva zdravstvene ustanove.[32] O potrebi liječenja primatelja tkivom živog donora odlučuje stručni tim zdravstvene ustanove u kojoj će se pacijent liječiti, a taj stručni tim imenuje zdravstvena ustanova.[33] Dijelovi tijela smiju se uzeti samo osobi starijoj od osamnaest godina[34], pod uvjetom da je poslovno sposobna[35]. Iznimno se može odobriti uzimanje tkiva koje se obnavlja od maloljetne osobe te od punoljetne osobe koja nije sposobna za rasuđivanje, ako su ispunjeni zakonski uvjeti.[36] Prije uzimanja organa i tkiva, moraju se poduzeti odgovarajuće medicinske pretrage i postupci radi procjene i smanjenja fizičkih i psihičkih rizika za zdravlje donora.[37] Prema čl. 14. ZOT (za organe) i čl. 16., st. 1. ZOP (za tkiva) uzimanje dijelova tijela od živog donora dozvoljeno je samo ako je donor za taj zahvat dao suglasnost u pisanom obliku. Suglasnost se odnosi samo na predviđeni zahvat te mora biti izraz slobodne volje donora, utemeljene na

[29] Ibid.

[30] Zakon o krvi i krvnim pripravcima, NN 79/06, 124/11.

[31] Prema čl. 14. , st. 1. i 2. ZOT prije uzimanja organa ili tkiva moraju se provesti odgovarajuće medicinske pretrage i zahvati radi procjene i smanjenja fizičkih i psihičkih rizika za zdravlje donora i organ ili tkivo ne smije se uzeti ako postoji rizik za život ili zdravlje donora.

[32] Vidjeti čl. 11. ZOT.

[33] Čl. 13. ZOP.

[34] Iznimno, prema čl. 19. ZOP, dopušteno je prikupljanje i pohranjivanje krvotvornih matičnih stanica prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta. Tako prikupljene stanice mogu se upotrijebiti za presađivanje i srodnicima i nesrodnicima.

[35] Vidjeti čl. 13. ZOT; čl. 15. ZOP.

[36] Propisani u čl. 17. ZOP.

[37] Čl. 12., st. 1. ZOT; čl. 14., st. 1. ZOP.

odgovarajućoj obavijesti[38] o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenim rizicima,[39]a donor može slobodno i u bilo koje vrijeme, do početka postupka uzimanja, opozvati svoju suglasnost.[40]

2.4. Uzimanje organa od mrtvog donora (kadavera) Većina donora organa je kadaverična (s mrtvog donora - kadavera).[41] Dijelovi tijela s umrle osobe mogu se uzimati radi presađivanja drugoj osobi nakon što je sa sigurnošću, prema medicinskim kriterijima i na propisan način utvrđena smrt.[42] Smrt osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja utvrđuje povjerenstvo zdravstvene ustanove sastavljeno od dva doktora medicine odgovarajućih specijalnosti[43], s tim da u radu povjerenstva ne smije sudjelovati doktor medicine koji sudjeluje u uzimanju ili presađivanju dijela tijela s umrle osobe ili je odgovoran za brigu o mogućim primateljima dijela tijela.[44]

---

38 Prilikom davanja obavijesti donora organa treba upoznati s njegovim pravima propisanim ZOT, a osobito o pravu na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje i to od liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja.- čl 15., st. 3. ZOT. Za tkiva isto propisuje čl. 16., st. 4. ZOP.

39 Vidjeti čl. 15., st. 2. ZOT; čl. 16., st. 3. ZOP.

40 Vidjeti čl. 15., st. 4. ZOT; čl. 16., st. 6. ZOP.

41 ZOT u čl. 22., st. 1. i 2. određuje da osobni podaci o donorima i primateljima organa predstavljaju profesionalnu tajnu. Osobne podatke o umrlom donoru nije dozvoljeno davati primatelju, a osobne podatke o primatelju obitelji umrloga donora. Liječniku primatelja mora se zbog medicinski opravdanog razloga omogućiti uvid u zdravstvene podatke donora. O obavljenim transplantacijama vodi se iscrpna medicinska dokumentacija. To je normirano Pravilnikom o načinu vođenja medicinske dokumentacije obavljenih uzimanja i presađivanje dijelova ljudskog tijela, NN 152/05., u kojem je u čl. 2. izričito propisano da se na prikupljanje, obradu i razmjenu osobnih podataka za vođenje dokumentacije primjenjuju se odgovarajuće odredbe propisa o zaštiti tajnosti podataka. Način čuvanja osobnih podataka reguliran je u Pravilniku o načinu čuvanja osobnih podataka darivatelja i primatelja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, NN 141/05.

42 Čl. 16., st. 1. ZOT; čl. 21. ZOP.

43 Čl. 16., st. 3. ZOT. ZOT 04 je u čl. 21., st. 4. propisivao da to povjerenstvo mora činiti najmanje tri liječnika.

44 Čl. 16., st. 4. ZOT.

3. SPECIFIČNOSTI INFORMIRANOG PRISTANKA KOD TRANSPLANTACIJE

3.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2003.[45] nije definirao[46] pojam "informirani pristanak", ali je propisivao da u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na točno informiranje i pouku o svim pitanjima koja se tiču njezina zdravlja[47]. U ZZZ[48] je iz članka 22. koji govori o pravima i dužnostima osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite čak potpuno izbačeno navođenje točnog informiranja i pouke o svim pitanjima koja se tiču pacijentova zdravlja kao jednog od prava i dužnosti, ali u pravnoj teoriji i sudskoj praksi (posebice američkoj), navodi se da informirani pristanak u sebi uključuje pravo pacijenta biti upućen i informiran o karakteru i ozbiljnosti njegove bolesti, općoj prirodi, rizicima i ozbiljnosti predloženog tipa liječenja ili zahvata, mogućnostima uspješnog liječenja, dostupnosti i rizicima alternativnih metoda liječenja te eventualno o eksperimentalnoj prirodi predloženog zahvata ili liječenja.[49] ZZZ 03 je predviđao[50] da svaka osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite ima pravo na slobodan izbor između više mogućih oblika medicinskih intervencija koje mu ponudi doktor medicine, odnosno doktor stomatologije, osim u slučaju neodgodive intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje osobe ili izazvalo trajna oštećenja. Ako osoba (pacijent) nije sposobna donijeti ovakvu odluku ili je maloljetna, za donošenje odluke ovlašteni su:

---

45 Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2003., NN 121/03, 48/05, 85/06, 117/08, 82/13 - dalje: ZZZ 03 (nije na snazi).

46 U Zakonu o zaštiti prava pacijenata, NN 169/04, 37/08 – dalje: ZZPP, pojam informiranje je označen preciznije. Prema čl. 8., st. 1. ZZPP pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o:
– svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
– preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,
– mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
– svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
– mogućim zamjenama za preporučene postupke,
– tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,
– daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
– preporučenom načinu života,
– pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

47 Čl. 21., st. 1., toč. 6. ZZZ 03.

48 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16. – dalje: ZZZ.

49 Josip Mađarić, Informirani pristanak – pravo svakog pacijenta, na: Udruga Pacijent danas – Rijeka, http://www.pacijenti.hr/news.aspx?NewsID=83&PageID=30.

50 Čl. 21. st. 1., toč. 5. ZZZ 03.

bračni drug, roditelji, punoljetna djeca te punoljetna braća i sestre i skrbnik, odnosno zakonski zastupnik te osobe. Prema ZZZ 03 traženje te suglasnosti nije bilo obvezno ako bi zbog njezinog pribavljanja proteklo vrijeme zbog čega bi život osobe bio ugrožen, a ona u tom trenutku nije u stanju donijeti takvu odluku.[51] ZZZ ne sadrži te odredbe. Jedino objašnjenje koje nam je logično jest da je zakonodavac shvatio da je bolje o tako važnom pitanju ne govoriti na paušalan način, kako je do sada bio slučaj u ZZZ 03, već da je sve prepušteno ZZPP i ostalim zakonima, poput ZOT – koji specificiraju pojam „informiranje". Međutim, smatramo da je pogrešno izbacivati pravo na točno informiranje i pouku iz popisa prava i dužnosti osoba u ostvarivanje zdravstvene zaštite.[52]

Prema načelu *volenti non fit iniuria* pristanak pacijenta isključuje protupravnost medicinske intervencije pod uvjetom da je pravno valjan i da su izvedeni oni zahvati za koje je, nakon obavijesti o njima, dan pristanak.[53] Ako nije bilo valjanog pristanka, zahvat je protupravan jer se njime krši pravo na tjelesni integritet. U slučaju neuspješnog zahvata bez pravno valjanog pristanka, odgovara se za svu njime prouzročenu štetu, makar je zahvat *lege artis* izveden[54]. Problem je složeniji u slučaju kada je samovoljni medicinski zahvat bio medicinski indiciran, obavljen *lege artis* i dao uspješne rezultate.[55] Među pravnicima postoje različita mišljenja. Prema vladajućem stavu u njemačkom pravu i u tom slučaju se smatra da ne postoji pristanak pacijenta i to predstavlja protupravnu povredu tijela, koja ga čini odgovornim za sve nastale štete (imovinske i neimovinske, neizbježne i one koje su se mogle izbjeći) koje uslijed toga nastanu.[56] Slažemo se sa stavom da ako zahvat izveden bez pristanka pacijenta uspije, a da pritom ne bude počinjena liječnička greška,

---

51 Čl. 21., st. 1., toč. 5. ZZZ 03.

52 Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i transplantacija, Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Plitvice, 2015., str. 140.-141.

53 Petar Klarić, Odštetno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2003., 404.

54 Takvo gledište prihvaća njemačka i švicarska sudska praksa.

55 Usp. Nenad Đurđević, Pristanak pacijenta na lečenje, Pravni fakultet, Institut za pravne i društvene nauke, Kragujevac, 1997., str. 132.

56 Erwin Deutsch, Die Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten, Neue Juristische Wochenschrift, br. 39., 1979., str. 1905.-1909. – prema Nenad Đurđević, op. cit., str. 132. i 133. U poslijednje vrijeme sve veći broj njemačkih pravnih teoretičara smatra da to ne bi predstavljalo tjelesnu povrijedu, već isključivo predstavlja neovlašteno zadiranje u pravo osobnosti pacijenta, kao zaštićenog pravnog dobra - slobodu odlučivanja, odnosno samoodređenja u odnosu na tijelo i zdravlje. - Nenad Đurđević, ibid.

može se odgovarati jedino za nastalu štetu kao posljedicu povrede prava na tjelesni integritet, dakle za neimovinsku štetu.[57]

3.2. Obveza informiranja pacijenta ima i procesnopravnu posljedicu. Naime, kada pacijenti u odštetnoj parnici protiv liječnika ne mogu dokazati liječničku grešku kao uzrok pretrpljene štete, onda često ističu prigovor neobavještavanja ili nedovoljnog obavještavanja o medicinskoj intervenciji. Takvim prigovorom teret dokaza prebacuju na liječnika.[58] Time dolaze u bitno bolju poziciju u sudskom postupku jer liječnik onda treba dokazati da nije kriv za to za što ga se u postupku tereti. Naknadni pristanak nema djelovanje na protupravnost radnje, ali može imati značaj oprosta duga.[59]

3.3. Za razliku od ZZZ, ZOT i ZOP preciznije[60] određuju što informiranje treba obuhvaćati.[61] Transplantacija je vrlo složen postupak, i medicinski: sastoji se od niza operativnih postupaka, a i pravno je vrlo zahtjevan - spomenimo samo činjenicu da je kod transplantacije riječ o nizu pravnih poslova: ustanova (liječnički tim te ustanove) koja eksplantira - donor; ustanova koja eksplantira -ustanova koja implantira (ako su različite, što u pravilu jesu), ustanova koja implantira - primatelj, a kada uzmemo u obzir i postupak transporta, koji je moguće da obavlja neko treći, situacija se dodatno usložava. Informirani pristanak je pitanje koje je od iznimnog značaja u medicinskom pravu uopće, a kod transplantacije posebno, gdje imamo moguće vrlo složene situacije – od toga da donor može biti živa, ali i umrla osoba, pa do toga da je potreban informirani pristanak i od donora i od primatelja. Dakle, pristanku pacijenta na

---

57 Petar Klarić, Građanskopravna odgovornost u medicini, okrugli stol održan 19. veljače 2001. u HAZU, na: www.pravnadatoteka.hr/.../Odgovornost_za_stetu_zbog_gresaka_u_medicini.doc.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 144.-145.

58 Ibid.

59 Nenad Đurđević, op. cit., str. 144.; .; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 145.

60 To pitanje reguliraju i čl. 6.-15. ZZPP, a prema čl. 11. ZZPP tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, pacijent ima pravo na obaviještenost o uspjehu, odnosno, neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih. Također, prema čl. 12. ZZPP pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

61 Prema njemu bi liječnik prije davanja suglasnosti primatelju morao dati „odgovarajuću obavijest o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenih rizika“, temeljem čega primatelj daje pisanu suglasnost kao izraz slobodne volje, utemeljene na dobivenoj obavijesti - čl. 21., st. 2. ZOT; čl. 16., st. 3. ZOP., uz dodatnu obvezu liječnika da donora upozna s pravom na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje i to od liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja. - Čl. 15., st. 3. ZOT; čl. 16., st. 4. ZOP.

liječenje, u smislu pristanka na postupak transplantacije, nužno mora prethoditi informiranje - *voluntas aegroti suprema lex* (volja pacijenata je iznad zakona).[62] To se odnosi na donora i na primatelja organa. Glede donora, razlikujemo situacije kada je donor kadaveričan i kada je donor živa osoba. U hrvatskom pravu prihvaćeno je načelo presumiranog pristanka, **pa se dijelovi tijela s umrle osobe (kadavera)** smiju uzeti radi presađivanja samo ako se donor za života nije tome u pisanom obliku protivio[63], a pisanu izjavu o nedarivanju punoljetna osoba sposobna za rasuđivanje daje izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite.[64] Ako je ta pisana izjava dana izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite, on ju dostavlja ministarstvu nadležnom za zdravlje.[65] Pisana izjava se pohranjuje u ministarstvu, a podaci se unose u Registar nedarivatelja („Negativni registar").[66] Odluka želi li biti donor ili ne je dio prava na informirani pristanak (koji u sebi sadrži i pravo na odbijanje). Ti podaci su profesionalna tajna.[67] Osoba može u svakom trenutku opozvati svoju izjavu o nedarivanju.[68] Iznimno, za punoljetne osobe koje nisu sposobne za rasuđivanje[69] pisanu izjavu o nedarivanju, solemniziranu od strane javnog bilježnika, daje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik.[70] Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba daje izjavu o nedarivanju u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime dati izjavu o nedarivanju[71], a moglo bi se raspravljati o tome je li javnobilježnički trošak prikriveno ograničenje prava na nedarivanje. Dijelovi

---

62 Za englesko pravo: "*Any medical treatment involving physical contact with the patient's body is prima facie a battery unless the patient hac expressly or implicity consented to that contact*. "- Clerk & Lindsell, on Torts, Eighteen edition, General editor: Antony M. Dugdale, Sweet & Maxwell, London, 2000., str. 430.

63 Čl. 17., st. 1. ZOT; čl. 22., st. 1. ZOP.

64 Ibid.

65 Čl. 18., st. 1. ZOT; čl. 23., st. 1. ZOP.

66 Čl. 18., st. 4. ZOT; čl. 23., st. 3. ZOP.

67 Čl. 18., st. 5. ZOT; čl. 23., st. 4. ZOP. O tome detaljnije: Jozo Čizmić, Pravno uređenje instituta liječničke tajne u hrvatskom pravu, liječnička pogreška – medicinski i pravni aspekti, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije, Medicinski i Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2009., str. 37.- 85.

68 Čl. 28., st. 3. ZOT; čl. 23., st. 2. ZOP.

69 O statusu punoljetnih osoba koje nisu sposobne za rasuđivanje prema ZZPP i ZZZ vidjeti: Ivana Milas, Pravni status skrbnika kao jamstvo zaštite ljudskih prava odraslih, Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2010., str. 344.-362.

70 Čl. 17., st.3. ZOT; čl. 22., st. 3. ZOP.

71 Čl. 17., st. 4. ZOT; čl. 22., st. 4. ZOP.

tijela umrle osobe, koja nije državljanin Republike Hrvatske, odnosno nema u Republici Hrvatskoj stalni boravak, mogu se uzeti radi presađivanja kada na to u pisanom obliku pristane bračni ili izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra umrle osobe.[72]

Kada je donor živa osoba, za njega vrijedi pravo na informirani pristanak prije postupka transplantacije (koji uključuje sve faze, i pripremu za taj postupak[73]). Uzimanje dijelova tijela **od živog donora** dozvoljeno je samo ako je on za taj zahvat dao suglasnost u pisanom obliku.[74] Suglasnost donora organa ili tkiva mora se odnositi samo na predviđeni zahvat i daje se u pisanom obliku te mora biti izraz slobodne volje donora, utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenim rizicima.[75] Prilikom davanja obavijesti donora treba upoznati s njegovim pravima propisanim u ZOT i ZOP, a osobito o pravu na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje i to od liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja. Donor može slobodno i u bilo koje vrijeme do početka postupka uzimanja opozvati svoju suglasnost.[76] Primjerice, ZOT propisuje da je organe dozvoljeno uzimati samo od potpuno poslovno sposobnog punoljetnika[77]. Ne regulira ni iznimno doniranje organa od živog maloljetnika. Smatramo da nije dobro što ZOT ne dopušta za organe iste uvjete kao ZOP za tkiva, dakle da je iznimno moguće doniranje jednog od parnih organa od živog maloljetnika, ukoliko su primatelji roditelj, brat ili sestra donora, nema na raspolaganju odgovarajućeg donora koji je sposoban dati suglasnost, doniranje ima za svrhu spašavanje života primatelja, pribavljena je suglasnost u pisanom obliku zakonskog zastupnika donora ili ako ga nema, etičkog povjerenstva zdravstvene ustanove u kojoj će se obaviti presađivanje i mogući se donor ne protivi. Prema važećim propisima, maloljetnik za života ne može pristati na doniranje organa (za tkiva samo iznimno), a nakon smrti o doniranju njegovih organa odlučuju pisanim pristankom oba roditelja, ako su živi ili njegov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik.[78] Prema tome, maloljetnik ne bi imao nikakvo pravo odlučiti što želi sa svojim tijelom, što smatramo, nije u skladu s konvencijama kojih je potpisnica i Republika Hrvatska. Do sada je vrijedilo za organe i tkiva isto u ZOT 04. Mislimo da je riječ o propustu da se propiše iznimka kod

[72] Čl. 19. ZOT; čl. 24. ZOP.
[73] U smislu testiranja je li riječ o kompatibilnom donoru itd.
[74] Čl. 14. ZOT; čl. 16., st. 1. ZOP.
[75] Čl. 15., st. 2. ZOT; čl. 16., st. 3. ZOP.
[76] Čl. 15., st. 4. ZOT; čl. 16., st. 6. ZOP.
[77] Čl. 13. ZOT.
[78] Čl. 20. ZOT; čl. 25. ZOP.

organa. U isto vrijeme, ti zakoni sadrže odredbe koje reguliraju iste stvari, ali različito – ZOT za organe, ZOP za tkiva i stanice, što je po naravi stvari logično jer postoje posebnosti za svaki od njih. Znači, ne možemo jednostavno primjenjivati ono što je uređeno u jednom, kao da postoji i u drugom, jer je riječ o različitim zakonima. Dakle, što učiniti kada je nešto regulirano samo u jednom? Zakonodavac je ostavio pravnu prazninu, što smatramo vrlo lošim i direktnom ugrozom pravne sigurnosti i vladavine prava. Što se **primatelja** tiče, on mora dati pisanu suglasnost, koja mora biti izraz slobodne volje primatelja, utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenih rizika.[79]

3.4. Kod kadaveričnih donora, informirani pristanak imamo kroz pretpostavljeni pristanak, jer se osoba tijekom života nije upisala u „Negativni registar" i tako isključila djelovanje načela pretpostavljenog pristanka u odnosu na sebe kao potencijalnog donora organa. Nužno je prihvaćenu pravnu normu dosljedno provoditi, a hrvatska stvarnost je označena glede doniranja postupkom svih liječnika koji je upravo suprotan zakonskoj presumpciji suglasnosti, dakle protupravan sa svim posljedicama tog utvrđenja. Unatoč zakonskoj presumpciji suglasnosti, naši liječnici redovito pitaju obitelj[80] potencijalnog donora za dozvolu da se organi doniraju i onda postupaju u skladu s njihovom odlukom, ali moraju biti svjesni toga da je zakon po pravnoj snazi iznad kodeksa[81] i da je ovakav čin protupravan, te da se izlažu i građanskopravnoj i kaznenopravnoj i stegovnoj odgovornosti.

3.5. ZOT i ZOP sadrže odredbe koje izričito reguliraju i davanje suglasnosti primatelja organa i tkiva. Za razliku od naših zakona koji reguliraju transplantaciju, zakoni o transplantaciji nekih europskih zemalja uopće ne sadrže odredbe koje izričito reguliraju davanje suglasnosti primatelja organa i tkiva za

---

79 Čl. 21. ZOT; čl. 10. ZOP.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 142.-143.

80 Pojam obitelj ne označava u građanskom pravu i subjekt prava, barem ne u onom klasičnom smislu. Naprotiv, radi se o pojmu glede kojega je često (bar u građanskom pravu, a naročito i u medicinskom pravu koje svoj temelj i izvor ima u građanskom pravu) nejasno koji mu je sadržaj i zašto mu je baš "to nešto" sadržaj u konkretnom slučaju (poseban problem je slučaj kolizije volja članova obitelji).

81 Prema čl. 5. Kodeksa medicinske etike i deontologije u slučaju smrti mozga, utvrđene na stručno prihvaćeni način, liječnik smije u okviru pozitivnih propisa održavati život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih pacijenata. O namjeri da s mrtvog tijela presadi dijelove tijela, organe ili tkiva, liječnik će obavijestiti najbližu obitelj, odnosno skrbnika. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se obitelj tome ne protivi i ako se donor za života nije tome u pisanom obliku protivio.

presađivanje, npr. njemački zakon o transplantaciji (Transplantationgesetz – TPG), Nizozemske (The Organ Donation Act, 1996), Švicarske (Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen - Transplantationsgesetz), Italije (Legge 1 aprile 1999, n. 91) i Francuske (Loi N. 94-654 du 29 juillet 1994).[82] Smatramo korisnim spomenuti slučaj pacijentice Jennifer Wederell, koja je umrla u kolovozu 2012. god. od raka pluća 16 mjeseci nakon što su joj transplatirana pluća pušača. Pravni problem je u tome što pacijenticu nitko u sklopu informiranja, nakon kojega je dala svoj informirani pristanak, nije upozorio na ovu okolnost. Bolnica se ispričala priznajući da je pacijentica morala imati mogućnost izbora i objasnila kako je vrlo rijetko da osobe koje su na listi čekanja izjave kako ne žele biti razmatrane kao potencijalni primatelji za klinički zdrava pluća pušača. Bolnica je izjavila i da, kada bi se s popisa raspoloživih pluća za transplantaciju brisalo ona koja dolaze od donora pušača, ukupan broj bi se smanjio za čak 40%.[83] Temeljno pitanje u tom slučaju jest je li pristanak bez saznanja o tome da se radi o plućima pušača moguće tretirati kao informirani pristanak ili ne. Prema našem mišljenju, dvojba se svodi na to što znači pojam „klinički zdrava pluća". Ako to znači da nema nikakve medicinske indikacije koja bi ukazivala na to da je transplantacija rizična (pa na to ne utječe podatak o tome da se radi o pušaču), trebalo bi smatrati da je pristanak valjan. Ukoliko već sama činjenica da se radi o plućima pušača znači objektivno povećani rizik, jedini mogući zaključak je da se pacijenta o tome mora informirati, sa svim mogućim pravnim učincima kršenja te obveze.[84]

3.6. Višak doniranog materijala. Prema ZZPP informacija mora biti jasna, izrečena jezikom i na način koji pacijent s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti, može razumjeti.[85] To je odredba koju je vrlo teško primijeniti u većini slučajeva. Naime, često liječnici pacijenta ne poznaju dovoljno dobro kako bi znali precizno procijeniti mentalne sposobnosti pacijenta, jer često pacijenti radi nelagode, respekta ili straha ne razvijaju neku bogatiju konverzaciju s liječnikom, a često za to i nema vremena pa je vrlo problematično od liječnika tražiti da procijeni mentalne sposobnosti pacijenta i razumije li u potpunosti sve date mu informacije. Sporan dio ove odredbe je i traženje da liječnik procijeni razumije li pacijent sve informacije

---

[82] Maja Čolaković, Maloljetna osoba kao davalac i primalac organa i tkiva za transplantaciju, Materia Socio Medica, Vol. 20. - No. 1., 2008., str. 35.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 143.

[83] Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i transplantacija, op. cit., str. 146.

[84] Ibid.

[85] Čl. 8. ZZPP.

s obzirom na obrazovanje, jer obrazovanje može biti indikativni pokazatelj, ali nije nužno da je obrazovanija osoba inteligentnija od neobrazovane. Također, propustilo se izričito propisati da bi liječnik morao pacijentu iznijeti osobne interese koje bi mogao imati u poduzimanju određenog zahvata, bilo da proizlaze iz istraživanja kojima se liječnik bavi ili su ekonomske prirode, a koji mogu utjecati na liječnikovu prosudbu o željenom tretmanu.[86] Takva obveza za liječnike u SAD stvorena je presudom u slučaju Moore v. Regents of University of California.[87] Slučaj **Moore v. Regents of the University of California** iz 1990. (51 Cal. 3d 120; 271 Cal. Rptr. 146; 793 P.2d 479)[88]: Pacijent John Moore je imao leukemiju. 1976. godine uzimani su mu uzorci krvi, uzorak koštane srži itd. i nakon što je dijagnoza potvrđena, odstranjena mu je slezena u UCLA medicinskom centru. Po liječničkoj uputi, nakon što mu je jetra odstranjena, Moore je niz puta dolazio u isti taj medicinski centar, gdje mu je svaki put uzimana krv, uzorci kože, uzorci koštane srži i sperma, sve uz obrazloženje da je to nužno kako bi se pratio njegov oporavak, da budu upućeni u stanje u svrhu izlječenja. Svaki put je Moore morao putovati iz Seattlea u UCLA medicinski centar, jer mu je rečeno da se ti postupci mogu obavljati samo tamo i da ih obavlja samo dr. Golde, kod kojega je odlazio. U međuvremenu, dr. David W. Golde je radio istraživanja na stanicama Johna Moorea, namjeravavši ih komercijalno iskoristiti, a sve iskoristivši povjerenje koje je u njega imao pacijent. Dr. Golde je uspio u svom naumu i uz pomoć Mooreovih stanica (T-limfocita) dobio je poseban limfokin (taj gen je usađen u genetski kod bakterije, koje produciraju veliku količinu limfokina). 1984. godine dr. Golde je patentirao[89] svoj izum. Nakon toga dr. Golde je postao

[86] Tako i više: Ksenija Turković, Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj, Medicina 2008., Vol. 44, No. 2, str. 158.-170., rad dostupan na: http://hrcak.srce.hr/medicina.

[87] 51 Cal. 3d 120; 271 Cal. Rptr. 146; 793 P.2d 479 (1990).

[88] Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 6. Auflage; Springer, 2008. , str. 548.

[89] Već rano je došlo do snivanja prava industrijskog vlasništva (patenta) za biljke. Izolirani dio ljudskoga tijela (npr. sekvenca gena) može biti patentiran (§1a odl. 2 PatG). Danas je u njemačkom pravu ovo regulirano u § 2 PatG. Prema njemu, patentiranje se može koristiti kod pokušaja kloniranja ljudskih bića, kod postupaka koji mijenjaju genetski identitet ljudskoga bića, kod korištenja ljudskih embriona zbog industrijske ili komercijale upotrebe, zbog postupka promjene gena (patentirati se mogu stanice, npr. interferoni te fragmenti DNK koji kodiranju značajne proteine). Slučaj T 19/90 miš s karcinomom/Harvard: na mošu s karcinomom su uspješno izvršene promjene u genima. EPA je nakon rasprava odbila patent. Patent br. 112 149 – relaxin: sekvenca DNK od ljudskog jaja s kodiranim hormonom relaxina. Hormon djeluje na uterus pri porodu. Izvorni materijal ovarija je doniran pri ginekološkoj operaciji, koje se moglo

plaćeni savjetnik Genetics Institute-a, te je komercijalizirao svoj znanstveni doseg.[90] John Moore je tužio dr. Goldea, Regents of the University of California (oni su sudjelovali u komercijalizaciji patentiranog limfokina), dr. Shirley G. Quana (znanstvenik koji je surađivao s dr. Goldeom na tom projektu, a zaposlenik je Regents of the University of California), Genetics Institute (koji je platio dr. Goldea za pravo na komercijalno korištenje limfokina) i Sandoz Pharmaceuticals Corporation (koji je također sudjelovao u komercijalizaciji). Sud u Kaliforniji je zaključio da je dr. Golde imao dužnost obavijestiti Moorea o svojim nakanama i o želji za komercijalnim korištenjem njegovog genetskog materijala. Sudac Edward Panelli i još trojica od sedmorice sudaca koji su sudili u ovom slučaju naveli su da osoba nema pravo nad produktima svog tijela, jer da oni nemaju obilježje „jedinstvenosti" i da „stanice Johna Moora nisu više jedinstvene nego kemijska formula za hemoglobin". Odbacili su i argument da „treba zaštititi Mooreovu privatnost i dostojanstvo". Smatrali su da je to već zaštićeno kroz informirani pristanak. Naveli su i da je zakonom dopušteno uništenje ljudskih organa i tkiva koji su izvađeni iz tijela, pa im je to bio argument za stav da pacijent nema pravo posjedovati svoje izvađene organe i tkiva. Također, njihov stav je bio da se ne može imati pravo vlasništva nad stanicama, već od proizvoda koji su dobiveni od stanica. Zauzeli su stav da bi priznanje prava vlasništva nad uzetim stanicama Johna Moora imalo vrlo negativan efekt na medicinska istraživanja. Naime, istraživački laboratoriji koriste veliku količinu medicinskih uzoraka i od njih se ne može očekivati da znaju podrijetlo svakog uzorka. Međutim, ipak su naveli da su pravo na privatnost i tjelesni integritet zaštićeni kroz informirani pristanak, a da je on morao sadržavati podatke o ekonomskim interesima dr. Goldea. Sudac Arabian je napisao izdvojeno mišljenje u kojem je naveo da smatra da sud uopće ne može odlučiti u ovom slučaju zbog dubokih filozofskih, moralnih i vjerskih pitanja koja su otvorena u ovom slučaju.[91] Sudac Broussard se

usporediti s doniranjem krvi. Europski Parlament je odbio razvrstati patent za gene i za ljudske supstance (liječenje ljudi). - Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, op. cit., str. 550. i 551.

90 Prema nekim izvorima radi se o nastanku lijeka čija je tržišna vrijednost oko tri milijarde američkih dolara –Marta Sjeničić, Komercijalno korištenje čovjekovih tjelesnih supstanci, Pravni život, broj 9/2003., str. 318.

91 Postoji primjer iz austrijske sudske prakse (Österr. OGH ÖJZ 1987., 386.) koji je ostao neriješen na sudu: Nakon obdukcije su hipofize predane farmaceutskom lancu za komercijalno korištenje, uz novčanu naknadu. Žlijezde su korištene za proizvodnju lijekova koji sprječavaju smetnje pri rastu. Pošto se kod obdukcije ne može više zatražiti odobrenje osobe, ovaj slučaj je ostao neriješen pred austrijskim sudom. - Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, op. cit., str. 548. Naše mišljenje je da bi trebalo ovo biti normirano na način da liječnici nemaju pravo, bez posebnog odobrenja nasljednika,

djelomično složio, a u dijelu je imao i suprotno mišljenje. Sudac Mosk je smatrao da je John Moore trebao imati pravo sam odlučiti hoće li dati da se njegov genetski materijal uništi, ili će ga prodati laboratoriju. Dakle, smatrao je da je povrijeđeno njegovo pravo na informirani pristanak. Međutim, smatrao je da Moore treba dokazati da bi, da je znao za želju da se njegov genetski materijal komercijalno koristi, odbio pristati na to. Dakle, bio je stava da Moore može uspjeti u postupku samo protiv dr. Goldea i to zbog povrijeđenog prava na informirani pristanak. Dakle, stav suda je da Moore ne može imati pravo vlasništva nad svojim stanicama koje su bile izvađene iz tijela, ali da predmet vlasništva mogu biti stanice stvorene od Moreovih. Međutim, sud je zaključio da su liječnici imali obvezu informirati pacijenta i da je **povrijeđeno njegovo pravo na informirani pristanak**. Došlo je do izvansudske nagodbe.[92]

Ukoliko dođe do viška doniranog sredstva, npr. krvi, prema njemačkom pravu donor ne treba dati posebnu dozvolu da se višak upotrijebi za testiranja, smatra se da donor predaje vlasništvo npr. krvi ili kosti na instituciju, odnosno na primatelja.[93] Drukčije je ako na određenim stanicama tijela postoji komercijalno pravo ili patent.[94] Neki njemački autori[95] iznose stav da su dijelovi tijela kao otpad, npr. kod šišanja kose, odstranjene kosti nakon operacije kosti, placenta (posteljica) nakon poroda, također stvari. Vlasništvo pripada vlasniku, odnosno pacijentu, a on ga prepušta liječničkom osoblju ili instituciji u kojoj se liječi. Prijenos vlasništva instituciji ili liječničkom osoblju se smatra dopuštenim samo ukoliko se jamči uobičajeno korištenje. Međutim, ako se materijal misli koristiti izvan toga, mora se obavijestiti pacijenta od kojega on potječe, npr. ako se kosti namjeravaju koristiti u transplantaciji. U ovom slučaju mora biti obaviješten i dati svoju suglasnost, jer je u Njemačkoj prihvaćeno načelo izričitog pristanka na transplantaciju. [96]

---

uzimati dijelove tijela nakon smrti za korištenje u komercijalne svrhe. U zemljama u kojima vrijedi načelo predmnjevanog pristanka, nakon smrti se od umrle osobe mogu uzimati dijelovi dijela, ali samo u svrhu transplantacije. Za bilo koju drugu svrhu potrebno je tražiti posebno odobrenje od nasljednika (ne treba odobrenje nasljednika ukoliko je umrli oporučno ostavio dio svog tijela, primjerice za znanstvena istraživanja – npr. mozak, ali opet treba odobrenje nasljednika ukoliko se izlazi iz područja koje je oporukom uređeno).

92 Moore v. Regents of the University of California, na: http:// en.wikipedia.org/wiki/Moore_v._Regents_of_the_University_of_California; također o tome i u: Moore v. Regents of the University of California - Case Brief, na: http://www.lawnix.com/cases/moore-regents-california.html.

93 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, op. cit., str. 547.

94 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, op. cit., str. 548.

95 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, , op. cit., str. 548.-549.

96 *Informed consent law*.

U SAD-u vrijedi pravilo: ako osoba ništa ne kaže i ništa ne učini da dokaže svoje pravo vlasništva, posjed ili kontrolu nad tjelesnim materijalom („bodily material"), jedino racionalno shvaćanje je da ima namjeru napuštanja „materijala".[97] Tada se uzima da je odstranjeni dio tijela napuštena stvar. U hrvatskom pravu je drukčije. Do prosinca 2012. to je regulirao ZOT 04 u čl. 26., prema kojem kada se prilikom nekog zahvata uzme neki dio ljudskog tijela[98], on se može pohraniti i upotrijebiti u svrhu drukčiju od one radi koje je uzet **samo ako se to učini** u skladu s odgovarajućim **postupkom informiranja i davanja suglasnosti** sukladno odredbama ZOT 04. Danas važeći zakoni koji reguliraju ovu materiju su ZOT (za organe) i ZOP (za tkiva i stanice). Međutim, u ZOT ne postoji odredba koja izričito propisuje što je s „viškom materijala" kod doniranja organa. Primjerice, uzme se dio jetre odraslog čovjeka i implantira se dio te jetre djetetu, a dio ostane neiskorišten. Smije li ga se koristiti u svrhu drugačiju od one za koju je osoba dala pristanak (za implantiranje drugoj osobi)? U tom slučaju trebamo primjenjivati odredbu čl. 15., st. 1. ZOT, koja propisuje da se suglasnost živog donora organa ili tkiva mora odnositi samo na predviđeni zahvat, daje se u pisanom obliku i mora biti izraz slobodne volje donora, utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenim rizicima.[99] Za razliku od ZOT, ZOP sadrži odredbu koja izričito propisuje što je s viškom tkiva. Naime, čl. 12. ZOP propisuje da se tkivo uzeto za primjenu kod ljudi može pohraniti i primijeniti u svrhu drukčiju od one radi koje je uzeto samo ako se to učini u skladu s odgovarajućim postupkom informiranja i davanja pisanog pristanka. S obzirom da se radi o iznimno važnom pitanju, koje je bolje urediti vrlo detaljno, što je bio slučaj u ZOT 04, te da ZOP takav primjer slijedi, smatramo pogrešnim što je ZOT takvu odredbu ispustio. Premda nema izričite odredbe o obvezi liječnika iznijeti osobne interese, hrvatski zakoni ipak štite sve one kojima se prilikom nekog zahvata uzme neki dio tijela, da se taj dio može pohraniti i upotrijebiti u svrhu drukčiju od one radi koje je uzet samo ako se to učini u skladu s odgovarajućim postupkom

[97] Fenner v. State of Maryland 354 A. 2d 483 (Maryland 1976), prema: Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, op. cit., str. 547. Smatramo da je to vrlo loše rješenje jer pacijent koji je operiran ne mora razmišljati o tome hoće li se neki dio tijela koji mu je možda odstranjen prilikom operacije upotrijebiti u neku svrhu, već bi trebala biti dužnost liječnika da informira pacijenta o tome da mu je neki dio tijela odstranjen (npr. dio kosti prilikom operacije kuka) i da ga se informira o svrsi za koju bi ga se koristilo, ukoliko on da pisano dopuštenje za to.

[98] Npr. ukoliko se odstranjuju kosti pri operaciji kuka.

[99] Drugo je koliko se to u praksi provodi.

informiranja i davanja suglasnosti.[100] Transparentnosti pomaže i „sljedivost", odnosno „mogućnost pronalaženja i identificiranja tkiva i/ili stanica u bilo kojoj fazi postupka darivanja do primjene ili uništenja..."[101]

4. ANTICIPIRANA NAREDBA

4.1. Anticipirano odlučivanje pacijenata obuhvaća mehanizme koji daju mogućnost da pacijent unaprijed odluči o pojedinim aspektima svog života za slučaj buduće nesposobnosti da tu odluku donese samostalno zbog zdravstvenog stanja zbog kojega ne bi mogao očitovati svoju volju.[102] Nesposobnost radi koje ne može očitovati volju može biti pravna ili činjenična (ali sa pravnim učinkom) kategorija. U pravnu kategoriju spadaju slučajevi lišenja ili ograničenja poslovne sposobnosti, a u činjeničnu kategoriju nesposobnost za davanje pravno relevantnih izjava zbog stanja kao što su koma i trajno vegetativno stanje[103], ali i općenito nesposobnost za rasuđivanje. Ovo je pitanje koje izaziva dileme, jer kod ovog instituta dolazi do sukoba različitih društvenih interesa, do kolizije različitih prava: prava pojedinca na samoodređenje, autonomije pacijenta i liječničke autonimije i šireg društvenog interesa očuvanja života. Anticipirane naredbe bismo podijelili u tri temeljne skupine:

1. one kojima se unaprijed odlučuje o vrsti medicinskog tretmana koji osoba želi ili ne želi da se nad njom provodi u slučaju ako u budućnosti ne bi mogla samostalno odlučivati (*living wills, Patientenverfügungen, les directives anticipé, mandat de protection future,* oporuke s učincima *inter vivos* ili s učincima *mortis causa*).

2. one kojima se određuje osobu (opunomoćenika) koja će u slučaju nesposobnosti biti ovlaštena donositi odluke o pitanjima njegova zdravlja (*proxy directives, lasting powers of attorney, Vorsorgevollmacht, designation personne de confiance*).[104]

3. one koje su kombinacija prethodna dva modela: kojima se unaprijed odlučuje o vrsti medicinskog tretmana koji osoba želi ili ne želi da se nad

[100] Čl. 20. ZOP.

[101] Definicija pojma u čl. 3., podstavak 22. ZOP. Sljedivost reguliraju čl. 37.- 39. ZOP. Za organe: čl. 1., podstavak 18. ZOT.

[102] Dijana Hrstić, Anticipirano odlučivanje pacijenata, Zagrebačka pravna revija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, svezak 5., br. 1., 2016., dostupno i na: https://hrcak.srce.hr/file/244812 https://hrcak.srce.hr/file/244812.

[103] Ivana Milas Klarić, Izjava volje za slučaj nesposobnosti, Hrvatska pravna revija, svibanj, 2010., str. 61.

[104] Dijana Hrstić, Anticipirano odlučivanje pacijenata, op. cit.; Ivana Milas Klarić, Izjava volje za slučaj nesposobnosti, op. cit., str. 62.

njom provodi u slučaju ako u budućnosti ne bi mogla samostalno odlučivati i ujedno kojima se određuje osoba koja će u slučaju nesposobnosti biti ovlaštena donositi odluke o pitanjima njegova zdravlja.[105]

Anticipirane naredbe (advance directives) su pravni posao i to:

- jednostrani
- očitovanje volje se daje za slučaj eventualne buduće nesposobnosti očitovanja
- strogo je osoban
- formalan
- opoziv
- pravni poslao inter vivos[106] kod doniranja tijekom života, no kod kadaveričnog donora, pretpostavljeni pristanak (ili negacija presumiranog pristanka upisom u „Negativni registar") ima značenje pravnog posla *mortis causa.*

Postavlja se pitanje možemo li je (anticipiranu naredbu) nazivati oporukom[107]? Kako su učinci oporuke *mortis causa*, onda anticipirane naredbe koje se odnose na darovanje organa živog donora ne zadovoljavaju taj kriterij. Dalje trebamo analizirati što je s doniranjem *post mortem.* U tom slučaju postoje učinci *mortis causa*, kao i kod oporuke. Ono što je problem kod izjednačavanja je situacija s maloljetnicima: oporučna sposobnost nastupa (uz sposobnost za rasuđivanje) s navršenih šesnaest godina života,[108] dok se kod doniranja organa traži punoljetnost.

4.2. Prema načelu presumiranog pristanka, koji je prihvaćen u hrvatskom pravu, potencijalni donori su svi oni koji nisu upisani u „Negativni registar" donora, u koji se upisuje nakon popunjavanja i potpisivanja „Izjave o

---

[105] U praksi je ta kombinacija česta, jer je u pravilu teško pretpostaviti sve moguće situacije i njihove posljedice i zato osobe koje se odlučuju za sastavljanje anticipiranih naredaba u pravilu odrede dio sadržaja i izjave volje za slučaj nesposobnosti i imenuju osobu koja će kao njihov punomoćnik donositi odluke za dio sadržaja koji je ostao "nepokriven" sadržajem "*living will*" odluke. - Ivana Milas Klarić, Izjava volje za slučaj nesposobnosti, op. cit., str. 62.

[106] Postoji stav da to nije *living will* – oporuka za života, upravo radi toga jer je pravni posao *inter vivos* – Ivana Milas Klarić, Izjava volje za slučaj nesposobnosti, op. cit., str. 70. Usp. Dijana Hrstić, op. cit., str. 15.-16.

[107] Činjenica je da zakonu koji uređuje pitanje nasljeđivanja (Zakon o nasljeđivanju, NN 48/03, 163/03, 127/13, 33/15, dalje: ZN) nema definicije oporuke. Zato je jedini izlaz teorijska definicija, prema kojoj je oporuka jednostrano, izričito i osobno očitovanje oporučiteljeve posljednje volje, upravljeno na raspolaganje za slučaj smrti - Nikola Gavella, Vlado Belaj, Nasljedno pravo, III. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Narodne novine, Zagreb, 2008., str. 126.

[108] Čl. 26. ZN.

nedarivanju dijelova tijela poslije smrti u svrhu liječenja". Dakle, „Negativni registar" donora je registar u koji se upisuju oni koji ne žele postati donori organa. Smatramo da u hrvatskom pravu upisivanje u Negativni registar predstavlja anticipiranu naredbu jer omogućava punoljetnoj osobi odlučivanje za života o raspolaganju - nedarivanju dijelova tijela nakon smrti, odnosno nakon što prestane mogućnost samostalnog odlučivanja. Postoji stav da je ovo rješenje loše jer postoji anticipirana naredba u obliku zakonske predmnjeve, dakle supstituirana je voljom zakonodavca, što je u protivnosti sa smislom anticipirane naredbe kao individualne, osobne odluke.[109] Prema našem mišljenju to ipak nije tako jer *ratio legis* anticipirane naredbe je upravo i tome da se dopusti onome tko ne želi donirati organe da to svojom osobnom i individualnom odlukom tako i postigne. Ovo je još jasnije kada se uzme u obzir praksa koja, praktično bez iznimke, krši zakonsko rješenje o predmnjevi i favorizira rješenje iz Kodeksa (koji je po hijerarhiji ispod zakona).

5. DOPUŠTENOST UVJETOVANJA PRIMATELJA

Kad je donor živa osoba, prema čl. 17., st. 3. ZOT 04 bio je dopušten uvjet da on odredi kome će se organ implantirati, a maloljetnik i punoljetna osoba nesposobna za rasuđivanje mogli su donirati organ, uz ispunjenje ostalih uvjeta iz čl. 18. ZOT 04 samo ako je primatelj roditelj, brat ili sestra donora. Ova odredba za živog donora je vjerojatno donesena imajući u vidu da u protivnom ne bi došlo do doniranja, ali je ovakva odredba bila vrlo poticajna za zabranjenu naplatu. U prosincu 2012., stupanjem na snagu ZOT i ZOP, prestaje važiti ZOT 04.

Za uzimanje tkiva za života ZOP u čl. 16., st. 5. zabranjuje uvjetovanje kome će se tkivo implantirati[110]. Kao što je loše rješenje dopustiti taj uvjet bez ograničenja, i zabrana je loše rješenje. Kako zabraniti roditelju donirati tkivo djetetu, bratu donirati tkivo sestri... Smatramo da treba dopustiti uvjetovanje kome organ implantirati, ali ga usko ograničiti na članove obitelji (uključujući izvanbračnog druga).[111]

---

[109] Ivana Milas Klarić, Izjava volje za slučaj nesposobnosti, op. cit., str. 69.

[110] Čl. 16., st. 5. ZOP: „Pristanak iz stavka 1. ovog članka ne može sadržavati posebne uvjete vezane uz osobu primatelja.". Čl. 17. ZOP, uz ispunjenje ostalih uvjeta iz istog članka, omogućuje da dijete i poslovno nesposobna osoba doniraju tkiva roditelju, bratu ili sestri. Čl. 18. ograničava primjenu podstavka 1. i 3. čl. 17. (da je primatelj roditelj, brat ili sestra donora i da doniranje ima za svrhu spašavanje života primatelja), „ako se utvrdi da njihovo uzimanje uključuje samo minimalni rizik i minimalno opterećenje za darivatelja."

[111] Može se postaviti pitanje što je s bliskim prijateljima, no tu je riječ o bitno manjoj mogućnosti kompatibilnosti, a korist od ograničavanja koju bi postiglo sprječavanje komercijalizacije je velika.

ZOT umjesto da odredbu iz ZOT 04 promijeni na način da ograniči na članove obitelji i izvanbračnog druga, on je ispušta, dakle o tome ne propisuje ništa za organe. To rješenje je iznimno loše, naime sada, nakon ranijeg lošeg rješenja, nemamo uopće rješenje za doniranje organa za života glede određivanja kome je organ namijenjen. Međutim, ipak u čl. 11. u st. 2. ZOT propisuje da nije potrebna odluka etičkog povjerenstva zdravstvene ustanove „u slučaju uzimanja organa od živog srodnog darivatelja prve linije krvnog srodstva." Iz toga zaključujemo da je dozvoljeno uvjetovati kome organ ide u slučaju kada je primatelj srodnik iz prve linije krvnog srodstva. Odredba je neprecizna jer nije navedeno je li riječ o uspravnoj liniji (*linea recta*)[112] ili pobočnoj liniji (*linea transversa*).[113] Naime, nema izričite odredbe o tome koji se sustav računanja primjenjuje – *computatio civilis* (računa se broj poroda u obje linije, pa su brat i sestra u drugom stupnju srodstva) ili *computatio naturalis* (srodstvo se računa prema broju poroda u jednoj liniji, a ako linije nisu jednake, onda prema broju poroda u duljoj liniji do zajedničkog pretka, pa su brat i sestra u prvom stupnju srodstva).[114] Premda nema pravnog temelja, computatio civilis je način računanja koji se primjenjuje i u našem zakonodavstvu.[115] Još je jedan argument da je riječ o lošoj odredbi, a to je da je obuhvatila samo krvne srodnike, a izostavila je civilne srodnike, kao što su bračni i izvanbračni drug.

5. ODŠTETNA ODGOVORNOST – SUBJEKTIVNA ILI OBJEKTIVNA?

5.1. Kod odgovornosti za štetu po osnovi krivnje treba postojati, pored ostalih pretpostavki, i krivnja štetnika kao subjektivni element protupravnosti. Krivnja postoji kad je štetnik prouzročio štetu namjerno ili nepažnjom, pri čemu se predmnjeva obična nepažnja,[116] što bitno olakšava položaj oštećenika. U slučaju kada se radi o ispunjavaju obveza iz svoje profesionalne djelatnosti svatko je dužan prema čl. 10., st. 2. ZOO uložiti više nego što se traži od neprofesionalaca, dakle dužan je postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka). Ukoliko se radi o transplantaciji, u svakom slučaju se radi o aktivnostima profesionalaca, što znači da je mjerilo dužne pažnje povećano, dakle traži se pažnja dobrog

[112] Uspravnu liniju čine osobe koje potječu jedna od druge, dakle preci i potomci, npr. roditelj-dijete-unuk. Tu razlikujemo ushodnu i nishodnu liniju – vidjeti tako i više: Petar Klarić, Martin Vedriš, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2014., str. 720.

[113] Pobočnu liniju čine osobe koje potječu od treće osobe kao zajedničkog pretka, a ne jedna od druge, npr. braća, stric, sinovac... – vidjeti tako i više: ibid.

[114] Ibid, str. 721.

[115] Ibid.

[116] Čl. 1045., st. 2. ZOO.

stručnjaka. Na primjeru transplantacije najjasnije je da je primjena izuzetno složena već i zato što je postupak transplantacije multidisciplinaran i što je u njega izravno i neizravno uključen velik broj osoba. Radi se o jednom od najsloženijih medicinskih postupaka koji zahtijeva vrhunske stručnjake u svakom pogledu, pa bi to moralo značiti i da je to jedan od onih zahvata koji (kao i npr. svaka operacija na srcu) ne trpi prosječnost. Poznato je da je subjektivna odgovornost općenito pravilo, a objektivna odgovornost iznimka.[117] U pravnoj teoriji i sudskoj praksi u svijetu prevladava gledište da su za šete u medicini najprikladnija pravila subjektivne odgovornosti i to one njezine varijante kod koje oštećenik mora dokazati krivnju liječnika. Prema stavu jednog autora[118], zahtjev krivnje kao pretpostavke odgovornosti ovdje ima pravnoetičku nadmoć naspram objektivne odgovornosti i najbolje osigurava slobodu stručnog djelovanja liječnika, budući mu jamči da neće odgovarati za pogoršanje zdravlja pacijenta odnosno za neuspjeh liječenja, ako postupa pažljivo i u skladu s pravilima struke. Postoji stav da liječenje nije opasna djelatnost jer da je u stvari bolest izvor opasnosti, odnosno da se pacijent već nalazi u opasnosti, a liječnik pokušava pomoći pa prema tome pacijent treba snositi rizik eventualnog neuspjeha.[119]

5.2. Otvorena je dvojba je li pojam dobar stručnjak sinonim za pojam prosječan stručnjak ili nije. Jasno je da u svakom poslu, pa i liječničkom, ima onih koji spadaju u vrh struke, na dno struke i u sredinu struke i nema jamstva da su oni koji su prosječni istodobno i dobri stručnjaci. Prema našem mišljenju, postoji potreba, ali i snažni argumenti, da se za djelatnost transplantacije (pa i bez promjene propisa) zahtijeva najviša moguća stručnost, dakle da se pravni standard iz ZOO o pažnji dobrog stručnjaka tumači na način da se mora raditi o iznimno dobrom stručnjaku, a da se kod eventualne novele to pokuša i normativno izrijekom propisati. Naime, kako je ZOO napravio razliku samo između nestručnjaka i dobrih stručnjaka, ne vidimo baš ni potrebu ni logiku

---

[117] Silvija Petrić, Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu Bosne i Hercegovine, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse br. 3., Mostar, 2005., str. 117., Petar Klarić, Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (prvi dio), Hrvatska pravna revija br. 8/2001., str. 26. (nap. B.K. – iako je citirani tekst objavljen u vrijeme prije stupanja na snagu ZOO, vrijedi i danas jer u odnosu na modele odgovornosti nije bilo promjena); Hrvoje Kačer, Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, PIP broj 7/2007., str. 12.-18. Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, PIP broj 8/2007 ., str. 14.-24.

[118] Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 391.- 392.

[119] Ibid.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 149.-150.

da se jednaka mjera[120] primjenjuje na profesionalca koji dijagnosticira običnu prehladu ili običnu gripu i onog koji obavlja transplantaciju, posebno npr. transplantaciju srca.[121]

5.3. Sve se veći broj autora, s kojima se slažemo[122], zalaže za uvođenje objektivne odgovornosti u područje medicinskog odštetnog prava, jer je sve učestalija uporaba različitih aparata korištenje visoke tehnologije u medicini (CT laparoskopija, laparaktomija, robotička kirurgija, endoskopija, laser, telemedicina, zračenja itd.), a s druge strane anonmizacija i depersonalizacija odnos liječnik – pacijent.[123] Prema umjerenijim gledištima, „pravila objektivne odgovornosti bi trebalo primjenjivati barem na najopasnije vidove medicinskih intervencija, kao što su kirurški zahvati, nuklearna medicina, transplantacija i sl."[124] Neuspješna transplantacija znači da je oporavak pacijenta (radi čega je transplantacija i indicirana) ili propao ili samo odgođen[125], a u najlošijoj opciji pacijent umire. Svaka od ovih opcija će značiti povredu prava osobnosti i samim tim nanesenu neimovinsku štetu, uz mogućnost nastanka i imovinske. Prema našem mišljenju, subjektivna odgovornost će kod transplantacije doći u obzir samo iznimno (kod elemenata kao što je higijena u bolesničkoj sobi i sl., makar bi se i u tim slučajevima možda moglo, argumentom da se radi samo o djeliću ukupnog lanca koji predstavlja transplanatciju, pa svaki dio nužno dijeli sudbinu cjeline, tumačiti i drukčije), a pravilo je objektivna odgovornost.[126] Kod objektivne odgovornosti, štetnik odgovara već na temelju objektivne činjenice da je šteta prouzročena (kriterij uzročnosti - kauzaliteta), pa ovu odgovornost nazivamo i objektivnom odgovornošću. Kod odgovornosti po ovom kriteriju, štetnik se ne oslobađa odgovornosti dokazivanjem da nije kriv što se šteta dogodila, nego se može osloboditi odgovornosti samo ukoliko dokaže da je šteta prouzročena višom silom, radnjom samog oštećenog ili neke treće osobe (članak

[120] Naravno da se to mora odraziti i na druge aspekte pa tako npr. i na plaću, slobodne dane, dežurstva i dr.

[121] Više: Hrvoje Kačer, Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku, Zbornik radova skupine autora: Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja, 2009., str. 23.- 69.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 151.

[122] Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 392.

[123] Heinz Barta, Munchner Uberlegungen fur eine neue Medizinhaftung, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, br. 2/1997., str. 381.

[124] Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 392.; Blanka Ivančić-Kačer, Prava pacijenata i ransplantacija, op. cit., str. 152.

[125] U slučaju moguće nove, ovaj put uspješne transplantacije.

[126] Ovo znači i mogućnost iznimke, gdje svakako spada transfuzija.

1067. ZOO)[127], kao i ako dokaže[128] da nema kauzalnog neksusa. „Opasna stvar je svaka stvar koja po svojoj namjeni, osobinama, položaju, mjestu i načinu uporabe ili na drugi način predstavlja povećanu opasnost nastanka štete za okolinu, pa je zbog toga treba nadzirati povećanom pažnjom."[129]„Djelatnost predstavlja povećanu opasnost i postaje opasna djelatnost kada u njezinom redovitom tijeku, već po samoj njezinoj tehničkoj prirodi i načinu obavljanja, mogu biti ugroženi životi i zdravlje ljudi ili imovina, tako da to ugrožavanje iziskuje povećanu pozornost osoba koje obavljaju tu djelatnost kao i osoba koje s njom dolaze u dodir."[130]

5.4. Smatramo nužnim naglasiti da je obveza liječnika obveza sredstva, a ne obveza cilja i da se to odnosi i na transplantaciju. U teoriji je prilično jedinstven stav o postojanju[131] obveze sredstva, a ne obveze cilja. Iako je moguće i odstupanje od ovoga pravila, ipak je odstupanje rijetko.[132] Pravilo je da se profesionalac koji se bavi intelektualnom djelatnošću obvezuje postupati prema pravilima struke, truditi se što više, koristiti sva dopuštena sredstva

---

127 Hrvoje Kačer, Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku, op. cit., str. 39.

128 U protivnom vrijedi predmnjeva postojanja kauzalnog neksusa ako je šteta nastala u svezi s opasnom stvari ili opasnom djelatnošću.

129 Današnjoj medicini je svojstveno da je sve više oslonjena na različite medicinske uređaje bez kojih je velika većina onoga što se obično naziva medicinskim uslugama gotovo nezamislivo, bilo da je riječ o dijagnostici, bilo da je riječ o liječenju. To ne znači da je uloga čovjeka stručnjaka postala nebitna, nego samo stvara jedan drukčiji kontekst od onoga koji je postojao prije ne tako dugo vremena. U prošlosti su se medicinski uređaji svodili na jednostavne uređaje čiju je ispravnost liječnik koji njime radi mogao lako kontrolirati, dok je danas često riječ o vrlo kompliciranim uređajima koji se moraju redovito servisirati (za što medicinske ustavnove često nemaju dovoljno sredstava pa se često događaju kvarovi) i za kojeg liječnik koji na njemu radi ne može sa sigurnošću reći da je ispravan. Primjer za to bi bilo da je serviser u bolnici na stroju za anesteziju greškom zamijenio cijevi od kisika i dušika od čega je pacijentica koja je bila prva na programu za operaciju i umrla (nažalost, to je stvarni primjer iz KBC Firule). Sličnih primjera, nažalost, ima dosta. Standard današnje medicine je da se prije konačne dijagnoze izvede čitav niz pretraga (npr. röentgen, CT, MR) i to je samo dijelom rezultat toga da liječnici ne žele sebe staviti u situaciju da im se sutra prigovori da nisu baš sve poduzeli što su mogli i da su za to odgovorni, a drugim dijelom rezultat činjenice što su današnje opasnosti u smislu bolesti jednostavno neusporedive s nekadašnjim i gotovo svakog dana se u svijetu pojavi nešto novo što zahtijeva pronalazak protulijeka i sl.

130 Petar Klarić, Martin Vedriš, op. cit.. str. 615., slično i u: Veseljko Šeparović, Odgovornost za štetu od opasne stvari ili opasne djelatnosti; Zakonitost broj 9-10/87, str. 1000.

131 Kao obilježja koje u pravilu postoji kod profesionalne djelatnosti ili intelektualne djelatnosti, u ovom slučaju liječnika.

132 Školski primjer iznimke je ako se u ugovornom odnosu ugovorne strane tako dogovore, u čemu mogu i ne moraju naći svoj interes.

(materijalna i druga), ali izostanak rezultata sam po sebi ne znači i nastupanje okolnosti odgovornosti za štetu.[133] Profesionalac - u ovom slučaju liječnik odgovara ako svojim postupcima nije udovoljio traženim kriterijima, a ne odgovara ako im je udovoljio, makar se i nije postigao cilj.

6. ZAKLJUČAK

Nedostaci u normativi i praksi zahtijevaju veći angažman svih znanstvenika i praktičara koji se bave ovim područjem prava. Rad je potaknut današnjim nedovoljno dobrim stanjem s ciljem da se omogući pomak na bolje i u teoriji i u praksi, uključujući posebno onu zakonodavnu. U radu smo došli do niza zaključaka, od kojih je potrebno posebno istaknuti neodrživ odnos presumirane suglasnosti kao normativnog rješenja i gotovo bez iznimke ponašanja u praksi koje je suprotno – kao da postoji izričit pristanak. Prihvaćajući mogućnost i kritike i potpore za oba poznata rješenja (predmnjevana suglasnost i predmnjevano odbijanje suglasnosti) *condicio sine qua non* pravne sigurnosti i vladavine prava je provoditi u praksi ono što je zakonodavac propisao, sve dok se norma ne promijeni. Donor i primatelj imaju pravo na punu informiranost, a to je pravni standard koji je vrlo zahtjevan i kojega je često dosta teško ispuniti. Iako nema potpuno jasne zakonske odredbe, moglo bi se zaključiti da, ako nema informiranog pristanka (a on pretpostavlja punu obaviještenost) pacijent gotovo sigurno uspijeva s odštetnim zahtijevom (ako su ispunjeni i drugi uvjeti). Iz tog razloga liječnici trebaju biti bolje informirani da pitajući obitelj umrlog za pristanak na doniranje organa krše zakonsko načelo pretpostavljenog pristanka, a time i pravo informiranog pristanka. Ako se osoba tijekom života nije upisala u „Negativni registar" i tako isključila djelovanje načela pretpostavljenog pristanka u odnosu na sebe kao potencijalnog donora organa, na taj je način izrazila svoju želju da bude donor *post mortem.* Liječnici se pozivaju na Kodeks medicinske etike i deontologije, ali moraju biti svjesni toga da je zakon po pravnoj snazi iznad kodeksa i da je ovakav čin protupravan. Poštujući zakon i provodeći ovu odredbu, bitno bi se povećao broj eksplantiranih organa, a liječnici ne bi bili ti koji ugrožavaju pravnu sigurnost i vladavinu prava.

---

[133] Više o obvezi sredstva (a ne cilja): Francesco Galgano, Diritto civile e commerciale, vol. II., tomo II, CEDAM. Padova, 1990., str. 63. i dalje; Silvija Petrić, Problem pravne osnove profesionalne odgovornosti za štetu, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,(1991), v. 25. br. 1., 2004., str. 208.-210., o (međunarodnoj) sudskoj praksi u svezi ovoga: Baldassari, A.-Baldassari S., La responsibilita civile del professionista, Giuffre editore, Milano, 1993., str. 135.-161.

U Republici Hrvatskoj je prihvaćeno načelo presumiranog pristanka, a „Negativni registar" donora je registar u koji se upisuju oni koji ne žele postati donori organa. Upisivanje u „Negativni registar" predstavlja anticipiranu naredbu, jer omogućava punoljetnoj osobi odlučivanje za života o raspolaganju - nedarivanju dijelova tijela nakon smrti, odnosno nakon što prestane mogućnost samostalnog odlučivanja.

Svjesni smo otpora koji postoje u odnosu na uvođenje objektivne odgovornosti u medicini. Međutim, ti su otpori manji kada se radi o uporabi sofisticiranih uređaja, odnosno kada je moguće podvođenje pod pojmove opasne stvari i opasne djelatnosti. Teško je zamisliti složeniju i sofisticiraniju medicinsku djelatnost od transplantacije. Primjenjuje se anestezija, koriste se vrlo sofisticirani uređaji, angažiraju se isključivo vrhunski stručnjaci, samo uski krug ustanova (i pojedinaca u njima) ima pristup ovim zahvatima i radi se o liječničkoj eliti u pozitivnom smislu toga pojma. Tijekom postupka transplantacije, već po samoj njezinoj tehničkoj prirodi, načinu obavljanja, može biti ugroženo zdravlje, život i/ili imovina, tako da to ugrožavanje iziskuje povećanu pažnju osobe koja obavlja tu djelatnost. Na temelju svega analiziranog u radu, vjerujemo da je jasno da je transplantacija opasna djelatnost i da se za nju odgovara bez krivnje, odnosno objektivno. Navedeno ne isključuje i da su pojedine stvari (uređaji) koje se rabe u postupku transplantacije opasne stvari. Naravno da bi bilo bolje da postoji jasna zakonska odredba sa ovim sadržajem, ali i bez nje, vjerujemo da *ratio legis* mora dovesti do ovog zaključka.

LITERATURA

1. Baldassari A., Baldassari S., La responsibilita civile del professionista, Giuffre editore, Milano, 1993.
2. Barta H., Munchner Uberlegungen fur eine neue Medizinhaftung, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, br. 2/1997.
3. Clerk & Lindsell, on Torts, Eighteen edition, General editor: Antony M. Dugdale, Sweet & Maxwell, London, 2000.
4. Čejović B., Krivičnopravni problemi transplantacije dijelova čovječjeg tijela, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd, 1974.
5. Čizmić J., Pravno uređenje instituta liječničke tajne u hrvatskom pravu, liječnička pogreška – medicinski i pravni aspekti, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije, Medicinski i Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2009.
6. Čolaković M., Maloljetna osoba kao davalac i primalac organa i tkiva za transplantaciju, Materia Socio Medica, Vol. 20. - No. 1., 2008.
7. Davis H. A., Blalock Jr. J. F., Autologus and homologus transfusion of human ascitic fluid, The Journal of Clinical Investigation, Volume 18, Issue 2, 1939., str. 219–224., članak dostupan i na: www.jci.org/articles/view/101037/files/pdf.

8. Deutsch E., Die Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten, Neue Juristische Wochenschrift, br. 39., 1979.
9. Deutsch Erwin, Spickhoff Andreas, Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 6. Auflage; Springer, 2008.
10. Đurđević N., Pristanak pacijenta na lečenje, Pravni fakultet, Institut za pravne i društvene nauke, Kragujevac, 1997.
11. Galgano F., Diritto civile e commerciale, vol. II., tomo II, CEDAM. Padova, 1990.
12. Gavella N., Belaj V., Nasljedno pravo, III. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Narodne novine, Zagreb, 2008.
13. Hrstić D., Anticipirano odlučivanje pacijenata, Zagrebačka pravna revija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, svezak 5., br. 1., 2016.
14. Ivančić-Kačer B., Prava pacijenata i transplantacija, Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Plitvice, 2015.
15. Kačer H., Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku, Zbornik radova skupine autora: Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja, 2009.
16. Kačer H., Ivančić-Kačer B., Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, PIP broj 7/2007., str. 12.-18. Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, PIP broj 8/2007 ., str. 14.-24.
17. Keros P., Pećina M., Ivančić-Košuta M.,Temelji anatomije čovjeka, Naprijed, 1999.
18. Klaić B., Rječnik stranih riječi, Nakladni zavod MH, Zagreb 1987.
19. Klarić Petar, Vedriš Martin, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2014.
20. Klarić P., Građanskopravna odgovornost u medicini, okrugli stol održan 19. veljače 2001. u HAZU, na: www.pravnadatoteka.hr/.../Odgovornost_za_stetu_zbog_gresaka_u_medicini.doc.
21. Klarić P., Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (prvi dio), Hrvatska pravna revija br. 8/2001.
22. Klarić P., Odštetno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2003.
23. Klinička bolnica Dubrava, Rječnik pojmova http://www.kbd.hr/index.php?id=645.
24. Krstulović B., I. Tečaj za transplantacijske koordinatore, Detekcija, selekcija i evaluacija donora, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatska donorska mreža, Pula, 2003.
25. Ksenotransplantacija: Znanstvenici uklonili prepreku u presađivanju svinjskih organa ljudima - Lider/Hina, od 12. kolovoza 2017., dostupno na: https://lider.media/tehnopolis/ksenotransplantacija-znanstvenici-uklonili-prepreku-u-presadivanju-svinjskih-organa-ljudima/
26. Mađarić J., Informirani pristanak – pravo svakog pacijenta, na: Udruga Pacijent danas – Rijeka, http://www.pacijenti.hr/news.aspx?NewsID=83&PageID=30.
27. Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, MCMXCII
28. Milas Klarić I., Pravni status skrbnika kao jamstvo zaštite ljudskih prava odraslih, Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2010.
29. Milas Klarić I., Izjava volje za slučaj nesposobnosti, Hrvatska pravna revija, svibanj, 2010.
30. Moore v. Regents of the University of California - Case Brief, na: http://www.lawnix.com/cases/moore-regents-california.html.
31. Petrić S., Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u

pravu Bosne i Hercegovine, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse br. 3., Mostar, 2005.
32. Petrić S., Problem pravne osnove profesionalne odgovornosti za štetu, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,(1991), v. 25. br. 1., 2004.
33. Povrzanović I., Petar Orlić et. alt., 1. Tečaj za transplantacijske koordinatore, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatska donorska mreža, Pula, 2003.
34. Ružička I., Replantacija amputiranog dijela tijela, Narodni zdravstveni list: www.zzjzpgz.hr/nzl
35. Sjeničić M., Komercijalno korištenje čovjekovih tjelesnih supstanci, Pravni život, broj 9/2003.
36. Struna, Hrvatsko strukovno nazivlje: struna.ihjj.hr/naziv/transfuzija-krvi/16874.
37. Šeparović V., Odgovornost za štetu od opasne stvari ili opasne djelatnosti; Zakonitost broj 9-10/87.
38. Turković K., Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj, Medicina 2008., Vol. 44, No. 2
39. Wikipedia: hr.wikipedia.org/wiki/

Pravni propisi:

1. Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, NN 144/12
2. Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, NN 144/12
3. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja, NN 177/04, 45/09
4. Zakon o krvi i krvnim pripravcima, NN 79/06, 124/11.
5. Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/04, 37/08
6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16. Raniji Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 121/03, 48/05, 85/06, 117/08, 82/13
7. Zakon o nasljeđivanju, NN 48/03, 163/03, 35/05, 127/13, 33/15
8. Pravilnik o načinu vođenja medicinske dokumentacije obavljenih uzimanja i presađivanje dijelova ljudskog tijela, NN 152/05.
9. Pravilnik o načinu čuvanja osobnih podataka darivatelja i primatelja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, NN 141/05.
10. Kodeks medicinske etike i deontologije, NN 55/08, 139/15
11. Directive 2010/53/EU on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation
12. Directive 2012/25/EU laying down information procedures for the exchange, between Member States, of human organs intended for transplantation
13. Dodatni protokol uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla (sastavljen u Strasbourgu 24. siječnja 2002.).

SUMMARY

ORGAN DONATION - LEGAL VIEWS

Organ donation is a very topical issue, that we are proud of, because we are one of the countries with best results in this field in the world, but still there are a number of open legal issues that the legislator does not answer or he gives those who are far from optimal. The main reason for good results in organ donation and transplantation is the altruism and excellence of Croatian doctors and the public, motivated in cases such as Ane Rukavina, and unfortunately legal solutions in this field are not satisfactory. The purpose of this paper is to point out some of the civil law issues that have arisen and give suggestions *de lege ferenda*.

Key words: organ donation, civil law issues, informed consent, presumed consent, anticipated order

EKSPLANTACIJA I TRANSPLANTACIJA MEDICINSKO ETIČKE DVOJBE I STANDARDI

UDK: 614
17
34
Primljeno: 3. listopada 2017.
Stručni članak

Vlasta Merc, dr.med.,
Vlasta Klarić, dr.med,
Klinika za anesteziologiju,
reanimatologiju i intenzivno liječenje,
Klinička bolnica Dubrava
merc.vlasta@gmail.com

Razvoj transplantacijske medicine neminovno donosi sa sobom problem razlike između broja potrebnih organa i dostupnog broja darivatelja. Za stručnjake intenziviste, eksplantacijsko-transplatacijske timove, ali i društvo u cjelini, izazov je odgovorno pokriti potražnju. Stoga je važno rano identificirati potencijalne darivatelje i odgovarajuće ih održavati, proširiti kriterije pogodnih darivatelja te iznaći primjeren pristup obitelji za dobivanje pristanka. Takav razvoj transplanacijske medicine donosi i nova kompleksna etička pitanja vezana uz darivanje organa i samu transplantaciju. U Republici Hrvatskoj, zemlji sa sustavom pretpostavljenog pristanka, darivanje organa zakonski je dopušteno ili od živih darivatelja, ili nakon smrti mozga ako se osoba za života nije tome usprotivila upisavši se u registar nedarivatelja. Ipak, poštujući etička načela, kako u Republici Hrvatskoj tako i u većini europskih zemalja, uzimanje organa s umrle osobe moguće je tek nakon pristanka pokojnikove obitelji. Transparentnost cijelog postupka transplantacije zahtijeva usklađenost zakona, kodeksa, protokola uzimajući u obzir kulturološko-socijalno-religijski aspekt društva. Ovaj članak želi istaknuti etičke dvojbe koje su relevantne u kontekstu bioetičkih pitanja koja pak moraju biti sagledana s multidisciplinarnog gledišta i zadovoljiti etičke, filozofske, zakonske, zdravstvene i socijalne aspekte koji su prihvatljivi većini ne narušavajući osnovna prava čovjeka.

Ključne riječi: eksplantacija, transplantacija, religija, trgovina organima

PROBLEMATIKA

Razvoj transplantacijske medicine omogućuje preživljavanje, oporavak i bolju kvalitetu života bolesnicima koji imaju terminalno zatajenje određenih organa. Uspjeh transplantacije primarno ovisi o dostupnosti organa za transplantaciju. Još uvijek postoji nesrazmjer potreba i ponude koji se nastoji smanjiti boljim i ranijim prepoznavanjem darivatelja, odgovarajućim održavanjem darivatelja, proširenjem kriterija pogodnih darivatelja te primjerenim pristupom obitelji za dobivanje pristanka.

Uspjeh cijelog postupka transplantacije ovisi o izvrsnom medicinskom znanju i iskustvu profesionalaca, usavršavanju tehničkih i socijalnih vještina, napretku znanosti, tehnologije i popratne industrije, javne svijesti i solidarnosti zajednice, pravnih okvira, podršci zakonodavaca i Vlade, odgovarajuće organizacije i logistike, te razumijevanja etičkih načela i problema.

Malo je grana u medicini pobudilo tako veliku raspravu i jest pod povećalom javnosti kao što je transplantacijska medicina, što je dobro jer je etika osnova prava, te je danas transparentnost transplantacije određena brojnim međunarodnim regulativama, nacionalnim zakonima i kliničkim smjernicama. Neizmjerno je važno zaštititi dignitet i identitet svih uključenih u transplantacijski proces te poštivati integritet osobe i njezinih fundamentalnih prava i sloboda. Vijeće Europe, Svjetska Zdravstvena Organizacija (WHO), Svjetska Medicinska Udruga (WMA) te svaka država sa svojim zakonima o darivanju organa i transplantaciji štite etička načela i promiču ljudska prava implementirajući u zakone i smjernice osnovne etičke principe kao što su nekomercijalizacija transplantacije, informirani pristanak živih darivatelja, zaštita podataka darivatelja i primatelja i drugih relevantnih kriterija.

Bioetička pitanja u polju transplantacije u zadnjih desetak godina pobudila su veliku međunarodnu i međukulturalnu važnost i predstavljaju osnovu etike i prava u modernoj medicini. Uzimajuću u obzir etičke, pravne i socijalne implikacije sa znanstvenog i multidisciplinarnog gledišta stvaraju se prijedlozi i smjernice na koje se oslanjamo i vodimo u praksi.

Četiri etička načela koja su razjasnili Beauchamp i Childress u svom dijelu Principi biomedicinske etike iz 1994. : poštivanje autonomnosti, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost temelj su djelovanja i odlučivanja u novoj eri razvoja medicine i mijenjanja uvriježenih stavova i moralnih normi medicinske zajednice i društva u cjelini. *Poštivanje autonomnosti* je načelo koje zahtijeva poštivanje sposobnosti donošenja odluka samostojnih osoba. *Dobročinstvo* kao skup načela koja zahtijevaju da spriječimo štetu, omogućimo dobrobit i odmjerimo dobrobit u odnosu na opasnost i cijenu. *Neškodljivost* je načelo koje zahtijeva da se drugima ne nanosi zlo. *Pravednost* kao skup načela koja zahtijevaju ravnomjernu i poštenu raspodijelu dobrobiti, opasnosti i cijene (posljedica).

Etičke dvojbe javljaju se već u samoj činjenici da postoji više vrsta darivatelja: živi donori, moždano mrtvi donori, donori nakon cirkulatorne smrti, „marginalni" donori, donori tkiva. Zajednička za sva područja su pitanja prihvatljivosti i sigurnosti darivatelja i primatelja, dobrovoljni pristanak, jednakost pristupa listi čekanja, alokacija organa, financijska i druga sredstva za povećanje broja donora, princip nekomercijalizacije.

Cijela ideja i etički koncept transplantacijske medicine počiva na etičkom aksiomu „Dead donor rule" koji postulira da organi mogu biti uzeti tek nakon smrti, tj. da samo uzimanje organa ne smije prouzročiti smrt.

Izvor organa

Transplantacija sa živih darivatelja je etički prihvatljiva i u široj upotrebi. No, ovaj pristup ne utječe samo na primatelja s terminalnom bolešću određenog organa, već i na zdravu osobu koja dobrovoljno daruje, a čiji interesi su jednako važni, a onda i na cjelokupni liječnički tim koji je involviran u proces te na obitelj i društvo. Darivateljevo razumijevanje cijelog procesa te poštivanje načela autonomnosti temeljna su postavka cijele ideje o darivanju organa živih osoba. Darivatelj mora sam odlučiti bez pritiska obitelji, liječnika ili zajednice želi li biti darivatelj, mora biti upoznat s cijelim procesom te biti svjestan posljedica. U svakom trenutku darivatelj može odustati od postupka. Načela dobročinstva i neškodljivosti često su istaknuta u procesu živih darivatelja. Naime, postavlja se ključno pitanje da li je moralno ispravno i etički prihvatljivo nanijeti „ozljedu" jednoj osobi da bi se pomoglo drugoj narušavajući jedan od postulata medicine: *primum non nocere*. Zapravo je sama javnost i medicinska zajednica pozitivno odgovorila na ovo pitanje te su glavni izvor bubrega za transplantaciju u nekim zemljama baš živi darivatelji. Darivatelji ovim činom dobivaju psihološko ispunjenje pomažući svijesno svojem bližnjem odnosno drugoj osobi. Rizik same operacije i rizik dugoročnih posljedica ipak postoji te je potrebna stroga selekcija darivatelja kako medicinska tako i psihološka kako bi se rizik od mogućih štetnih posljedica sveo na minimum. Jasne zakonske odredbe, stroga kontrola i poštivanje propisa, preispitivanje donacije od transplantacijskog tima i etičke komisije spriječit će moguće malverzacije u smislu komercijalizacije maskirane kao altruizam.

Preminuli darivatelji

Glavni izvor orana za transplantaciju su ipak preminuli darivatelji. Dvije su kategorije: darivatelji nakon neurološke determinacije smrti, moždane smrti (*donors after brain death*, DBD donors) i darivatelji nakon cirkulacijske determinacije smrti (*donors after circulatory determination of death*, DCDD, DCD donors). Smrt nije događaj, smrt je proces . Stoljećima se smrt utvrđivala prisutnošću kome, prestanka disanja i gubitka pulsa. Slom kardiovaskularnog i respiratornog sustava nepovratno i sa sigurnošću dovodi do smrti cijelog tijela. Razvojem medicine, tehnologije te mogućnosti održavanja disanja i funkcioniranja kardiovaskularnog sustava javljaju se neurološki kriteriji za determinaciju smrti što donosi nove etičke dvojbe u zajednici. Harvardskim

kriterijima iz 1968. redifiniran je pojam smrti koji uvodi pojam moždane smrti uključujući komu, tj. nereagiranje na podražaje, gubitak refleksa i gubitak spontanih pokreta i disanja. Zbog mogućeg nesporazuma oko definicije smrti kao jednog organa tj sustava (mozak/srce) a ne zapravo cijele osobe, 1980. zakon donesen u Sjedinjenim Američkim Državama, *Uniform Determination of Death Act* (UDDA) utvrđuje da se smrt može proglasiti tj. utvrditi ili neurološkim ili cirkulacijskim kriterijima. Etičke i pravne dvojbe oko determinacije smrti danas su u većini zemalja razjašnjene i strogo kontrolirane zakonima i propisima. Važno je naglasiti da se radi samo o načinima utvrđivanja smrti, da ne postoji više vrsta smrti, već je na kraju svaka smrt zapravo moždana smrt.

"It is clear that a person is not dead unless his brain is dead. The time-honored criteria of stoppage of the heartbeat and circulation are indicative of death only when they persist long enough for the brain to die" Sweet, W. N Engl J Med 299:410,1978

Nakon što se ustanovi moždana smrt, liječnik mora objasniti obitelji pojam moždane smrti na jasan način, ne ostavljajući nikakve dvojbe u jednakost moždane smrti i smrti osobe. Etički aspekti doniranja organa od umrle osobe uključuju da je smrt ustanovljena po strogo propisanim pravilima koja su propisana Zakonom, ustanovljena od liječnika koji nisu dio transplantacijskog tima, razgovor s obitelji i pojašnjenje svih nedoumica u vezi moždane smrti i darivanja organa, te brigu o tijelu darivatelja nakon uzimanja organa.

DCD donori, darivatelji nakon cirkulacijske smrti, bolesnici kod kojih je smrt potvrđena prestankom cirkulacije, tj. detektabilnog protoka krvi zapravo su prvi kadaverični donori s kojima je počela era transplantacije. Razvojem medicine i neuroloških kriterija za utvđivanje smrti glavni izvor organa postaju bolje kontrolirani moždano mrtvi donori. Zadnjih desetak godina ponovo se javio interes za ovu grupu darivatelja poglavito kako bi se prevladao nesrazmjer ponude i potražnje. U Republici Hrvatskoj ovaj tip darivatelja nije propisan Zakonom, ali u zemljama zapadne Europe, SAD, Australiji oni su važan izvor organa za transplantaciju. Etička pitanja koja izviru iz ove grupe darivatelja poglavito se odnose na nedvojbenost o trenutku smrti poštujući *dead-donor rule*, pitanje vremena koje je potrebno da prođe (*no touch period*) nakon što smo ustanovili prestanak cirkulacije, pitanja o eventualnoj kompromitiranosti medicinske srbi za pacijenta prije smrti, na vrijeme početka invazivnih postupaka za prezervaciju organa prije ili poslije utvrđivanja smrti, te uopće na funkciju i prihvatljivost takvih organa.

Alokacija organa

Pravednost distribucije organa, tko će na listi čekanja dobiti organ, imaju li određene grupe primatelja prednost pred drugim grupama (mlađi,

multiorganske transplantacije, teže bolesni) konstantna su etička pitanja na koja je teško odgovoriti. Republika Hrvatska kao zemlja članica Eurotransplanta prijavljuje potencijalne darivatelje organa u središnji ured Eurotransplanta u Leidenu, Nizozemska gdje se kompjuteriziranim pravilima alokacije temeljenim na pravednosti (vrijeme čekanja, hitnost) i medicinskoj koristi (tkivna podudarnost), a uzimajući u obzir mišljenja medicinskih stručnjaka, određuje odnosno daje prioritet pojedincu na listi čekanja. Važno je osigurati nepristranu i pravednu alokaciju organa koja transparentno slijedi propisana pravila te osigurati da svi ljudi, bez obzira na njihovo stanje ili podrijetlo, imaju jednaku mogućnost doći na transplantacijsku listu zahtijeva li to njihovo zdravstveno stanje. Činjenica je da postoji manjak organa, a mnogo više primatelja. Alokacijom organa benefit transplantacije mora biti maksimiziran.

Pristanak obitelji

Jedna od barijera koja može biti uzrok gubitka darivatelja organa jest odbijanje obitelji za uzimanjem organa ili tkiva od preminule osobe radi presađivanja potencijalnom primatelju. Naime, koncept pristanka darivanja organa može biti ustrojen na dva načina:

1) *„opting-in"* u kojem pojedinac za života jasno izražava svoju želju (tzv. „living will") za potencijalnim darivanjem organa i na taj način ulazi u registar darivatelja organa. Takav princip zastupljen je u SAD, Velikoj Britaniji i mnogim drugim zemljama. Jasno je da je takvim principom ukupan postotak pristanaka, posebice u neinformiranoj populaciji znatno manji u odnosu na 2) *„opting-out"* sustav, odnosno sustav pretpostavljenog pristanka. *Opt-out* koncept zastupljen je u Republici Hrvatskoj te u većini Europskih država, a prema njemu su zakonom svi građani potencijalni darivatelji nakon smrti osim ako se za života tome nisu usprotivili upisavši se u registar nedarivatelja organa. Glavni je cilj *opt-out* sustavu povećati broj potencijalnih darivatelja, a time i spasiti život većem broju potencijalnih primatelja.

U Republici Hrvatskoj zakon pretpostavljenog pristanka propisan je dvama osnovnim zakonima koja reguliraju uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela: *Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, Narodne Novine broj 144/2012* i *Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, Narodne Novine broj 144/2012.* Tim se zakonima utvrđuju „uvjeti za presađivanje ljudskih organa te osiguranje kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih presađivanju u svrhu liječenja", odnosno „uvjeti darivanja, prikupljanja, uzimanja, testiranja, obrade, očuvanja, pohrane, raspodjele i primjene ljudskih tkiva i stanica od žive ili s umrle osobe".

Pristanak obitelji u nas zakonski nije sadržan u odredbama temeljnih zakona i nije jedan od uvjeta za uzimanjem dijelova ljudskog tijela radi

presađivanja. Međutim, u Republici Hrvatskoj isti je uvjet propisan *Kodeksom medicinske etike i deontologije (čl 5)*. Kodeks kao skup kodificiranih etičkih a ne pravnih pravila ne donosi državno tijelo te nema zakonsku niti podzakonsku snagu, ali ima odredbu ponašanja u medicinskoj struci. Kodeks medicinske etike i deontologije donijela je Komisija za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore (1996, 2006.). Kodeksom je propisano da „nije etično uzimanje dijelova tijela s umrle osobe radi presađivanja protivno volji obitelji ili ako se umrli za života tomu u pisanu obliku protivio". Prema Zakonu o liječništvu „HLK donosi Kodeks te prati i nadzire njegovo provođenje i sankcionira kršenje". Budući da Kodeks medicinske etike i deontologije utvrđuje načela i pravila kojih se liječnici moraju pridržavati u obavljanju svog zvanja u profesionalnom-etičkom ali ne u pravnom smislu, liječnik postaje disciplinski ali ne i kaznenopravno odgovoran ako povrijedi pravila Kodeksa.

Možda se čini da neusuglašenost Zakona i Kodeksa stavlja liječnike u nepovoljnu poziciju i postavlja etičko pitanje je li želja obitelji važnija od spašavanja ljudskog života. Neuzimanjem organa zbog uskrate obitelji ne daje se primat ljudskom životu. Uzimanjem organa unatoč protivljenju obitelji krši se vlastiti liječnički kodeks. No ignoriranje volje obitelji dovelo bi do dalekosežnih negativnih posljedica na cjelokupan proces transplantacije stvarajući lošu sliku u javnosti. Zakon pretpostavljenog pristanka dobar je jer se pokazalo da je broj donora povećan, a s druge strane ostavlja se autonomija pojedinca koji se za života može jasno izjasniti protiv darivanja organa. Konačno, teško je prihvatiti smrt najmilijeg. Teško je razumijeti termin moždane smrti i prihvatiti činjenicu da dijelovi tijela preminulog člana obitelji mogu značiti novi život nekom drugom, strancu. Potrebno je educirati javnost, razumijeti mentalitet i vjerska opredjeljenja populacije. Ljudski je i etički iskreno razgovarati s obitelji preminulog, a još je humaniji i velikodušniji pristanak obitelji za čin darivanja organa.

Donorskim karticama u Republici Hrvatskoj pojedinac izražava svoj stav vezan za darivanje organa, no ona nije obvezujuća. Iako donorska kartica znači afirmacijski osobni stav prema darivanju organa, on može biti negiran od strane obitelji koja i nakon razgovora odbija pristanak za uzimanjem organa. Tako se u „*opt-out*" sustavu može postaviti etičko pitanje poštivanja autonomnosti, budući da je stav obitelji nadvladao za života iskazanu želju potencijalnog darivatelja. Ipak, donorska kartica u većini slučajeva olakšava rodbini donošenje stava u trenutku odlučivanja u ime njihovog člana obitelji o pristanku darivanja organa.

Religijski stavovi

Stavovi religija važan su dio formiranja javnih zakona pluralističkog društva. Povijesno su mnogi zakoni koji se odnose na tijelo i njegove dijelove pod utjecajem religijskih stavova. Kako bi razumijeli te zakone važno je identificirati vjerovanja i vrijednosti koja ih podupiru. Također, vjerska poimanja oblikuju etičke vrijednosti i utječu na etičko prihvaćanje ili neprihvaćanje korištenja organa u svrhu transplantacije. Osim toga, vjera i vjerske organizacije su važan dio našeg društva i dobro je uzeti ih u obzir prilikom formiranja zakona i propisa vezanih uz cijeli proces transplantacije. Prilikom razgovora s obitelji i traženja njihovog pristanka na darivanje organa obitelji su ponekad u nedoumici podupire li njihova vjera darivanje organa. Većina svjetskih religija, a posebno tri vodeće religije kršćanstvo, islam i judaizam, potiču darivanje organa i tkiva vjerujući da darivanjem organa i transplantacijom činimo veće dobro spašavajući nečiji život.

Trgovina organima

Razvoj transplantacijske medicine donio je i etički neprihvatljivo trgovanje organima u nekim zemljama. Osobe obično nižeg socijalnog i ekonomskog statusa prevarene su ili primorane prodati svoje organe ili im se oni čak uzimaju protivno njihovoj volji. Taj unosan posao cvjeta zahvaljujući i primateljima koji imaju dovoljno novaca i putuju u te zemlje zajedno s kirurzima gdje se onda obavlja sama transplantacija. No zapravo su rezultati takvih transplantacija upitni zbog lošeg probira donora s velikom mogućnošću prijenosa zaraznih bolesti, te neprikladnom medicinskom i transplantacijskom skrbi primatelja, ali i nedovoljnom ili nikakvom skrbi o darivatelju. Stav transplantacijskog društva i mnogih međunarodnih organizacija je osuda takve prakse i postavka da su organi neprocijenjivi i kao takvi mogu biti donirani samo iz altruističnih razloga. 2008. godine Izvršni odbor Eurotransplanta podržao je *Istanbulsku deklaraciju o trgovini organima i transplantacijskom turizmu* koje je donijelo Međunarodno transplatacijsko udruženje i Međunarodno udruženje nefrologa. Istanbulska deklaracija postala je jedan od glavnih međunarodnih pravnih izvora u području trgovine organima, međunarodni dokument i obvezujuća zajednička definicija što sve obuhvaća trgovanje dijelovima ljudskog tijela.

Zaključak

Razvoj transplanacijske medicine donio je i nova etička pitanja vezana uz darivanje organa i samu transplantaciju. Kako su mnoga od njih vrlo kompleksna i nemaju jasnih riješenja, striktni zakoni, propisi i medicinski

protokoli koji uzimaju u obzir ne samo medicinske činjenice već i kulturalnu i socijalnu percepciju, oni su na koje se možemo pozvati i voditi kroz transparentni postupak transplantacije. Bioetička pitanja moraju se sagledati s multidisciplinarnog gledišta i zadovoljiti etičke, filozofske, zakonske, zdravstvene i socijalne aspekte koji su prihvatljivi većini ne narušavajući osnovna prava čovjeka.

Reference:

1. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 6th ed. Strasbourg: Council of Europe; 2016.
2. Valero R, Paez G, Gemma P. Transplant Coordination Manual. 2nd ed. TPM-Fundacio IL-3 Universitat De Barcelona; 2007.3. Clark PA, editor. Bioethics - Medical, Ethical and Legal Perspectives. InTech; 2016. doi:10.5772/62798.
4. Nedić T. Pristanak obitelji za uzimanjem organa ili tkiva od preminule osobe radi presađivanja u Republici Hrvatskoj. Prav Vjesn 2017;33:31–50.
5. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed. Oxford University Press; 1994.
6. 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: Convention on Human Rights and Biomedicine [available from: http://conventions.coe.int/
7. Council of Europe (2002) Additional Protocol to the Convention on human rights and biomedicine, on transplantation of organs and tissues of human origin [available from: http://conventions.coe.int/Treaty/en/
8. Resolution (78) 29 on harmonisation of legislations of member states relating to removal, grafting and transplantation of human substances [available from: www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/
9. World Health Organization (2010), WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation [available from: www.who.int/transplantation/
10. Steering Committee of the Istanbul Summit (2008).Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. Lancet 2008; 372 (9632): 5-6
11. The Declaration of Istanbul Custodian Group (2008), The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism [available from: www.declarationofistanbul.
12. Cronin AJ. Transplants save lives, defending the double veto does not: a reply to Wilkinson. J Med Ethics 2007;33:219–20. doi:10.1136/jme.2006.016147.

SUMMARY

EXPLANTATION AND TRANSPLANTATION - MEDICAL ETHICAL DOUBTS AND STANDARDS

Transparency of the entire transplant procedure requires compliance of laws, codes, and protocols, taking into account the cultural-social-religious aspect of society. This article wants to highlight the ethical doubts that are relevant in the context of bioethical issues that must be seen from a multidisciplinary point of view and satisfy the ethical, philosophical, legal, health and social aspects that are acceptable to most, without violating basic human rights.

Key words: exploration, transplantation, religion, trade in organs

JE LI DOZVOLJENO UMRIJETI?

UDK: 614.253.5 : 179.7
Primljeno: 11.listopada 2017.
Prethodno priopćenje

prof.dr.sc. Lada Zibar
Klinički bolnički centar Osijek
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Hrvatska liječnička komora
ladazibar@gmail.com

Liječnici postupaju prema stručnim pravilima, najboljim dostupnim spoznajama, smjernicama (ako postoje) i dokazima, a što jednim imenom zovemo medicinom utemeljenom na dokazima (eng. *evidence based medicine*). Medicina nije matematika, a ako i jest mi ne znamo sve formule, pa je i ova, naoko egzaktna struka, puna nesigurnosti, a nedostatci se nadomještaju intuicijom i iskustvom. Procjena uzaludnosti (eng. *futility*) terapijskih i dijagnostičkih postupaka počiva na znanstvenim sugestijama i nerijetko rezultira nečinjenjem. Smrtni ishod koji potom uslijedi posljedica je nezaustavljivog patološkog procesa ili pak fiziološkog starenja, a ne propusta ordinirajućeg liječnika. A je li takvo razumijevanje i obitelji, javnosti i pravosuđa? Sudska praksa raznoliko percipira postupke protiv liječnika, za ovakve situacije, u kojima obitelj tražeći krivca i ne prihvaćajući smrt optužuje liječnika za nedovoljno liječenje. Liječnici trebaju biti upoznati s legislativom iz tog područja, ali i sa sudskom praksom, hrvatskom i europskom. Cilj je pri tomu raznovrstan: postupati propisno, pravno se zaštititi, aktivirati se u senzibiliziranju javnosti i sudstva (i zakonodavca!) na specifičnosti ovakvih situacija te utjecati na eventualnu promjenu, dopunu, odnosno preciziranje legislative u tom području. Angažman liječnika u medicinskom pravu je mandatoran!

Ključne riječi: smrt, pravila struke, pravni propisi

UVOD

Slučaj gospodina *T.H.*, staroga 50 godina, stvaran je primjer iz autoričine kliničke prakse. Nakon što mu je dijagnosticiran karcinom bubrega s plućnim metastazama podvrgnut je kirurškom zahvatu odstranjenja zahvaćenog bubrega (nefrektomija), a potom je bila predviđena onkološka terapija (kemoterapija). Supruga je bila uvjerena u prognostički povoljan scenarij. Zbog septičkih vrućica tjednima je odgađana kemoterapija (jer je bila medicinski kontraindicirana u takvome stanju). U međuvremenu, unatoč bolničkom liječenju, uz koje se stanje nije popravljalo, bolest se progresivno širila, uslijedilo

je fizičko propadanje bolesnika (kaheksija) te napredovanje bubrežnog zatajenja(uremije). Od uznapredovale uremije se umire, stoga je bubrežna funkcija nadomještena hemodijalizom. No, uskoro je ipak uslijedila očekivana smrt ovoga bolesnika. Možemo si postaviti sljedeća pitanja relevantna za etičnost, pravovaljanost i pravnu valjanost postupka: 1. Je li hemodijaliza bila opravdana? 2. Je li „smio" umrijeti od uremije? 3. Jesmo li mogli predvidjeti uzaludnost postupka? 4. Što bi bilo da nismo radili hemodijalizu i da nas je obitelj tužila jer nismo sve poduzeli? 5. Jesmo li ju radili zbog defanzivnog stava (osigurati se protiv tužbe)? Na slične primjere nailazimo često u kliničkom radu: starija dementna pacijentica sa suspektnim vaskulitisom kao uzrokom brzoprogresivnog bubrežnog zatajenja – treba li učiniti bubrežnu biopsiju i dati imunosupresivnu terapiju; bolesnica s transplantiranim bubregom i završnim stupnjem jetrene ciroze prouzročene virusnim hepatitisom – premjestiti ili ne iz Osijeka u Zagreb radi moguće jetrene transplantacije (zbog teškog stanja vrlo vjerojatno ne bi bilo moguće realizirati a vjerojatno niti preživjeti transport); kardiopulmonalna reanimacija u bolesnika s kratkim očekivanim trajanjem života zbog težine neizlječive osnovne bolesti (a koja bi možda još nakratko produljila život, odnosno vitalne funkcije).

Djeca

Posebno često i delikatno je postupanje u kazuistici dječje dobi. Liječenje djece, nerijetko novorođenčadi, s neizlječivim urođenim greškama reprezentativan je primjer. U Nizozemskoj je donesen *Groningenski protokol* koji navodi kriterije prema kojima se donosi odluka o postupanju u situacijama u kojima je očekivani ishod unatoč liječenju infaustan, a time i postupci uzaludni (eng. *futile*). Autori ovoga protokola navode kako pridržavanje uputa prema protokolu ne jamči liječniku da neće biti sudski procesuiran zbog terapijskog nečinjenja.[1] Ono što zasmeta u tome navodu je nizozemski specifikum dekriminalizirane eutanazije, a u ovome članku autorica inzistira na distinkciji između uzaludnog liječenja i eutanazije.[2] Ipak, sadržaj ovoga protokola „pokriva" i temu o kojoj se ovdje piše. *Nuffield Council on Bioethics* je nezavisno etičko tijelo u Ujedinjenom Kraljevstvu kojega na engleskomu zovu „*leading ethics watchdog*", odnosno „vodeći pas čuvar".[3], [4] Oni, između ostaloga,

[1] Deliens L, van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. Lancet. 2003; 362: 1239–40.

[2] BBC, Ethics backing for tailored drugs

[3] http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/CCD-Chapter-8-Decision-making-regulsation-and-resolution.pdf

[4] Royal College of Paediatrics and Child Health (2004) Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A framework for practice, 2nd Edition

za takve slučajeve savjetuju medijaciju između roditelja i liječnika.[5] Uzaludno liječenje može se shvatiti i kao ugrožavanje djeteta i ne postoji obveza isto primijeniti, navodi se u mišljenju britanskog *Royal College of Paediatrics and Child Health*.[6] Kakve se presude donose u sudskim procesima nemoguće je generalizirati. Kao primjer se nameće slučaj *Charlotte Wyatt* iz 2005., rođene prerano, 2003. godine, s teškim srčanim i plućnim poremećajima. Trebala je stalnu terapiju kisikom i nikada nije napustila bolnicu. Liječnici su bili predvidjeli tek nekoliko mjeseci života. Liječnici su predvidjeli ne reanimirati ju kada prestane samostalno disati, procjenjujući isto besmislenim i čak neljudskim, jer bi to samo produljilo njezinu patnju. Tvrdili su da se njezin život ne može poboljšati niti trajati dulje od prve godine.[7] Visoki sud u Londonu je odbacio prvobitnu odluku kojom se bilo pravno zaštitilo liječnike koji ne bi primijenili strojnu ventilaciju *Charlotte* u slučaju hitnosti, odnosno životne ugroženosti.[8] Iz navedenoga je vidljivo da je i samo jedan slučaj dovoljan da prikaže nekonzistentnost sudskih odluka u ovom području.

Medicina utemeljena na dokazima

Liječnici postupaju prema stručnim pravilima, najboljim dostupnim spoznajama, smjernicama (ako postoje) i dokazima, a što jednim imenom zovemo medicinom utemeljenom na dokazima (eng. *evidence based medicine*). Dokazi u medicini su statistički, najčešće na razini statističke značajnosti $P < 0{,}05$.[9] To znači da je egzaktnost ograničena i da počiva na matematički odabranoj nesigurnosti (eng. *uncertainty*). Kako predvidjeti očekivano trajanja života? Povezanost između obilježja (X) bolesnika (npr. veličina tumora) i ishoda (Y) liječenja (npr. očekivana duljina života – preživljenje), tako da predviđamo Y na temelju X, u određenim okolnostima se može promatrati pomoću jednadžbe pravca: $Y = a \times X + b$. Većina predviđanja se računa složenije, iz više poznatih obilježja, multivarijatnom analizom koja ponderira („važe") određene prediktore i daje konačnu jednadžbu. Npr.*očekivano trajanje života (mjeseci) = -2 x dob (godine) + 3 x tjelesna masa (kg) – 4 x stupanj proširenosti tumora* + 7. Pri ovomu je 7 nekakva konstanta u kojoj je sadržano sve ono što nam nije poznato. Znači, dokazi su nesigurni, ali mi ne poznamo bolje,

(London: RCPCH), at 2.3.1.2, available at: http://www.rcpch.ac.uk/publications/recent_publications/Witholding.pdf

5 https://www.theguardian.com/society/2005/oct/21/health.theissuesexplained

6 *P* od eng. *probability*

7 Why doctors get it wrong about when you will die. amp.theguardian.com

8 Glare P. et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195.

9 Dosa DM. A day in the life of Oscar the Cat. New Engl J Med 2007;358:327-9.

a na nešto se moramo osloniti kako bismo postupili *najbolje moguće*. Dakle, medicina nije matematika, a ako i jest mi ne znamo sve formule, pa je i ova, naoko egzaktna struka, puna nesigurnosti, a nedostatci se nadomještaju intuicijom i iskustvom. U javnosti, a osobito medijima, postoji sklonost relativiziranju liječničkih predviđanja, što se anegdotalno i potvrđuje.[10] Ipak, kliničari češće precjenjuju preživljenje, a i njihova predviđanja dobro koreliraju sa stvarnim preživljenjem.[11] 2005. godine mačka *Oscar* je u staračkom domu u Providenceu u Sjedinjenim Američkim Državama nepogrešivo predviđala smrt. Do 2010. je točno predvidjela čak 50 smrti. O tome je objavljen članak u New England Journal of Medicine 2007. godine pa potom čak i knjiga istoga autora.[12],[13] Statistika nema takvu sposobnost predviđanja. Preživljenje se iskazuje medijanom preživljenja, a to znači da 50 % bolesnika živi dulje a 50 % kraće od toga medijana. Još je *William Osler* rekao da je medicina znanost nesigurnosti i umjetnost vjerojatnosti.[14]

Uzaludnost liječenja

Uzaludnost (eng. f*utility*) je definirana kao nemogućnost postizanja rezultata ili željenog ishoda.[15] Postavlja se pitanje - što ako pacijent zahtijeva skupo liječenje radi pukog održavanja života za koje liječnik misli da je uzaludno?[16] Liječnik može ne primijeniti liječenje (eng. *nontreatment*), ograničiti ga ili reducirati (eng. *limiting treatment* ili *undertreatment*). Ukoliko primijeni liječenje unatoč procjeni uzaludnosti, tada se može raditi o pretjeranom liječenju (eng. *overtreatment*). Takvi se slučajevi mogu pojaviti kao predmeti sudskih procesa u vremenu liječenja koje tek treba uslijediti (*a priori*) ili su se već dogodili (*post hoc*).

---

10 Dosa D. Making rounds with Oscar: The Extraordinary Gift of an Ordinary Cat. New York. Hyperion, 2010.

11 https://www.brainyquote.com/quotes/quotes/w/williamosl159326.html

12 *The Oxford English Dictionary*, Vol IV. Oxford, England: Oxford University Press 1989;626.

13 Uniform Health-Care Decisions Act 1994, section 7, subsection f

14 Dyer C. Appeal court supports doctors' decision not to treat. British Medical Journal 1992; 304: 1527-8.

15 Swanson JW, McCrary SV. Doing all they can: physicians who deny medical futility. J Law Med Ethics. 1994 Winter;22(4):318-26.

16 McCrary SV, Swanson JW, Perkins HS, Winslade WJ. Treatment decisions for terminally ill patients: physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law. Law Med Health Care. 1992 Winter;20(4):364-76.

Propisi i upute

Sudska praksa Sjedinjenih Američkih Država se nameće pri pretraživanju relevantne literature. Na federalnoj razini postoji tzv. *Uniform Health-Care Decisions Act* koji kaže da onaj koji pruža zdravstvenu zaštitu može odbiti izvršiti medicinski postupak za kojega drži da će biti neučinkovit.[17] Niti u Ujedinjenom Kraljevstvu nema pravne obveze pružanja medicinskih usluga radi održavanja života tamo gdje nema očekivane dugoročnije dobrobiti.[18] Čimbenici koji utječu na liječničku odluku u tom području su katkad i nemedicinska obilježja ali i stavovi do potpunog negiranja postojanja uzaludnosti.[19] Defanzivnost i nepoznavanje medicinskog prava sljedeći su čimbenici u odlučivanju pri ovakvim situacijama.[20] Hrvatski Kodeks medicinske etike i deontologije u vezi s ovim područjem kaže sljedeće: 2.2.6. „... pobuđivanje lažne nade povreda je medicinske etike."; 2.2.7. „...liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi."; 2.2.8. „Liječnik će ... obavijestiti pacijenta i/ili zastupnika o ....svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima za uspjeh..."[21] Neizostavni informirani pristanak na liječenje se uvijek odnosi na činjenje a ne na nečinjenje.[22] Kodeks također navodi da „Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt."[23] Još je Hipokrat smatrao da bi liječnici trebali izbjegavati liječiti onoga kojega je bolest toliko obuzela da je liječenje nemoćno.[24] Važno je i da liječnici nisu prisiljeni primijenjivati liječenje koje je u suprotnosti s njihovim moralnim uvjerenjima i odgovornostima. U istom se (posljednjem) izvoru daju upute studentima, specijalizantima i liječnicima kako procijeniti uzaludnost liječenja. Pri tome daju odgovore na sljedeća pitanja: 1. Koje su pretpostavke pri odluci o medicinskoj uzaludnosti pri odustajanju od aktivnog liječenja? 2. Što je liječniku činiti kada se njegova stručna procjena razlikuje od bolesnikovog izbora ili izbora njegove/njezine obitelji? 3. Kada stručna procjena dozvoljava liječniku određivanje skrbi za bolesnika? 4. Kada liječnik procijeni uzaludnost liječenja a obitelj želi da se

17 NN 139/15

18 J. Munby. Rhetoric and reality: the limitations of patient self-determination in contemporary English law. J. Contemp. Health L. & Pol'y 315 1997-1998.

19 4.4.3. NN 139/15

20 Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E, Marketos S. Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition? J Med Ethics. 1999;25(3):254-8.

21 Deborah L Kasman When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians J Gen Intern Med. 2004 Oct; 19(10): 1053–1056.

22 NN 61/15

23 NN 125/2011

24 http://www.bbc.com/news/uk-politics-32810887

„sve učini", što je tada sljedeći korak? 5. Kako postupiti u slučaju potrebe za reanimacijom? Autori precizno savjetuju ponašanje koje se uglavnom svodi na dobru medicinsku procjenu i otvorenost prema obitelji, u smislu strpljivog i pažljivog informiranja o izgledima, s ciljem dosljednosti svojim prosudbama.[25] Vrlo poučno, ali ostaje nesigurno kakve bi bile presude u sudskoj praksi. Kazneni zakon Republike Hrvatske propisuje kaznenu odgovornost za onoga koji uskrati pružiti propisom zajamčenu zdravstvenu zaštitu:„Tko drugome uskrati ili ograniči pravo iz mirovinskog ili zdravstvenog osiguranja ili osiguranja od nezaposlenosti utvđenog zakonom...kaznit će se kaznom zatvora do 1 godine."[26] Kazneni zakon u poglavlju Nesavjesno liječenje, Članak 181., predviđa kaznom zatvora do jedne godine za doktora medicine koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, a ako je time prouzročena smrt počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.[27]

Realnost

Procjena uzaludnosti terapijskih i dijagnostičkih postupaka počiva na znanstvenim sugestijama i nerijetko rezultira nečinjenjem. Smrtni ishod koji potom uslijedi posljedica je nezaustavljivog patološkog procesa ili pak fiziološkog starenja, a ne propusta ordinirajućeg liječnika. A je li takvo razumijevanje i obitelji, javnosti i pravosuđa? Sudska praksa raznoliko percipira postupke protiv liječnika, za ovakve situacije, u kojima obitelj tražeći krivca i ne prihvaćajući smrt optužuje liječnika za nedovoljno liječenje. Kako lamentiranjem ne bi samo produbljivali neizvjesnost ishoda sudskih procesa, pokušalo se pronaći još primjera iz europske sudske prakse. Pri tome se najprije postavilo pitanje, prema kojemu se provelo istraživanje s ciljem davanja odgovora. Pitanje je formulirano kao „Kakve se presude donose u europskoj sudskoj praksi u slučajevima protiv liječnika zbog eventualnog „nedovoljnog" liječenja ?" A istraživanje je internetski dostupnih izvora provedeno nizanjem brojnih ključnih riječi (eng. *key words*, u zagradama se navode hrvatski prijevodi tih engleskih ključnih riječi): *Negligence* (zanemarivanje), *End of*

[25] http://www.iusinfo.hr/

[26] Royal Dutch Medical Association Medical Practice in Connection with the End of Life of Non-competent Patients, 1997 u S. Moratti. Non-treatment decisions on grounds of 'medical futility' and definition of 'quality of life': interviews with 14 Dutch neonatologists.*Issues in Law & Medicine* 2010; 26: 3-11.

[27] T. Beauchamp & J. Childress Principles of Biomedical Ethics 1979. 6th edition — New York: Oxford University Press, 2009.

life treatment (liječenje na kraju života), *Limiting treatment* (ograničeno liječenje), *Undertreatment* (liječenje u manjem opsegu), *Non*-treatment (izostanak liječenja), *Withholding/withdrawing treatment* (nastaviti/prekinuti liječenje), *Medical futility* (medicinska uzaludnost), *Palliative care* (palijativna skrb), *Malpractice* (pogrešno liječenje), *European Court* (Europski sud), *Cases* (slučajevi), *End of life* (konac života) *NOT EUTHANASIA* (ne eutanazija). Rezultati pretraživanja dali su brojne članke na tražene teme, no odgovori koje su nudili bili su filozofske, etičke, medicinske, religijske ili eventualno zakonske prirode, dok je konkretnih slučajeva iz europske sudske prakse bilo vrlo malo. Tek pokoji bi se pojavio, najčešće specifično iz Nizozemske, a gdje je dekriminalizirana eutanazija, pa je bilo teško razgraničiti nečinjenje zbog uzaludnosti od čina eutanazije. Također su se pojavljivali slučajevi iz Sjedinjenih Američkih Država, koji zapravo nisu bili predmetom zanimanja, te tek pokoji iz Ujedinjenog Kraljevstva (koji nam u budućnosti, a nakon Brexita, također neće biti dio one europske sudske prakse prema kojoj možemo očekivati postupanje za slučaj procesa protiv liječnika ili medicinskih ustanova u Republici Hrvatskoj).[28] Nije nađen niti jedan slučaj u sudskoj praksi u Republici Hrvatskoj.[29] Nađeni europski slučajevi se odnose na *a priori* odluke o postupanju. U Nizozemskoj *Royal Dutch Medical Association* savjetuje kriterije prema kojima treba procijenjivati pri odlučivanju o liječenju**:** očekivano trajanje života, očekivane mogućnosti komunikacije, očekivana samostalnost, očekivana mogućnost razvoja i očekivana ovisnost o medicinskoj skrbi.[30] Pri tome se ne smiju zaboraviti osnovna etička načela medicinske etike: *beneficence (eng.)* – dobrobit (vaganje između dobrobiti i rizika – prevelik rizik!); *non-maleficence (eng.)* – ne štetiti – moguća šteta uz daljnje liječenje; r*espect for autonomy (eng.)* – poštovanje autonomije bolesnika u odlučivanju o svome liječenju – bolesnik odbija daljnje liječenje koje produljuje život; j*ustice* (eng.) – pravednost – raspodjela između dobrobiti i štete.[31]

---

[28] Førde R, Materstvedt LJ, Syse A. (2008) "Scandinavia". In: Griffiths J, Weyers H, Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford: Hart Publishing.

[29] The Vatican's Pontifical Academy for Life statement

[30] https://aleteia.org/2017/06/30/charlie-gard-case-raises-questions-about-and-parental-rights-and-medical-treatment/

[31] R (the application of Oliver Leslie Burke) *v* General Medical Council (defendant) and Ors [2005] EWCA Civ 1003. i R (Burke) *v* General Medical Council & Disability Rights Commission (interested party) & The Official Solicitor (Intervener) [2004] EWHC 1879.

Slučajevi iz europske sudske prakse

Slučaj djevojčice *Kristine* iz Norveške iz 2005. godine. Djevojčica je zadobila nepopravljivo moždano oštećenje nakon nesreće zbog snježne lavine. Otac je inzistirao na nastavljanju strojnog održavanja vitalnih funkcija. Sud je presudio u korist bolnice, odnosno dozvolio je isključivanja strojeva. Norveško medicinsko udruženje naglašava važnost distinkcije između eutanazije i uzaludnog liječenja *(eng. "life worth living"*, život vrijedan življenja*)*.[32]

Slučaj *Charlie Gard* iz Ujedinjenog Kraljevstva (2017., *European Court of Human Rights*). Dječak je rođen s urođenom rijetkom mitohondrijskom bolesti zbog koje nije bio moguć razvoj mozga. Nije mogao sam disati. Roditelji su željeli dijete odvesti u Sjedinjene Američke države radi eksperimentalnog liječenja nukleozidima. Sud je presudio u skladu s procjenama britanskih liječnika, koji ne samo da nisu odobravali liječenje nego su savjetovali i prekid strojne ventilacije, uz argument „najboljeg djetetovog interesa". Mediji pri tomu citiraju izjavu Vatikana – „...moramo prihvatiti ograničenja medicine i, kako se navodi u članku 65 enciklike *Evangelium Vitae*, izbjegavati agresivne medicinske postupke kojima se ne očekuju nikakvi rezultati ili predstavljaju izniman teret za bolesnika ili obitelj."

Slučaj gospodina *Burkea* je svakako izniman po tome što je u njemu sud preispitivao zakonitost medicinskih smjernica (*General Medical Council, GMC, guidelines; Burke vs GMC)* prema kojima bi bilo postupano. Visoki sud je odbacio nezakonitost smjernica. Gospodin Burke je bolovao od progresivne degenerativne neurološke bolesti koja bi s vremenom zahtijevala umjetno hranjenje i hidraciju. On se bojao da će biti u nemogućnosti komunicirati u trenutku kada liječnici (prema smjernicama GMC) prosude da je njegovo daljnje hranjenje i hidracija uzaludno te ih eventualno obustave.

In re Lambert et al. vs Francuska, prema izvješću Europskog suda za ljudska prava iz lipnja 2015. *G. V. Lambert* je doživio nepopravljivo traumatsko oštećenje mozga, u trajnom je vegetativnom stanju i umjetno je hranjen i hidriran (potpora). Dio obitelji želi prekid hranjenja i hidracije i na taj način žele nastup smrti. Drugi dio obitelji je protiv toga. Liječnička odluka je prvobitno procijenila da je zahtjev opravdan i reducirala je potporu. Administrativni sud je *interim* odlukom naredio nastavak potpore. Nacionalni sud je procijenio da ne treba nastaviti s potporom. Europski sud za ljudska prava preispitivao je povredu Članka 2 Europske konvencije o ljudskim pravima (kojom se štiti pravo na život) sa strane nacionalnog suda. Presuda odbacuje mogućnost povrede Članka 2 i prepušta nacionalnom sudu konačnu odluku.

[32] http://www.echr.coe.int

Zaključak

Liječnici trebaju biti upoznati s legislativom iz područja nepostupanja pri medicinskoj uzaludnosti, ali i sa sudskom praksom, hrvatskom i europskom, s ciljem propisnoga postupanja te poradi pravne zaštite. Liječnici se trebaju aktivirati u senzibiliziranju javnosti i sudstva (i zakonodavca!) na specifičnosti ovakvih situacija i utjecati na eventualnu promjenu, dopunu, odnosno preciziranje propisa u tom području. Angažman liječnika u medicinskom pravu je stoga iznimno važan.

Primum nil nocere ostaje *conditio sine qua non* pri svakoj odluci. Stalno obnavljanje znanja treba osigurati poznavanje suvremenih standarda liječenja. Dakle, uz suosjećanje treba zadržati profesionalni integritet. Ujedno je neophodno poznavati moguće pravne posljedice svojih postupaka. Ipak, iz humanističke liječničke perspektive ne smijemo zaboraviti u situacijama uzaludnosti liječenja (u smislu produljenja života) na najbolji mogući način skrbiti o simptomima i osigurati psihološku i socijalnu potporu.

SUMMARY

IS IT PERMISSIBLE TO DIE?

Doctors act according to professional rules, best available knowledge, guidelines (if any) and evidence, and we call it a single name based on evidence-based medicine. Medicine is not mathematics, and if we do, we do not know all the formulas, so this, apparently exacting profession, is full of insecurity, and the deficiencies are replaced by intuition and experience. Evaluation of futility of therapeutic and diagnostic procedures rests on scientific suggestions and often results in non-observance. The deadly outcome that follows is the result of an unstoppable pathological process or physiological aging, not the failure of the ordinating physician. And is this understanding of the family, the public and the judiciary? Judicial practice is widely perceived by doctors against such situations in which the family asks the culprit and does not accept death by accusing the doctor of insufficient treatment. Doctors need to be familiar with the legislation in this area, as well as with court practice, Croatian and European. The aim is to be diverse: to act properly, to be legally protected, to actively engage the public and the judiciary (and the legislator) in sensitizing the specifics of such situations and affect the possible change, supplementation or refinement of legislation in this area. Medical doctor's involvement is mandatory!

Key words: death, rules of profession, legal regulations

SMIJE LI LIJEČNIK DOPUSTITI SMRT

UDK: 614.253.5 : 179.7
Primljeno: 11. listopada 2017.
Prethodno priopćenje

Miran Cvitković, dr.med.
Klinika za pedijatriju KBC Zagreb
Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore
miran.cvitkovic@hlk.hr
mr.sc. Ante Klarić, mag.iur
Voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova
Hrvatska liječnička komora
ante.klaric@hlk.hr

Smije li liječnik dopustiti smrt? Odgovor na to pitanje može istovremeno biti i sasvim jednostavan, ali i vrlo težak i kompliciran, ovisno o tome tko pitanje postavlja, a tko daje odgovor. Poznata je činjenica da univerzalan, općeprihvaćen i jedinstven odgovor na predmetno pitanje u svijetu danas ne postoji no nesporno je da se takvo kompleksno pitanje ne može razmatrati bez da se u svojim temeljima ne sagledava s pozicije medicinskog prava. Liječnik i moderna medicina dakle imaju mogućnost, znanje i resurse kojima mogu manipulirati procesom ljudskog umiranja. Istovremeno, liječnik mora biti i zastupnik pacijenta, jer liječnik posjeduje znanje i mogućnost zašititi dobrobit pacijenta. Tijekom svog profesionalnog rada mnogi se liječnici, posebice oni koji svakodnevno rade s teško ili kritično teško bolesnim pacijentima suočavaju s mnogim teškim odlukama i u određenim trenucima pitaju što učiniti i kako se postaviti prema nadolazećoj smrti pacijenta - jesu li kao liječnici beziznimno i u svim okolnostima i pod svaku cijenu dužni boriti se protiv nje, treba li svaku smrt uopće i do koje mjere odgađati, moraju li u praksi poduzeti sve što je moguće kako bi pokušali spriječiti smrt pacijenta i sl. Na žalost ne postoji, ali niti može postojati jedinstveni i univerzalno prihvaćen odgovor koji bi vrijedio uvijek i za svako mjesto, vrijeme, sudionike i okolnosti, i koji bi liječnicima olakšao postupanje i donošenje odluka koje pred njima stoje u takvim trenucima. Medicinsko pravo kao nova grana prava i njeni instituti usmjerit će liječnika i zdravstvenog radnika u spoznaji svojih ovlasti i odgovorosti u obavljanju zdravstvene djelatnosti te će uveliku onemogućiti pozicioniranje defenzivne medicine te potreba za juridizacijom medicine. Dakle, liječnik sustavno i kontinuirano educiran, svjestan svog položaju u odnosima prema pacijentu, poglavito onom umirućem, ne može biti izložen problemu dati jasan i nedvosmilen odgovor SMIJE LI LIJEČNIK DOPUSTITI SMRT.

Ključne riječi: smrt, problemska pitanja, pravni propisi

UVOD

Smije li liječnik dopustiti smrt? Odgovor na to pitanje može istovremeno biti i sasvim jednostavan, ali i vrlo težak i kompliciran, ovisno o tome tko pitanje postavlja, a tko daje odgovor. Primarno, tri su zainteresirane strane koje s punim pravom to pitanje mogu postaviti – liječnik, pacijent i vlast odnosno kreator normi kojima se uređuje odnos liječnik-pacijent. S druge strane, mnogi u društvu (pojedinci, građanske inicijative i udruge, mediji itd.) polažu pravo na kreiranje svojih vlastitih odgovora uz intenciju implementacije istih i njihovog prihvaćanja od strane tog istog društva, premda je sasvim nesporno da se ne nalaze i nisu ni u ulozi liječnika, ni pacijenta, a niti vlasti. Bez potpuno jasnog definiranja i jasnog utvrđenja tko je legitimna zainteresirana strana koja pitanje postavlja, a tko je onaj koji daje odgovor, neće niti može doći do napretka u razmatranjima predmetnog pitanja, kao niti u približavanju ili usuglašavanju danas često potpuno suprotstavljenih stavova.

Poznata je činjenica da univerzalan, općeprihvaćen i jedinstven odgovor na predmetno pitanje u svijetu danas ne postoji, a pojedina društva i društvena uređenja pokušala su to pitanje urediti na različite, često sasvim kontradiktorne načine.[1]

Intencija autora stoga nije propagiranje i nametanje svojih stavova i mišljenja vezanih uz predmetno pitanje, nego isključivo pokušati ukazati na neke fundamentalne postavke koje su i dalje vrijedeće i postojeće, međutim ili su nedovoljno dobro shvaćene, ili su izgubile na svojoj vrijednosti, ili su u međuvremenu toliko nadograđene i izmijenjene da su promijenile svoj izražaj te su kao takve s vremenom jednostavno ispale iz vidokruga onih, ranije spomenutih, primarno zainteresiranih strana pri razmatranjima predmetnog pitanja.

Nesporno je da se kompleksno pitanje odnosa liječnika spram umiranja/smrti pacijenta, odnosno u širem kontekstu pitanje sveukupne relacije liječnik-pacijent, ne može razmatrati bez da se u svojim temeljima ne sagledava s pozicija dviju velikih znanstvenih disciplina koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značaja – medicine i prava. Pravo i medicina znanstvene su discipline koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značaja, a zajednički cilj im je humanost jer se brinu o životu i zdravlju ljudi kao i ljudskom dostojanstvu, pri čemu medicina to izvršava na jedan način, a pravo na drugi. Medicina čuva čovjekovo zdravlje, dok pravo uređuje i štiti ljudska prava vezano uz zdravlje.[2,3]

Iako su to jedne od najstarijih i vrlo dobro uređenih znanstvenih disciplina, činjenica je da nemaju sposobnost samostalno i u cijelosti odgovoriti na mnoge zahtjeve koje danas pred njih postavlja druga strana što predstavlja vrlo

značajnu i često teško preskočivu prepreku u njihovoj praktičnoj utilizaciji. Upravo iz tog razloga razvila se nova grana prava – medicinsko pravo. Medicinsko pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost. Njime se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga. Ono obuhvaća i sve pravne aspekte zdravstvene djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze. Jednu od najbitnijih značajki koja oslikava svu specifičnost kompleksnih odnosa i interakcija medicine i prava predstavlja i činjenica da pravna znanost ne može u cijelosti i u svim segmentima adekvatno slijediti današnji brzi razvoj medicine, no baš upravo u tome i leži jedinstvena vrijednost medicinskog prava koje unutar svojih okvira sintetizira i kreira materiju sagledavajući je u cjelini, a ne raslojavajući je pritom na ponekad neodjeljive dijelove.[4]

Stoga, pogled na predmetno pitanje „Smije li liječnik dopustiti smrt?" i refleksije mogućih odgovora treba čvrsto temeljiti i iste razmatrati u okviru tripleta – tko postavlja pitanje, tko daje odgovor na pitanje, a sve to na čvrstom fundamentu medicinskog prava.

SMRT

„I smrt će biti sasma nešto ljudsko.
Na ležaju se tijelo s nečim nevidljivim rve
i hropti
i smalaksava i stenje
i onda stane.
Ko kad mašina stane. I stoji. Ni makac."
(Iz pjesme Smrt, Antun Branko Šimić 1898-1925)

Hrvatski pjesnik Antun Branko Šimić (1898-1925) početkom prošlog stoljeća pjesničkim je jezikom, ali istovremeno vrlo jasno, opisao temeljne karakteristike smrti – da to nije ništa što ne bi bilo sasvim ljudski, i da kad dođe da tada život zauvijek stane. Premda je u prirodi oduvijek sasvim jasno određeno da ljudski život ima svoj početak i kraj i to nikom nije sporno, činjenica je da se u 21. stoljeću medicinska znanost, etika, biologija, filozofija i teologija još uvijek ne mogu bezrezervno i na svima jednako prihvatljiv način usuglasiti kad je to početak, a kad kraj ljudskog života (iako se mora istaknuti da veće suglasje vlada po pitanju utvrđivanja nastupa smrti). Više je razloga za gore navedeno, a razlike u definicijama života, smrti, njihovog nastupa, kraja i sl. su temeljene i proizlaze s jedne strane iz same prirode i biologije ljudskog bića, a s druge strane s polazišnih osnova, stavova i mišljenja predstavnika različitih struka i

znastvenih disciplina. Naime, smrt čovjeka kao ljudskog bića u načelu ne znači i istovremenu pojavu smrti odnosno nastup beživotnosti svih tjelesnih organa, tkiva ili stanica, a što postupno nastupa unutar idućih minuta, sati ili čak i dana. Naime, upravo ta različitost termina smrt za ljudsko biće kao jedinku i termina smrti koji se odnosi na gubitak životnosti organa, tkiva ili stanica, odnosno vremenska različitost između bespovratnog gubitka života čovjeka i nestanka životnosti tj. životnih aktivnosti pojedinih građevnih dijelova ljudskog tijela (organa, tkiva ili stanica), omogućuje postupak transplantacije dijelova tijela s mrtve osobe na živu, jer transplantirani dio tijela ostaje neko vrijeme sačuvane životnosti i nakon smrti čovjeka, te po učinjenom presađivanju nastavlja normalno živjeti i vršiti svoju funkciju u tijelu drugog čovjeka.

Hrvatska enciklopedija navodi smrt (latinski *mors*) kao prestanak života, nepovratno prekidanje životne aktivnosti organizma (biljke, životinje, čovjeka), tj. prestanak postojanja jedinke kao zasebnoga živog sustava. U medicinskom smislu, smrt je stanje organizma nakon prestanka rada vitalnih organa (srca i mozga).[5]

Prema Merriam-Webster rječniku smrt se definira kao trajan i potpun prekid odnosno zaustavljanje svih životnih funkcija, kraj života.[6]

Prema Oxfordskom rječniku smrt predstavlja kraj života osobe ili organizma, stanje smrti, trajan završetak životnih procesa u stanici ili tkivu.[7]

Ono što je zajedničko u svim navedenim opisima je s jedne strane isticanje potpunog zaustavljanja životnih funkcija i aktivnosti, a s druge strane trajnost cijelog tog čina.

Medicinska znanost, uzimajući u obzir sve okolnosti, prihvatila je u praksi dva temeljna načina potvrđivanja smrti - nakon nepovratnog prestanka disanja i prestanka srčanog rada, te nakon utvrđivanja moždane smrti. Dok su utvrđivanje prestanka rada disanja i rada kardiocirkulacijskog sustava, te postupci i protokoli za utvrđivanje predmetnog, ostali u cijelosti u domeni medicinske struke odnosno liječnika i medicinsko pravo se nije uplitalo u taj segment, postupak utvrđivanja moždane smrti u Hrvatskoj je jasno zakonski uređen i kao takav nije ostavljen na slobodu postupanja i slobodnu volju i procjenu liječnika. Više je razloga takvog stava zakonodavca, pri čemu je bitno da je time određen i način, postupak i medicinski kriteriji za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja - vrlo kompleksnog ali često ultimativnog i životnospašavajućeg medicinskog postupka.

Tako je Pravilnikom o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja utvrđeno da se kao vrijeme smrti osobe uzima vrijeme utvrđivanja smrti mozga i da nakon utvrđivanja smrti mozga liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke, a iznimno je, pod uvjetima propisanim zakonom,

dopušteno nastaviti medicinske postupke u slučaju kad je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.[8]

Dakle, kako postoji distinkcija između deklarirane smrti čovjeka kao osobe, i smrti (prestanka životnih funkcija i aktivnosti) pojedinih dijelova njegovog tijela, tako postoji i razlika u shvaćanju i postupku utvrđivanja smrti. U Hrvatskoj je zakonski uređen i taj segment te se ni jedan umrli, odnosno mrtvorođeni ne smije pokopati dok se nad njim ne obavi pregled i utvrdi uzrok smrti, a u slučaju kremiranja i kontrolni pregled. Kad je riječ o smrti pacijenta u bolnici, osoba koja utvrđuje smrt je u načelu liječnik, dok funkciju mrtvozornika u slučajevima smrti čovjeka izvan bolničke ustanove mogu obavljati i drugi osposobljeni zdravstveni radnici.[9]

Kad razmatramo pojam smrti vezan uz pacijenta u zdravstvenoj ustanovi odnosno bolnici, ustanovi u kojoj je smrt po definiciji redovita pojava i u kojoj se i dešava najviše smrti pacijenata, tad je očito da je smrt u načelu proces koji traje različito dugo, ovisno o mnogim okolnostima uključujući u to samog bolesnika, modus liječenja, liječnika itd., a daleko rjeđe je to neko trenutno i iznenadno zbivanje koje je dovelo do naglog prestanka disanja i rada srca, a time i prekida cirkulacije krvi kroz mozak i druge dijelove tijela. U tom cijelom procesu i između dijelova tog procesa koji se nadovezuju jedan na drugog ili su međusobno čvrsto i nerazdvojivo isprepleteni, u gradaciji ili fazama smrti svakako je potrebno istaknuti i pojam kliničke smrti. Klinička smrt označava stanje prekida disanja, srčanog rada i optoka krvi kroz tijelo, u načelu je utvrđuje liječnik koji je tog trena uz pacijenta i prisustvuje tom zbivanju, a predstavlja vrijeme u kojem je metodama reanimacije odnosno oživljavanja te drugim terapijskim postupcima moguće čovjeka oživjeti, a to znači povratiti mu funkciju pluća tj. disanja, srčanu funkciju te ponovno postojanje opticanja krvi kroz tijelo. Vremena za oživljavanje nema puno (riječ je najčešće o sekundama ili minutama), jer prestankom rada srca i krvnog optoka i time dotoka kisika stanicama, stanice u organima i tkivima počinju brzo i nepovratno propadati tj. umirati, a povratak ljudskog života je moguć samo onda ako je oživljen prije nego je nastupilo nepovratno propadanje i smrt stanica vitalnih organa, kao što su primjerice mozak i srce. Nažalost, moguće su i situacije kad liječnici uspiju povratiti funkciju srca, cirkulacije i pluća, ali se to desi prekasno - kad su moždane stanice već nepovratno uništene zbog nedostatka kisika. Današnja tehnologija u medicini i umjetni načini održavanja života omogućuju tada da krv i dalje može cirkulirati tijelom i raznositi kisik, no takvo liječenje nije više smisleno.

Naime, činjenica je da s jedne strane utvrđivanjem moždane smrti kao nepovratnog stanja liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke,

i svako liječenje i pravo na liječenje prestaje jer je riječ o mrtvom čovjeku (iznimno pod uvjetima propisanim zakonom dopušteno je nastaviti medicinske postupke u slučaju kad je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje[8], a s druge strane - gledano i mnogo šire i izvan navedenog scenarija – nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.[10]

Stoga, u gradaciji procesa smrti, za fazu kliničke smrti (prestanak disanja, rada srca i cirkulacije) možemo reći da predstavlja prvu fazu iza koje, ako čovjek tijekom idućih sekundi ili minuta nije uspješno reanimiran tj. oživljen, slijedi faza nepovratnog umiranja stanica, tkiva i organa koja se kvalitativno i kvantitativno vremenski različito odvija ovisno o ranjivosti stanica na nedostatak kisika (pri čemu je mozak najosjetljiviji i preživljavanje mozga mjerljivo je u sekundama ili minutama), što završava tzv. biološkom smrću čovjeka i čovjek postaje leš.

Ovdje je potrebno ukazati na još jedan pojam, a to je pojam umjetnog održavanja života i „tehnološke smrti“, kako je nazivaju autori. Metodologija umjetnog održavanja odnosno produljavanja života jasan je dokaz vrijednosti upliva znanosti i tehnologije u modernu medicinu i predstavlja visoko specifične i specijalizirane postupke u liječenju kojima se ugašene temeljne životne funkcije zamjenju (npr. respirator - stroj za disanje koji nadomještava vlastito disanje; ECMO aparat za izvantjelesnu membransku oksigenaciju kojim se istovremeno zamjenjuje i funkcija pluća i funkcija srca, dakle u stvarnosti životne funkcije ne postoje, srce stoji i pluća ne rade, a čovjek je ipak živ) ili se u situaciji njihovog kritično teškog oštećenja koje je takve kategorije da onemogućuje održanje života, snažno podržavaju i podupiru kako se život ne bi prekinuo (uz već gore navedene primjere, neke posebne vrste lijekova kojima se podržava kardiocirkulacijska funkcija u mjeri dostatnoj za očuvanje života). Dakle, u ovom kontekstu pojam umjetnog održavanja života odnosi se na postupke u liječenju kojima se čovjek održava živim, premda su njegove temeljne životne funkcije (disanje, rad srca i cirkulacije) ugasle, ili su možda još uvijek i prisutne, ali toliko oštećene da po njima život nije moguć bez gore navedenih visoko specifičnih i specijaliziranih postupaka u liječenju. Ovakvi postupci liječenja, koliko god s jedne strane bili izuzetno moćni, s druge strane su vrlo jasno ograničeni u svom djelovanju i *de facto* njima zapravo kupujemo vrijeme do ponovnog oporavka vlastitih životnih funkcija, u onoj potrebnoj mjeri koja je dostatna za samostalan život, a bez njihove pomoći. Ako do takvog oporavka ne dođe, može se reći da će smrt nastupiti i uprkos aparatima za održavanje života (čiji učinak je *a propos* često i vremenski vrlo ograničen, npr. ECMO), samo je vremenski pitanje kada, kod nekog ranije kod nekog kasnije.

Dakle, kad se čovjek nalazi u situaciji da su mu temeljne životne funkcije odsutne i ne postoje, a moderna medicina mu umjetnim metodama održavanja života omogućuje da i dalje (ali jasno, vrlo ograničeno) živi, i pri čemu život više ne ovisi o njegovom biću (činjenica je da se činom gubitka životnih funkcija život predao) nego o modernoj tehnologiji i dosezima znanosti, tad se zapravo može reći da čovjek virtualno živi. U takvom modalitetu života, u kojem ljudski život više ne postoji sam po sebi već primjerice isključivo po električnoj energiji koja pokreće aparat koji zamjenjuje npr. rad pluća i srce, vrijeme nastupa smrti određeno je funkcionalnošću aparata i mogućnošću liječnika da održi rad tog aparata što duže vrijeme. Ovakav vid smrti, kad je ona u prirodi i po prirodi već ranije došla s trenutkom gubitka životnih funkcija, pa joj se moderna medicina uz pomoć napredne tehnologije ispriječila na putu ne priznajući tako poraz života i kupujući vrijeme za izliječenje i povratak izgubljenih životnih funkcija, ako ipak nastupi, možemo nazvati tehnološka smrt jer je zapravo u konačnici posljedica gubitka učinkovitosti tehnologije na čovjeku koji je svoje životne funkcije već ranije izgubio. Zapravo, možemo reći da je smrt nastupila dvaput.

Liječnik i moderna medicina dakle imaju mogućnost, znanje i resurse kojima mogu manipulirati procesom ljudskog umiranja te pojedine faze produljivati u vremenu, a neke čak, kao što je klinička smrt, i potpuno povratiti. Stoga, u razmatranju pitanja smije li liječnik dopustiti smrt, neminovno je potrebno o svemu navedenom dobro razmisliti i gore navedene činjenice imati na umu.

LIJEČNIK

Liječnik je zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine, a u obavljanju svog liječničkog zvanja on djeluje kao temeljni, samostalni i odgovorni nositelj zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj. U procesu donošenja odluka i izbora dijagnostike i odgovarajućeg liječenja liječnik je samostalan u postupanju sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke. U obavljanju liječničke djelatnosti liječnik je osobito dužan poštovati načela obavljanja liječničke djelatnosti te suzdržavati se od svake aktivnosti koja nije spojiva s ugledom, dostojanstvom i neovisnošću liječničkog zvanja.[11]

Liječniku je časna obveza svoje životno usmjerenje i struku posvetiti čovjekovom zdravlju. U tom smislu on će poštovati ljudski život od njegova početka do smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti. Svoje znanje i umijeće uvijek će odgovorno primjenjivati u skladu s načelima Kodeksa medicinske etike i deontologije.[10]

Liječnik i bolestan čovjek na istoj su strani. Suprotnoj od bolesti. Liječnik je desna ruka bolesniku u trenucima kad si on zbog nemogućnosti i neznanja nije sposoban sam pomoći i u situacijama kad bolesnik nije u mogućnosti adekvatno pridonositi i sudjelovati u svome liječenju. U takvim situacijama liječnik mora biti i zastupnik pacijenta, posebice u djeteta ili onog koji je u kritično teškom ili umirućem stanju kad se ne može pobrinuti sam za sebe, bez obzira na okolnosti, jer liječnik posjeduje znanje i mogućnost zašititi dobrobit pacijenta.

U prilog navedenom govore i rezultati ispitivanja koji su pokazali da većina onih koji su u najbližem odnosu s kritično teškim bolesnikom ili dolaze iz njegovog najužeg okružja, a imaju ulogu i involvirani su u donošenje odluka vezanih uz njegovo liječenje u datoj situaciji kad bolesnik zbog svog stanja nije u stanju iskazati vlastito mišljenje, preferiraju primiti savjete i preporuke liječnika vezane uz daljnje liječenje i postupke održavanja života.[12]

Također, ispitivanje među liječnicima u jedinicama intezivnog liječenja pokazalo je da se više od 90% liječnika osjeća sigurnim i kompetentnim pri davanju takvih preporuka i savjeta, no da ih istovremeno samo 20% to redovito čini.[13]

Liječnik će poštovati ljudski život od njegova početka do smrti, a zdravlje i dobrobit pacijenta njegova su prva i osnova briga. Liječnik neće provoditi nepotrebne preglede i liječenje. Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika, a namjerno skraćivanje života (eutanazija) i samoubojstvo uz pomoć liječnika u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, pismeno ili usmeno jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produljavanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise, a nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.[10]

Sve gore navedeno liječnik primjenjuje u radu sa svakim pacijentom, a posebno u radu s teško bolesnim ili životno ugroženim bolesnikom. Tijekom svog profesionalnog rada mnogi se liječnici, posebice oni koji svakodnevno rade s teško ili kritično teško bolesnim pacijentima (kao primjerice anesteziolozi, intenzivisti i dr.) suočavaju s mnogim teškim odlukama i u određenim trenucima pitaju što učiniti i kako se postaviti u situacijama prijeteće ili nadolazeće smrti pacijenta - jesu li kao liječnici beziznimno i u svim okolnostima i pod svaku cijenu dužni boriti se protiv nje, treba li svaku smrt uopće i do koje mjere odgađati, moraju li u praksi poduzeti sve što je moguće kako bi pokušali spriječiti smrt pacijenta i sl. Na žalost ne postoji, ali niti može postojati jedinstveni i univerzalno prihvaćen odgovor koji bi vrijedio uvijek

i za svako mjesto, vrijeme, sudionike i okolnosti, i koji bi liječnicima olakšao postupanje i donošenje odluka koje pred njima stoje u takvim trenucima. Ono što liječnik uvijek u takvim situacijama svakako treba imati na umu je racionalno sagledavanje i objektivno suočavanje s postojećim mogućnostima i ograničenjima medicinske znanosti i tehnologije, te razumijevanje vlastite pozicije i uloge u zadanoj situaciji. Naime, polje liječničkog djelovanja ograničeno je dosezima znanosti i znanstvenim spoznajama i upravo to su granice do kojih liječnik i modrena medicina danas mogu djelovati i činiti. Preko toga, preko tih granica, jasno da nitko ne može ustvrditi da ništa ne postoji, no činjenica je da to više nije u rukama liječnika. Liječnik time više ne upravlja, i to bi liječnik trebao imati na umu kad se suočava s nekim teškim odlukama vezanim uz život, zdravlje i smrt bolesnika.

LIJEČNIK I SMRT

Prethodno je rečeno da su bolesnik i liječnik na istoj strani, onoj suprotnoj od smrti. To je činjenica koja je zapisana u fundamentu liječničke profesije. S druge strane, smrt je posljednji i završni dio ljudskog života, jedina sigurna činjenica ljudskog života, ona je posljednja istina – *mors ultima ratio* – pa je ni liječnik, koji joj se često postavlja kao posljednja prepreka, u svim oklonostima ne može spriječiti. Odnos liječnika prema smrti bolesnika i njegov stav koji zauzima u zadanom trenutku refleksija su njegovih kulturoloških osobina i osobnih shvaćanja i stavova spram etike, medicine, prava i/ili religije. Spomenuta područja međutim često nisu međusobno lako razdvojiva i u mnogočemu se preklapaju pa takav unutarnji odnos i međuodnos nije sastavljen i ne smije se promatrati i razmatrati kao primjerice kolaž (slika sastavljena od mnogih međusobno potpuno odijeljenih dijelova samo zaljepljenih na istu podlogu), već kao akvarelnu sliku pri čemu ukupnost i cjelovitost prikaza proizlazi upravo iz međusobne neodjeljivosti njenih sastavnica. Predmetno je važno razumjeti u cilju ispravnog razmatranja i shvaćanja po mnogočemu specifičnog liječničkog odnosa prema smrti jer je i njegova (liječnikova) refleksija u onom presudnom trenutku, pa ma koje sastavnice sadržavala, jedinstvena i fokusirana. Kako je i samo pitanje života i smrti i dan danas puno kontroverzi i predmetom je bezbrojnih rasprava u svijetu koje se kontiunuirano vode od strane mnogih stručnjaka i znanstvenika, tako ni unutar liječničkog korpusa ne postoje potpuno jedinstveni koncept pogleda i stava prema smrti. Uprkos tome, potrebno je istaknuti neke temeljne činjenice, koje su vrijedeće u svim okolnostima, a bez kojih nije moguće graditi ikakve valjane stavove vezano uz pitanja smrti i stava liječnika prema smrti. Naime, kad liječnik promišlja o životu, zdravlju i smrti pacijenta, kad odlučuje o svojim daljnjim postupcima

koji istovremeno moraju biti sukladni svim pravilima struke i u interesu pacijenta, te ih predočuje bolesniku, mora imati na umu da on, liječnik, nije kreator života pacijenta koji se nalazi pred njim i nije njegov vlasnik. Naime, samo kreator ili vlasnik nečega može određene odluke donositi, drugi ljudi ne, pa makar to bio i liječnik – često jedina preostala pomoć na svijetu i desna ruka bolesniku u trenucima kad si on zbog nemogućnosti i neznanja nije sposoban sam pomoći. Drugo, liječnik ne nosi tuđi život na svojim rukama. Liječnik, a u konačnici ni medicina, nemaju tu mogućnost, sposobnost ni snagu. Svaki čovjek samostalno nosi vlastiti život, pa tako ni liječnik ne nosi život pacijenta na svojim rukama. Sveprisutna moć znanosti i tehnologije lako može zamagliti ili skrenuti pogled s navedene činjenice, no to nipošto ne mijenja na njenom postojanju. Ovo bi bi svaki liječnik u svom profesionalnom djelovanju trebao imati na umu, i na adekvatan način na to ukazati i pacijentu. I treće, liječnik ne vlada i ne upravlja životom bolesnika te stoga ne može vladati niti njegovom smrću. Postoje okolnosti, situacije i ljudi koji vladaju ili upravljaju tuđim životima, no to ne spada pod medicinu. Liječnik ne odlučuje o tome tko će i kada umrijeti. Liječniku smrt uopće nije nikakav interes. Liječniku je interes život. Zapravo, svatko se može zapitati bi li rađe bio pacijent liječniku koji misli da vlada i upravlja tuđim životima i drži živote ljudi u svojim rukama, ili onog liječnika koji u liječenju ljudi drži za istinu ono što je prethodno navedeno. Iz odgovora na to pitanje, proizlazi i snaga dokaza ovih iskazanih temeljnih činjenica.

Koliko je odnos liječnika prema smrti pacijenta kompleksan pojam, govori i spoznaja kako liječnici za sebe u načelu priželjkuju sasvim drugačiji medicinski tretman i zapravo sasvim drugačiju smrt od načina kojeg, u skladu s pravilima medicinske struke, medicina nudi pacijentima. Naime, liječnici će u praksi u pravilu učiniti sve da neke pacijente održe na životu, ali nisu toga stava u određenim okolnostima kad je riječ o njihovim vlastitim životima.

Obzirom da liječnici vrlo dobro poznaju granice moderne medicine i mogućnosti koje ona nudi, ispitivanja su pokazala da bi većina za sebe izabrala mirniju smrt bez dodatnih intervencija, uključujući u to čak i postupke kao što su reanimacija, strojna ventilacija, dijaliza, kemoterapija i dodatni kirurški zahvati.[14]

Smrt nije najgore što se čovjeku može desiti. Umiranje je puno gore.

VRSTE SMRTI I UMIRANJA

Činjenica je da se danas u razvijenim zemljama s razvijenim zdravstvenim sustavom većina smrti dešava u bolnicama, a od toga većina u jedinicama za intenzivno liječenje (JIL).[15]

Jedinica za intenzivno liječenje predstavlja vrh piramide svakog zdravstvenog sustava, mjesto na kojem je skoncentrirana sva moć i snaga struke, znanosti i tehnologije i ne postoji neko drugo, bolje ili sigurnije mjesto na kojem bi pacijent mogao biti liječen. Istovremeno, to predstavlja i glavnu manu intenzivne skrbi jer svaki drugi odjel u bolnici, svako mjesto ili bilo koja stepenica u zdravstvenom sustavu, u slučaju nemogućnosti daljnjeg liječenja i skrbi nad pacijentom iz bilo kojeg razloga, uvijek ima mogućnost pacijenta transferirati na višu razinu u sustavu, a na kojoj će pacijentu biti osigurano primjereno liječenje i potrebna zdravstvena zaštita. Jedino mjesto u sustavu koje nema tu mogućnost slanja bolesnika na višu razinu je JIL. Stoga, pred liječnicima koji rade u JIL-u (u pravilu su to anesteziolozi i intenzivisti) tijekom cijelog radnog vijeka, tijekom svakog dana i svake minute, stoji ogroman i težak imperativ da svaki pacijent koji je u JIL primljen, iz JIL-a bude i otpušten. Tome nema iznimke jer činjenica je da ako bolesnik iz JIL-a nije izašao, tj. nije optušten i premješten na neki drugi odjel i sl. kao oporavljen, izliječen ili zaliječen, to znači da je nažalost umro. Takvu imperativnu zadaću nema niti jedan drugi lokus u strukturi zdravstvenog sustava i stoga su liječnici intenzivisti i anesteziolozi posebno izloženi svakodnevnom suočavanju sa smrću.

Činjenica je da smrt u JIL-u u načelu ne dolazi brzo i ne dolazi lagano. Više je razloga za to, no temeljni razlog proizlazi iz mogućnosti koje okružje JIL-a pruža u liječenju bolesnika, a to je spoj vrhunskih medicinskih stručnjaka i zadnjih dosega medicinske znanosti i tehnologije. Zbog toga je mnogo smrti spriječeno i izbjegnuto, zbog toga je mnogo ljudi iz kliničke smrti oživljeno i izliječeno, ali istovremeno postoji i dio bolesnika koji je dugotrajno, mukotrpno, i u konačnici nažalost bezuspješno, liječen.[16,17,18]

Liječnici u intenzivnoj medicini imaju veliku moć, ali i odgovornost. Imaju moć spasiti život i zdravlje čovjeka (pa čak i kad je u kliničkoj smrti), ali i odgovornost prepoznati i prihvatiti situacije kada to ne mogu učiniti. Nesporno je da intenzivna medicina spašava živote, ali intenzivna medicina može produžiti i umiranje. Svatko ima pravo na kraju svog život umrijeti s dostojanstvom i ako se smrt dešava u bolnici, medicina to ne smije svojim postupanjem onemogućiti. Da je gore navedeno neželjena pojava govori i Kodeks liječničke etike i deontologije, čl. 4. st. 3., u kojoj se navodi da nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.[10]

Vezano uz tu odredbu treba navesti i čl.2. st.7. istog Kodeksa u kojoj se navodi da će liječnik u svojem postupku s pacijentom postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi, a nepotrebne preglede i liječenje

neće provoditi, bez obzira na to tko snosi troškove skrbi za bolesnika. Ovo je također restrikcijska odredba Kodeksa koja za razliku od prethodno navedene, koja u prvi plan stavlja etiku kao povod restrikcije, u prvi plan stavlja racionalnost zdravstvene potrošnje i finacijsku ekonomičnost. Promatrajući samo ove dvije odredbe Kodeksa i moguće reperkusije koje iz njih proizlaze, ne može se ne uočiti određen stupanj kolizije i dvojbenosti između odredbi liječničkog kodeksa i Kaznenog zakona Republike Hrvatske, a između kojih se nalazi liječnik i koji u određenim situacijama što god da napravi, može prekršiti ili odredbe Kodeksa ili Kaznenog zakona. Na primjer, u čl.181., st.1. Kaznenog zakona između ostalog navedeno je da ako liječnik očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, čini kazneno djelo.[19]

Premda je racionalnost zdravstvene potrošnje bilo od strane primatelja ili davatelja usluga dobrodošla kategorija , činjenica je da pravila medicinske struke ne prepoznaju financijsku ekonomičnost poslovanja kao mjerodavnu kategoriju koja će predvoditi liječnika u liječenju bolesnika, štoviše, kada bi se liječnik u dobroj namjeri i poveo za tim pa za posljedicu imao pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja pacijenta, teško da bi se pred sudom mogao opravdati željom za financijskom uštedom i ekonomičnošću.

Nadalje, u čl.183. Kaznenog zakona stoji da liječnik koji bez odgađanja ne pruži medicinsku pomoć osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice po njezino zdravlje ili za njezin život, čini kazneno djelo.[19]

Vezano uz spomenuti članak, mora se istaknuti da za kritično teške bolesnike koji se liječe u JIL-u i kojima je život ugrožen, u načelu vrijedi da ne postoji bolesnik kojemu na taj način opisana medicinska pomoć ne bi bila potrebna, bez obzira na klinički status ili fazu bolesti, te se po tome svaki liječnik u JIL-u može učiniti odgovornim u situaciji ako bi ispoštovao odredbe čl. 4.st.3. liječničkog kodeksa. Naime, nesporno je da je svaki kritično teški bolesnik, bez obzira na fazu bolesti ili status njene lječivosti, izložen opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice po zdravlje ili život u slučaju da bez odgađanje ne primi odgovarajuću terapijsku mjeru odnosno liječničku pomoć, te stoga i ovdje vrijedi da se liječnik lako može izložiti odgovornosti ako bi poštivao odredbe Kodeksa.

Navedeni primjeri i iz ovog rakursa jasno ukazuju na izuzetno nezavidan položaj liječnika koji se susreće s mogućom smrti pacijenta i dodatno ističu ono ranije navedeno, da liječnici u intenzivnoj medicini imaju moć spasiti život i zdravlje čovjeka, ali i odgovornost prepoznati i prihvatiti situacije kada to ne mogu učiniti pri čemu se nažalost, zbog moguće kolizije i nedorečenosti propisa koji uređuju liječničku djelatnost, mogu naći u nezavidnom položaju.

Kad se govori i raspravlja o pitanjima umiranja i smrti, pa tako umiranja i smrti u bolnici tj. mjestu gdje se u razvijenim zdravstvenim sustavima dešava najviše smrti, gotovo uvijek se u određenom trenutku ili segmentu uz to vežu tri pojma – eutanazija, distanazija i ortotanazija. Sva tri pojma se odnose i na neki način označavaju načine umiranja odnosno smrti. Sadrže u sebi grčku riječ *thanatos* što znači smrt, a međusobno se razlikuju samo po prefiksu (*eu-*, *dys-*, *ortho-*) kojim se smrt pobliže označava i čime cijela riječ dobija na novom značenju. Sva tri pojma u praksi su živa i prisutna u svojim različitim oblicima ili kombinacijama, medicinski su jednako moguća i izvediva, a sve je više zemalja u kojima se pojedini od pojmova (kao primjerice eutanazija) zakonski jasno uređuju i legaliziraju.

Eutanazija

Današnje značenje eutanazije, uprkos svom izvornom značenju čovjekove želje i molitve za dobrom tj. blagom, brzom i bezbolnom smrću odnosno blagim umiranjem, označava namjerno skraćivanje ljudskoga života kako bi se neizlječivom bolesniku skratile patnje. Premda, gledajući kroz povijest, eutanazija nije bila nužno vezana uz liječnika kao izvršitelja, u novije vrijeme gotovo da nije moguće naići na stručnu raspravu u kojoj se ne spominje i ne involvira liječnika kao glavnog nositelja eutanazije. Gledajući na problem eutanazije s perspektive pravnih sustava različitih zemalja, činjenica je da većina pravnih sustava takvo usmrćenje kažnjava kao i bilo koje drugo ubojstvo, u nekim zemljama se tretira kao poseban oblik ubojstva koji se blaže kažnjava (npr. u Hrvatskoj, Njemačkoj, Austriji), a tek nekolicina zemalja danas eutanaziju prihvaća i legalizira je (npr. Nizozemska, Belgija, Luksemburg, Kolumbija, Kanada) i ne kažnjavaju onoga tko pomaže drugom umrijeti (Nizozemska, dijelovi Australije), (c) neki pak pravni sustavi ubojstvo na zahtjev tretiraju kao poseban oblik ubojstva koji se blaže kažnjava (Hrvatska, Njemačka, Austrija i dr.).[1,20,21]

Eutanazija dakle predstavlja čin usmrćenja drugoga s ciljem da ga se liši nepodnošljivih patnji uzrokovanih njegovim teškim zdravstvenim stanjem. U stručnoj literaturi više je vrsta i podjela kojima se eutanazija razvrstava u određene skupine, a jedna od podjela je i razlikovanje eutanazije po pitanju volje (dobrovoljna, nedobrovoljna, protiv volje), činjenja ili nečinjenja (aktivna, pasivna) i namjere (direktna, indirektna).[22,23,24]

Dobrovoljna eutanazija podrazumijeva njeno izvršenje temeljem iskazane volje osobe koja je izrazila želju umrijeti, dakle počinjena je uz jasan pristanak, bez obzira da li se on odnosi na aktualan ili tek budući događaj, i bez obzira da li joj život ovisi ili ne ovisi o medicinskim aparatima i terapijskim postupcima

za održavanje života. Zanimljivo je u ovom kontekstu ovdje istaknuti kazneno djelo opisano u čl.112.st.3. Kaznenog zakona (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15) koji navodi da će se onaj tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev iz suosjećanja zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja kazniti kaznom zatvora do tri godine. Nedobrovoljna eutanazija se odnosi na njeno počinjenje bez zahtjeva i bez postojanja izričitog pristanka osobe. Ona uključuje eutanaziju u situacijama kad osoba nije u mogućnosti iskazati svoj stav o tome (npr. zbog komatoznog stanja), primjerice kad se izvrši uz uz pristanak obitelji. U pojam nedobrovoljne eutanazije uključena su i djeca. Eutanaziju protiv iskazane volje osobe ili onu učinjenu na silu, zovemo ubojstvom. Ona predstavlja jasno kazneno djelo te je tako treba i nazvati.

U odnosu na činjenje ili nečinjenje, eutanazija može biti aktivna ili pasivna. Aktivna eutanazija pretpostavlja aktivan čin, postupak odnosno upotrebu nečega (npr. lijeka u smrtonosnoj dozi) za okončanje života. Pasivna eutanazija predstavlja izostanak onih mjera liječenja i medicinskog tretmana koji su neophodni za održavanje života, i to bez obzira da li je riječ o bolesniku u kojeg potreba za tim mjerama tek aktualno nastupa, ili je riječ o bolesniku koji je već tretiran tim mjerama pa je radi nastavka života nužan i njihov nastavak. Područje pasivne eutanazije je prilično široko, diskutabilno i podložno različitim shvaćanjima. Stoga je ovdje potrebno posebno istaknuti da se iz pojma pasivne eutanazije moraju isključiti slučajevi utvrđene uzaludnosti, beskorisnosti i besmislenosti daljnjeg liječenja (a što u praksi utvrđuje liječnik sukladno pravilima struke i spoznajama medicinske znanosti), i u kojim se stoga ne poduzimaju daljnje mjere za održavanje života, također bez obzira na okolnost da li je riječ o bolesniku u kojeg potreba za tim mjerama tek aktualno nastupa, ili je riječ o bolesniku koji je već tretiran tim mjerama. Dakle, pasivna eutanazija pretpostavlja izostanak mjera za održavanje života u stanju u kojem bi mjere za održavanje života još neodređeno, ali sigurno još neko vrijeme, omogućile bolesniku da živi, tijekom čega nije isključena ni mogućnost oporavka zdravlja do onog stupnja u kojem takve mjere više ne bi bile potrebne. S druge strane, izostanak mjera za održavanje života u stanju u kojem je medicinski razvidno da je takvo liječenje uzaludno, beskorisno i besmisleno iz razloga što ne može promijeniti tijek bolesti, ne može spriječiti nastup smrti i jer učinkovitost više nije i ne može biti dostatna za svrhu zbog koje su takve mjere i način liječenja upotrebljeni, ne pripada pod eutanaziju i mora biti dopušteno.

Nadalje, eutanazija može biti direktna i indirektna, a razlikuje se u odnosu na namjeru s kojom se čini. Direktna eutanazija je ona koja se čini s namjerom neposrednog uzrokovanja smrti. Indirektna u sebi primarno nosi namjeru

ublažavanja boli ili kakve druge neizdržive tegobe bolesniku, no posljedica tako upotrebljene mjere je skraćivanje života. Primjer za to je primjerice pokušaj ublažavanja jakih bolova umirućem bolesniku pomoću opiodnih analgetika za koje je poznato da ih bolesnik s vremenom zahtjeva sve više, a s čime raste i mogućnost razvoja neželjenih zbivanja, odnosno nuspojava takvih vrsta lijekova koje mogu rezultirati i prijevremenom smrću pacijenta. Ako se pojam indirektne eutanazije promatra u ovakvom svjetlu, tada i za nju vrijedi jednak stav i pogled kao i u slučaju prethodno navedenog izuzetka u sklopu pasivne eutanazije, jer i u ovom slučaju nije riječ o eutanaziji nego poznatoj nuspojavi nekog lijeka koja nije željena, ali je moguća i nije ju moguće uvijek spriječiti.

Dakle, primjena terapijskog postupka u svrhu olakšavanja neizdrživih tegoba teško bolesnom, životno ugroženom ili umirućem bolesniku, i uz znanu mogućnost nuspojava lijeka uključujući i smrtni ishod, medicinski je opravdana ako je terapijski postupak učinjen sukladno pravilima medicinske struke. Naime, gotovo da nema lijeka koji za posljedicu ne može imati teško narušenje zdravlja, ugrožavanje života pa čak i smrti, no to nisu razlozi koji apsolutno isključuju njihovu primjenu. Takav stav dijeli i Katolička crkva te iako se čvrsto protivi eutanaziji nazivajući je nedopuštenim i moralno osuđenim činom, kulturom smrti, sramotnim zločinom i ponašanjem nespojivim s poštovanjem ljudskog života i dostojanstva, istu istovremeno jasno razlikuje od gore navedenog i opravdava navedeno davanje analgetika i kad je s tim povezano skraćivanje života, kao i primjerice zaustavljanje umjetne ventilacije i prije nego je cirkulacija u potpunosti stala.[25,26,27,28]

Dakle, sumirajući prethodno navedeno, može se reći da je eutanazija u svojoj biti sastavljena od dviju sastavnica, uključenja druge osobe čiji čin za posljedicu ima prijevremeni prekid tuđeg života i činjenice da je takav čin te osobe u svojoj naravi samilostan.

Obzirom da samilostan može biti svatko i da danas zapravo nije potrebno imati neko posebno stručno znanje za izazvati laku i bezbolnu smrt i u kućnim uvjetima (npr. uzimanjem veće količine tableta za spavanje, trovanje plinom i sl.), postavlja se pitanje zašto se kad se raspravlja u kontekstu eutanazije u to gotovo beziznimno i uvijek uključuje liječnika i liječničku profesiju. U povijesti medicine možda su nekad i bila potrebna specifična znanja ili sredstva, a koja su bila dostupna samo liječnicima, za izazivanje tzv. blage i brze smrti, no danas to sigurno više nije slučaj. Stoga, ako bi postojao, taj razlog više nikako ne može biti važeći za uplitanje liječničke struke u pitanje eutanazije. Eutanazija je suprotna liječničkom zvanju i to je potvrđeno u Deklaraciji o eutanaziji Svjetskog udruženja liječnika (Madrid 1987., potvrđeno Divonne-les-Bains

2005. i Oslo 2015.): „Eutanazija, odnosno namjerno skraćivanje života pacijenta, čak i na njegov zahtjev, odnosno zahtjev bliskih rođaka, je neetična. To ne sprječava liječnika da poštuje želju pacijenta da dopusti prirodnom procesu smrti da slijedi svoj put u terminalnoj fazi bolesti." Jednako tako govori i Kodeks medicinske etike i deontologije (NN 55/08, 139/15) u članku 4.st. 2.:" Namjerno skraćivanje života (eutanazija) i samoubojstvo uz pomoć liječnika u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, pismeno ili usmeno jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produljavanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise."

Društvo uvijek može odlučiti da takve odluke donose druga tijela.

Distanazija

Distanazija je pojam koji je zapravo po značenju suprotan od eutanazije, i ako eutanazija znači dobru, brza i bezbolnu smrt, distanazija predstavlja loš, sporu i bolnu smrt. Pojam distanazije je obradio i etablirao brazilski bioetičar, svećenik i teolog Leo Pessini u svojoj knjizi „Distanazija: Do kada produžavati život", 2004. Riječ je grčkog porijekla u kojem prefiks *dys* znači ne, čin s greškom, a *thanatos* smrt, a označava pretjerano produžavanje agonije, patnje i smrti pacijenta, zapravo može se reći da označava stanovito protivljenje smrti. Distanazija ili bilo koji od sinonima za takvu vrst liječenja, nastaje i kao posljedica prekomjerne uloge moderne tehnologije i tehničke znanosti u medicini, u situaciji kad nije razumno očekivati postizanje terapijske koristi za pacijenta, a čak ni djeca nisu izuzeta od toga. Drugi nazivi koji se u literaturi rabe za taj pojam su medicinska beskorisnost (*medical futility*), beskorisno liječenje (*futile treatment*) odnosno terapijska upornost.[29,30,31,32,33,34,35,36]

Distanazija dakle u sebi nosi prolongiranje smrti i patnje bolesnika, podržavanje procesa umiranja i patnje, jedno zapravo beskorisno liječenje koje uz to nanosi i bol. Ona predstavlja korištenje svih raspoloživih mogućnosti za umjetno produžavanje života i odgađanje dolaska neminovne smrti u bolesnika u terminalnoj fazi života, kad nema razumne nade za izliječenje. U negativnom smislu, distanazija u svojoj srži oslikava moć i gospodarenje znanosti i tehnologije nad pacijentom i liječnikom – nad čovjekom. Rezultat toga je produžavanje uzaludnog i besmislenog liječenja koje ne donosi dobrobit pacijentu i za koje nije vjerojatno da će polučiti značajnu korist za pacijenta. Stoga, glavne značajke takvog liječenja su da je vjerojatnost da će pacijent imati korist od intervencije izuzetno mala, odnosno da je kvaliteta te koristi izuzetno loša. Da je distanazija suprotna osnovnim postulatima liječniče profesije vidljivo je i iz poznatog obraćanja Sir Thomasa Hordera

(1871-1955), vodećeg liječnika tog doba i liječnika britanske krune i više premijera, u Domu lordova parlamenta Ujedinjenog Kraljevstva 1936.godine kad se raspravljalo o zakonu u dobrovoljnoj eutanaziji, prilikom čega je izjavio da je dužnost liječnika produžiti život, a ne umiranje.

Očito je da pojava ili širenje principa distanazije i korištenje modaliteta takvog rada u praksi ima negativne posljedice i postavlja se pitanje gdje leže uzroci njene pojave.

Nesporno je da dio odgovora leži i posljedično proizlazi iz tranzicije u odnosu medicine i prava koja je tijekom zadnjih desetljeća ostavila mnoge posljedice. S jedne strane uspostavljeni su primjereniji pravni okviri medicinske djelatnosti, što je između ostalog pridonijelo i većoj zaštiti i pravnoj sigurnosti korisnika zdravstvenih usluga, no s druge strane to je pridonijelo porastu uzajamnog nepovjerenja, juridizacije medicine i širenju tzv. defenzivne medicine. Pojam defenzivne medicine odnosi se na praksu preporučivanja i izvođenja dijagnostičkog i/ili terapijskog postupka koji ne predstavlja nužno najbolji izbor za pacijenta, već uglavnom ima ulogu zaštititi liječnika od potencijalne odgovornosti i tužbe od strane pacijenta. To je negativna pojava u medicini, a upravo je nastala kao refleksija na povećanje broja tužbi. Juridizacija medicine je pojam koji se odnosi na kontinuirani postupak kontrole pružanja zdravstvenih usluga. Medicinski postupci se podvode pod pravo, odnosno dobijaju određenu pravnu kvalifikaciju. Posljedica je povećanje prava pacijenata, a smanjenje ovlasti zdravstvenih radnika, pri čemu postupci zdravstvenih radnika bivaju podložni procjeni stručnosti, pravovremenosti, ispravnosti i svrsishodnosti, odnosno procjeni usklađenosti/ sukladnosti s pravilima struke kao i posljedicama istog.[3,37]

Uz navedeno, promjena odnosa medicine i prava reflektirala se i u promjeni same prirode odnosa liječnik-pacijent. Međusobno povjerenje i dalje ostaje jedna od temeljnih značajki tog odnosa, ali ne i jedina. Sigurnost pacijenta postaje sve važnija kategorija, zakonodavac je sadržaj i opseg pružanja zdravstvene zaštite digao na razinu pravne norme čije kršenje povlači za sobom određene sankcije, u javnosti se zdravlje gotovo imperativno percipira kao nedodirljiva datost i konstanta, neuspjesi liječenja često rezultiraju sumnjom u propuste ili pogreške u liječenju, a nekad normalno prihvaćane životne pojave kao bolest i smrt postaju utužive i izvor sudskih sporova.[38]

U okviru navedenih okolnosti (juridizacija medicine, kontraproduktivna hipernormiranost liječničke i zdravstvene djelatnosti, opća percepcija zdravlja kao nedodirljive datosti i konstante, shvaćanje bolesti i smrti gotovo isključivo kao posljedice liječničke greške, defenzivna medicina i sl.), bijeg medicine u jedan ovakav koncept spašavanja ljudskog života pod svaku cijenu i bez obzira

na sve okolnosti, nije neočekivan niti iznenađujuć. Umiranje se produžava, ali ne zbog pacijenta, već zbog drugih faktora. Na primjer, zbog obitelji da im se pusti vrijeme da se suoče i prihvate tragediju s kojom su se susreli, zbog člana medicinskog tima (ili člana obitelji) koji se ne može pomiriti s neuspjehom liječenja i želi da se i dalje poduzima sve što je moguće jer drži da uvijek postoji nada ili uvijek postoji još nešto što se može pokušati učiniti i sl. Također, distanazija nastupa i u situacijama kad se potupci u liječenju provode zbog profesionalne zainteresiranosti ili znanosti same po sebi, ali i zbog straha liječnika ili članova medicinskog tima od mogućih osuda profesije zbog neuspješnog liječenja odnosno zbog straha od mogućih tužbi.

Da strah liječnika od tužbi ni u Hrvatskoj nije neopravdan, govori i podatak o čak 632 aktivna sudska spora protiv liječnika i bolnica u 2011. godini, odnosno 1 sudski spor na 9 bolničkih liječnika.[39]

Ortotanazija

Riječ ortotanazija u sebi sadrži, osim riječi *thanatos* (smrt), grčki prefiks *ortho* koji označava nešto što je normalno, ispravno, ravno, na pravilan način, normalnim redoslijedom, uspravno i sl., dakle ortotanazija se može prevesti kao normalna smrt, smrt nastala na pravilan način.[40]

Ortotanazija u svome značenju u biti predstavlja suprotnost i negaciju eutanazije i distanazije. Ona u sebi sadržava nekoliko ključnih karakteristika - pravo svakog pacijenta odnosno bolesnika da umre s dostojanstvom, da pruženo liječenje u sebi intenciozno ne sadržava ni podrazumijeva skraćenje života (nije moguće isključiti da smrt ne nastupi kao neželjena posljedica nekog liječenja, ali ne smije predstavljati refleksiju liječenja), i da smrt čovjeka nastupi bez dodatno izazvanih patnji za njega. Koncepet ortotanazije stoga podrazumijeva dostojanstvenu smrt čovjeka pojedinca kao jedinstvenog ljudskog bića u njegovoj cjelosti, ne smrt ili zbir smrti njegovih pojedinačnih dijelova ili za život važnih tjelesnih funkcija. Ortotanazija podrazumijeva modalitete liječenja koji ni na skriven niti na neskriven način neće podrazumijevati namjeru skraćivanja života odnosno ubrzavanja smrti. Također, ortotanazija podrazumijeva smrt koja nastupa bez novih i prolongiranih patnji po bolesnika, bez upotrebe nesrazmjerne „medicinske sile" i svih mogućih i dostupnih metoda i sredstava za održavanje života u situacijama kad ne doprinose boljitku bolesnika i kad je smrt neminovna.

Koncept ortotanazije danas, za razliku od eutanazije, istinski je usmjeren i prepoznaje značenje i vrijednost humanizacije procesa umiranja odnosno nastupa smrti te olakšavanja patnje i bola umirućeg bolesnika. Za razliku od distanazije, koncept ortotanazije ne tolerira i protivi se prekomjernom

liječenju koje nije srazmjerno kliničkoj slici i statusu bolesnika te omogućava suočavanje sa nadolazećom smrti u pravo vrijeme i na pravi način, te omogućuje raspravu i tumačenje razlika između pojmova kao što su „liječiti" i „provoditi medicinski postupak", ili primjerice razlika između situacija kad održavanje života prestavlja ispravan način liječenja, a kad treba signalizirati da je vrijeme smrti došlo.[41]

Značenje ortotanazije nalazi se u poimanju već pomalo zaboravljenog značenja humane, pravovremene smrti, smrti koja nastupa bez postupaka njenog ubrzavanja ili usporavanja, kao i u čvrstom očuvanju principa dobrobiti i dostojanstva pacijenta i u premortalnoj fazi bolesti. Činjenica je da je teško danas zastupati principe ortotanazije i više je razloga za to. Moderna medicina i razvoj znanosti i tehnologije rezultirao je nikad većim napretkom u liječenju bolesti, očuvanju ljudskog zdravlja i produženju ljudskog vijeka. Sve je više nekoć vrlo teških bolesti koje se sada uspješno liječe, kvaliteta života bolesnika je sve bolja, no s druge strane to je istovremeno potaklo i promjene u ovoj našoj, zapadnjačkoj filozofiji shvaćanja života i zdravlja, što je rezultiralo pojavom široko prihvaćenog stava da se danas sve mora liječiti i da se svaki život mora održati i protegnuti do najvećih mogućih granica. U takvim okolnostima, razumijevanje i prihvaćanje neminovne smrti ili odustajanje od umjetnih načina održavanja života liči gotovo na blasfemiju. Nadalje, mnoštvo kolizija, neusklađenosti i kontradiktornosti raznoraznih pravnih akata ali i etičkih normi koji uređuju liječničku djelatnost i zdravstvenu zaštitu, kao i velika postojeća divergentnost u tumačenjima istih, predstavljaju značajno breme za liječnika u njegovom svakodnevnom radu, vodi nesigurnosti u donošenju odluka te stoga potpuno nepotrebno, neprimjereno i na neracionalan način kontinuirano izlaže liječnika višestrukoj odgovornosti - kaznenoj, građanskopravnoj, disciplinskoj, prekršajnoj i sl. U takvoj situaciji kad sve strane upiru pogled u postupke liječnika (od pacijenata pa sve do vlasti), pri čemu svaka strana, premda ni približno ne vlada potrebnim medicinskim znanjem, slobodno kreira sudove po vlastitim kriterijima, nije neočekivano da se liječnik okreće od koncepta ortotanazije i često prihvaća onaj lošiji izbor, a to je distanazija. Ovdje je potrebno razjasniti da je liječniku i medicini uvijek daleko lakše nešto činiti, nego nešto ne činiti. Na primjer, pustiti pacijenta da umre bez pokušaja reanimacije je često vrlo teško, jer liječnik je opterećen mnogim mogućim konzekvencama takve svoje odluke, uključujući i kaznenu odgovornost. Mnogo je lakše reanimaciju sprovesti, pa i učinti neke druge zahvate, unatoč tome što se u pojedinim situacijama zna da predmetni postupci neće i ne mogu polučiti boljitak za pacijenta niti mogu imati ikakav pozitivan učinak na tijek liječenja, ali tako steći opravdanje da je sve poduzeto što se moglo poduzeti i tako biti „dobar doktor".

SMIJE LI LIJEČNIK DOPUSTITI SMRT – ZAKLJUČAK

U današnje vrijeme pružanja zdravstvene skrbi i zdravstvene zaštite pred liječnika se stavlja velika dilema, smije li on dopustiti smrt. Smije li liječnik odnosno drugi zdravstveni radnik dopustiti da nastupi smrt njihovom pacijentu ili će koristiti sve moguće metode i tehnike liječenja kako bi odgodio taj trenutak. Može li se i treba li se liječnik postavljati u situaciju da on o tome prosuđuje i odlučuje. Ili stavlja li društvo odnosno država pred liječnika preveliki teret odgovornosti od pogreške ako liječnik ne iskoristi sve moguće opcije ili rapoloživa sredstva kako bi na trenutak otklonio nastupanja smrti. Odgovoriti na ova pitanja zasigurno je teško, a najteže je liječniku odnosno zdravstvenom radniku. Naravno da liječnik zna i svjestan je da je smrt prirodno stanje svakog čovjeka i jedina sigurna činjenica u ljudskom životu. Liječnik je kao takvu, poglavito kod osoba u terminalnoj fazi bolesti, može jako dobro prepoznati i utvrditi vrijeme kad ona neizbježno dolazi. S druge strane nedvojbeno je kako je društvo i država s ciljem zaštite ljudskog života utvrdilo stoge kriterije i standarde u pružanju zdravstvne skrbi i korištenju svih dostupnih tehničkih sredstava i opreme koje pomažu održavati život, ali ne i povratiti ga. Nadalje ne samo da su utvrđeni tako visoki standardi koji su sada i propisani i definirani kao kriteriji svakodnevnog i neposrednog rada liječnika, već je svako nepridržavanje istog, otvaranje mogućnosti i neposredno izlaganja mogućnostima odgovornosti. Svijest o vrijednosti života u današnjem svijetu je izrazito visoka i nepobitna, pa je država i njen represivni aparat u mnogome pridonio u institucionaliziranju nebrojenih standardnih postupaka liječenja, koji imaju samo za cilj odgoditi trenutak smrti.

Običan čovjek može zaključiti da si je liječnik sam dao previše slobode odlučivanja o stvarima nad kojima ne bi smio imati kontrolu, ili da je liječnika sustav natjerao na takav položaj i postupke jer u protivnom će biti odgovoran. Logično je da liječnik gradi defenzivan položaj, a da strah od odgovornosti te sloboda iskorištavanja tehnike i postupaka koji su mu na raspolaganju, lako usmjeravaju djelovanje liječnika kod takvih pacijenata. Međutim možemo stvari i ove situacije potpuno obrnuti, te se pitati ima li pojedinac, takav pacijent, pravo na dostojanstvenu smrt. Mnogi filozofi i socijolozi uvjerenja su da je sastavni dio poštivanja prava osobnosti i života svakog pojedinca, njegovo pravo na dostojanstvenu smrt. Želja društva, prijatelja, rodbine za životom neke osobe odnosno njegovim održavanjem može biti u suštoj suprotnosti s pravom na dostojanstvenu smrt. U svemu tome najnezahvalnija je pozicija liječnika koji na određen način može utjecati na ostvarenje obiju vrednota . Kompromisa ne bi trebalo biti, straha ne bi trebalo biti, trebala bi biti samo umjetnost liječenja i poštovanje osobnosti svakog pojedinca, njegovog prava na

život, ali i na dostojanstvenu smrt kad ona postane neminovna. Staviti liječniku i liječničkoj djelatnosti u djelokrug odlučivanja i upravljanja o trenutcima smrti, stvaranje je jednog savim novog, drugačijeg, možemo slobodno kazati iskrivljenog odnosa prema liječniku i liječničkoj djelatnosti.

Liječnik nije ovlašten niti zadužen u svojoj profesiji biti neposredni posrednik ili izvršitelj želja pojedinaca za smrću, kao što ne može i ne smije biti opterećen dužnošću potrebe neracionalnog i nesvrsishodnog iskorištavanja svih tehničkih mjera i sredstava u trenutnom odgađanju nastupanja smrti pojednicu. Liječnika i njegovu profesiju traba staviti u okvire obavljanja liječničke djelatnosti i liječenja, eksprimente ove ili one prirode trebaju ili će pod jasnim i izričitim ovlaštenjem obavljati neki drugi pojedinci, stručnjaci ili neka druga tijela. Stoga nije teško zaključiti da bi se liječnik ili zdravstevni radnik oslobodio pritisaka potencijalnih odgovornosti, da bi znao svoj položaj u obavljaju liječničke djelatnosti, treba biti sustavno i kontinuirano educiran.

Medicinsko pravo kao nova grana prava i njeni instituti usmjerit će liječnika i zdravstvenog radnika u spoznaji svojih ovlasti i odgovorosti u obavljanju zdravstvene djelatnosti te će uvelike onemogućiti pozicioniranje defenzivne medicine te potrebe za juridizacijom medicine. Dakle, liječnik svjestan svog položaju u odnosima prema pacijentu, poglavito onom umirućem, ne može biti izložen problemu dati jasan i nedvosmilen odgovor SMIJE LI LIJEČNIK DOPUSTITI SMRT?

Literatura:

1. Emanuel E, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016;316(1):79-90.
2. Radišić J. Medicinsko pravo. Beograd: Nomos, 2004;5.
3. Mujović-Zornić H, (2013), Medicinsko pravo – interdisciplinarnost i saradnja, [Internet], <raspoloživo na: http://www.ius.bg.ac.rs/prof/Materijali/dramar/h.mujovic.medicinsko%20pravo.pdf>, [pristupljeno 20.09.2017]
4. Cvitković M. Medicinsko pravo-neposredna primjena u strukovnim organizacijama. U: Kurtović Mišić A, Čizmić J, Rijavec V, Kraljić S, Mujović Zornić H, Cvitković M, Klarić A, ur. Zbornik radova s međunarodnog simpozija- Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti. Split: Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, 2015;51-64.
5. Hrvatska enciklopedija, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, [Internet], <raspoloživo na: http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=56855> [pristupljeno 15.09.2017]
6. [Internet], <raspoloživo na: https://www.merriam-webster.com/dictionary/death> [pristupljeno 15.09.2017]
7. [Internet], <raspoloživo na: https://en.oxforddictionaries.com/definition/death> [pristupljeno 15.09.2017]
8. Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji

se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja (NN 03/06)
9. Pravilnik o načinu pregleda umrlih te utvrđivanju vremena i uzroka smrti (NN 46/11, 06/13, 63/14)
10. Kodeks medicinske etike i deontologije (55/08, 139/15)
11. Zakon o liječništvu (NN 121/03, 117/08)
12. White DB, Evans LR, Bautista CA, Luce JM, Lo B. Are physicians' recommendations to limit life support beneficial or burdensome? Bringing empirical data to the debate. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180:320-5.
13. Brush DR, Rasinski KA, Hall JB, Alexander GC. Recommendations to limit life support: a national survey of critical care physicians. Am J Respir Crit Care Med 2012;186:633-9.
14. Gallo JJ, Straton JB, Klag MJ, et al. Life-sustaining treatments: what do physicians want and do they express their wishes to others? J Am Geriatr Soc. 2003;51:961-969.
15. Kentish-Barnes N. Death Organized by the Doctor: End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. R. Franç. Sociol., 2009; 50:159-184.
16. Kelly FE, Fong K, Hirsch N, Nolan JP. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. Clin Med (Lond). 2014 Aug;14(4):376-9.
17. Vincent JL. Critical care--where have we been and where are we going? Crit Care. 2013;17 Suppl 1:S2.
18. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014 Jun 26;370(26):2506-14.
19. Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15)
20. Pozaić, V. Eutanazija pred zakonom. Obnov. život 1998; 53(4): 437-446
21. Hrvatska enciklopedija, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, [Internet], <raspoloživo na: http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=18670> [pristupljeno 16.09.2017]
22. Turković, K., Roksandić Vidlička, S., Maršavelski, A. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo – etičke dileme kriminalne politike. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu. 2010;17(1): 223-246.
23. Kurtović A; Petrić I. Kazneno djelo usmrćenja na zahtjev i eutanazija. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2000; (21) 2: 1-14
24. Sladić H. Kaznenopravno uređenje usmrćenja na zahtjev i asistiranog suicida. Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske. 2015;6:63-100.
25. Pozaić V. Eutanazija- smrt po vlastitu ili tuđem izboru. Obnov. život. 1985; 40(2.): 126-143.
26. Šeparović Z. Život doveden na rub. Rev za soc. 1990;21(2):297-307.
27. Cavanaugh, T. The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesia. Administration of the Terminally Ill. J Pain Sympt Manag. 1996; (12): 248–254.
28. Jušić A. Eutanazija. Rev soc polit. 2001;9(3-4):301-309
29. Pessini L. Distanazija:Do kada produžavati život. Rijeka: Adamić d.d., 2004.
30. Frković A: Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanazije i eutanazije. Soc ekol. 2007;16(2-3):215-229.
31. Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. Journal of Medical Ethics. 2000:26(5):396-399.
32. Tomašević, L. Do kada produžavati život? Služba Božja. 2004;2:143-146.
33. Monteiro F. Mechanical ventilation and medical futility or dysthanasia, the dialectic of high technology in intensive medicine. Rev Port Pneumol. 2006;12(3):281-91.

34. Clark JD, Dudzinski DM. The culture of dysthanasia: attempting CPR in terminally ill children. Pediatrics. 2013;131(3):572-80.
35. Vuletić S. Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću. Diacovensia: teološki prilozi.2014:22(2):163-200.
36. Bernat JL. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. Neurocrit Care. 2005;2(2):198-205.
37. Žunić Lj. Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike. Radiološki vjesnik 2009;4:4-10.)
38. Klarić A., Cvitković, M " Liječnik i liječnička greška-tko je tko i što je što"., Neonatologija 2016, 28.tečaj trajnog usavršavanja liječnika, Medicinska naklada Zagreb, 2016, str.25-35.
39. Šimac S. Snaga isprike i primjena medijacije u medicinskim sporovima. U: Zbornik radova Petog simpozija Hrvatske liječničke komore- Pravna zaštita liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti:Osiguranje, vještačenje, medijacija. Zagreb: Hrvatska liječnička komora, 2012;31-33.
40. [Internet], http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/ortho-; http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/orthothanasia [pristupljeno 10.09.2017]
41. Garcia JBS. Euthanasia, disthanasia or orthothanasia? Rev. dor. 2011; 12(1):3.

SUMMARY

CAN THE DOCTOR ALLOW DATH?

Can the doctor allow death? The answer to that question can be both simple and difficult and complicated at the same time, depending on who the question is coming from, and who gives the answer. It is a well-known fact that a universal, generally accepted and unique answer to the current issue does not exist, but it is indisputable that such a complex issue can not be considered without defining its position, reflection and in relation to medical law. Physician and modern medicine therefore have the ability, knowledge and resources to manipulate with the process of human dying. At the same time, the doctor must also be an advocate for patient, because the doctor possesses the knowledge and the ability to protect the patient's well being. During their professional work, many physicians, especially those who work daily on difficult or critically ill patients, are faced with many difficult decisions and at certain moments ask what to do and how to put themselves in the upcoming death of a patient - whether they, as physicians, are obliged without exception and under all circumstances to fight against it, whether any death should be postponed, do they have to do everything possible to try to prevent the death of a patient in their practice etc. Unfortunately there is no uniquely and universally accepted answer that would always be worthwhile for every place, time, participants and circumstances, and which would make the doctors easier to handle and make the decisions they are facing at such moments. Medical law as a new branch of law and its institutes will direct the physician and health worker to the knowledge of their powers and responsiveness in carrying out health activities and will greatly prevent the positioning of defensive medicine and the need for legalization of medicine. Therefore, systematically and continuously educated physician, aware of his position and relationship to the patient, especially with the dying one, should have no problem to give a clear and unambiguous answer on this question - Can the doctor allow death?

Key words: death, problematic issues, legal regulations

UGOVORI O (SUB)SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU – PRAVILNICI I ODLUKE VRHOVNOG I USTAVNOG SUDA REPUBLIKE HRVATSKE, STAV HLK I TRENUTNA (SUDSKA) PRAKSA[1]

UDK: 614.2 (497.5)
Primljeno: 9. listopada 2017.
Stručni članak

Davor Lazić, LL.M., mag.iur., odvjetnik
Zagreb, Avenija Većeslava Holjevca 40
dlazic@odvjetnik-lazic.hr

Neujednačena (sudska) praksa, učestale izmjene pravilnika o (sub) specijalističkom usavršavanju doktora medicine i različitost (sub)specijalističkih ugovora te veliki broj sudskih postupaka kao posljedica tih izmjena, doveli su te u konačnici i do odluke Ustavnog suda iz srpnja 2017. kojom se od 1. siječnja 2018. ukidaju dijelovi Pravilnika o specijalističkom usavršavaju doktora medicine (2011.-2017.) kojima su, *inter alia*, regulirani i naknada štete i obveza rada.

Ključne riječi: usavršavanje, pravilnik, sudska praksa, Vrhovni sud, Ustavni sud

UVOD

Samim kronološkim pregledom pravilnika koji su uređivali ili još uvijek (do kraja tekuće godine) uređuju odnose između radnika i poslodavca kroz (sub) specijalističke ugovore razvidno je da su različite verzije pravilnika te različita tumačenja pojedinih odredbi pravilnika, posljedično i različiti ugovori o (sub) specijalizaciji, u pravilu dovodili radnike/liječnike i poslodavce u različite pozicije.

Pravilnici do 2011. godine

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika iz 1994. („Narodne novine“ broj 33/94, 53/98, 64/98, 97/99, 84/01, 43/03 i 121/03) te pravilnici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2008. godine („Narodne novine“ broj 73/08) i 2009. („Narodne novine“ broj 111/09) nisu

[1] Dijelovi ovog rada prethodno su objavljeni kao članci u Liječničkim novinama broj 146 (veljača 2016.) i broj163. (listopad 2017.)

detaljno uređivali tematiku troškova specijalizacije već su u bitnome određivali da iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar, da troškove snosi podnositelj prijedloga za odobrenje specijalizacije odnosno zdravstvena ustanova kod koje je doktor medicine u radnom odnosu te da se zdravstvenim ustanovama u kojima se može obavljati dio praktičnog specijalističkog usavršavanja sredstva doznačuju razmjerno trajanju usavršavanja.

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2011. godine

Tek 2011., u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 100/11) te njegovim izmjenama i dopunama, detaljnije se bavilo predmetnim pitanjem. Tako se u čl. 11. uređuje da zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad sa specijalizantom sklapa ugovor o međusobnim pravima i obvezama te da pri sklapanju tog ugovora *obveza rada* u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita *ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije.*

Ujedno se nalaže ugovoriti i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, a koji ne može biti veći od 50 % iznosa troškova specijalizacije koje odlukom utvrđuje ministar. Odlukom ministra iz studenog 2011. tadašnji trošak specijalizacije po godini specijalističkog usavršavanja utvrđen je u iznosu od 100.000,00 kn neto („Narodne novine" broj 133/11).

Kao iznimka, ovim pravilnikom predviđeno je i da se, u slučaju da doktor medicine otkaže ugovor o radu, a uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, obveza rada nastavlja u toj zdravstvenoj ustanovi.

Značajna je i odredba (iz čl. 11. st. 5.) kojom je eventualnu naknadu štete nastale ustanovama zbog otkaza ugovora o radu dužna snositi pravna odnosno fizička osoba pri kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze ostanka u radnom odnosu (onoliko vremena koliko je trajala specijalizacija); dakle, legitimno tumačenje bi bilo i da obveznik naknade štete ne bi trebao biti specijalizant/specijalist. Međutim, ista odredba već je u studenom 2011. izmijenjena Pravilnikom o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 133/11) tako da od tada naknadu štete *sukladno ugovoru zdravstvene ustanove i specijalizanta odnosno ugovoru zdravstvenih ustanova* snosi pravna, odnosno fizička osoba pri kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze rada.

Ujedno je istim izmjenama izmijenjen i članak 37. na način da zdravstvene ustanove obvezuje (i) da specijalizantima u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu pravilnika ponude sklapanje ugovora o radu na neodređeno vrijeme, ako s njima imaju sklopljene ugovore o radu na određeno vrijeme, (ii) da u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu pravilnika specijalizantu ponude sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama sukladno članku 11. pravilnika, te, dodatno, (iii) da u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu pravilnika specijalistu koji je na dan stupanja na snagu pravilnika u obvezi rada ponude sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama, a sve pod prijetnjom oduzimanja ovlaštenja za provođenje specijalističkog usavršavanja zdravstvenim ustanovama.

Međutim, nisu sve zdravstvene ustanove ispoštovale predmetnu obvezu. Dapače, neke i danas, godinama nakon što su propustile revidirati konkretne ugovore s radnicima, potražuju višestruko veće iznose „troškova specijalizacije" u skladu s ranije potpisanim ugovorima. Tako, primjerice, u pojedinim sudskim postupcima u slučajevima gdje postoji ugovorena obveza polaganja ispita u određenom roku te obveza rada u dvostruko duljem roku od roka za polaganje ispita, a pritom je po polaganju specijalističkog ispita odrađeno više od pola ugovorene obveze rada, poslodavac zbog raskida ugovora o radu potražuje cjelokupni „trošak specijalizacije" - dakle, ne preostali, „neodrađeni" dio - unatoč tome što je radnik već odradio više od jednostrukog iznosa obveze rada.

Pravilnikom o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz svibnja 2012. g. („Narodne novine" broj 54/12) opet se mijenja članak 11. koji od tada određuje (i) da pri sklapanju ugovora specijalizanta i zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije, (ii) da se istim ugovorom mora ugovoriti iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, razmjerno izvršenoj obvezi rada, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, kao i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije položenog specijalističkog ispita obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, te (iii) da u slučaju kada doktor medicine nakon položenog specijalističkog ispita, a prije isteka ugovorene obveze rada otkaže ugovor o radu i uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, naknadu štete snosi doktor medicine ili zdravstvena ustanova u kojoj je zasnovao radni odnos.

Istim pravilnikom („Narodne novine“ broj 54/12) izmijenjen je i članak 12. na način da troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje i druge troškove vezano uz usavršavanje te da se troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se usavršavanje obavlja utvrđuju *u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice*. Naknadnim izmjenama i dopunama („Narodne novine“ broj 49/13, 139/14 i 116/15) ovi članci nisu značajno mijenjani.

Stoga je razvidno da su navedene odredbe koje su dotadašnjim pravilnicima uređivale ovo pitanje u nesuglasju s pojedinim odredbama Ustava RH i Zakona o radu. Naime, Ustavom RH zajamčeno je „slobodno biranje zaposlenja“ (čl. 55.) te svakom zaposlenom „pravo na zaradu kojom može osigurati sebi i obitelji slobodan i dostojan život“ (čl. 56. Ustava RH), dok Zakon o radu uređuje da je „poslodavac obvezan u radnom odnosu radniku dati posao te mu za obavljeni rad isplatiti plaću, a radnik je obvezan prema uputama koje poslodavac daje u skladu s naravi i vrstom rada, osobno obavljati preuzeti posao“ („Narodne novine“ broj 93/14, čl. 7. st. 1.). Dakle, naknada bruto isplaćenih plaća ne bi smjela biti predmet povrata kao sastavni dio „troška specijalizacije“ jer se specijalizanti ne nalaze na školovanju ili vježbi gdje samo pohađaju predavanja i polažu ispite, već obavljaju radne obveze za koje primaju plaću sukladno ugovoru o radu. Stoga, obvezivanje specijalizanata da rade još i jednak, ili u gorim slučajevima i veći broj mjeseci za istu zdravstvenu ustanovu nakon položenog specijalističkog ispita, a u protivnom ih se obvezuje naknaditi štetu, dovodi specijalizante u nezahvalnu poziciju u kojoj im se onemogućavaju Ustavom zajamčena prava.

Vrhovni sud Republike Hrvatske, 22. listopada 2013. g. (Rev 33/11)

Vrhovni sud Republike Hrvatske, 22. listopada 2013. g. (Rev 33/11) zauzeo je stav da je plaća novčana protuvrijednost rada koji je radnik obavio za poslodavca i koju je poslodavac u skladu s gore navedenim odredbama Zakona o radu dužan platiti nakon obavljenog rada te da iznos isplaćene plaće isplaćen za rad obavljen za poslodavca za vrijeme specijalizacije ne može ulaziti u trošak specijalizacije. Stoga je u potpunosti ispravno stajalište, koje s Vrhovnim sudom RH dijeli i Hrvatska liječnička komora u svom stavu iz siječnja 2016., da je neustavno i nezakonito uvrštavati plaću kao „trošak specijalizacije“ u obvezni sadržaj ugovora o međusobnim pravima i obvezama, po kojem plaća postaje predmetom povrata u okviru naknade troškova specijalizacije zdravstvenim ustanovama.

Jednako tako od odlučujućeg značaja ne bi trebala biti ni činjenica obavlja li se specijalizacija u matičnoj ustanovi ili po uputnici matične ustanove u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi (a pogotovo ako se radi o odrađivanju specijalizacije u drugoj državnoj ustanovi), kao ni to radi li se zapravo o sredstvima HZZO-a ili konkretnih ustanova, ukoliko je već samo određivanje isplaćenih naknada bruto plaća „troškom specijalizacije" protivno važećim propisima.

Međutim, unatoč svemu gore navedenom, u svakom slučaju treba imati u vidu i spoznaju da se u sudskim postupcima u obzir uzimaju konkretni ugovori. A sama raznolikost odredbi ugovora sklopljenih između poslodavaca i radnika, ovisno o razdoblju u kojem su isti sklopljeni kao i ugovornim stranama koje su ih potpisale i oblicima u kojem su sastavljeni, odnosno načinu financiranja pojedine zdravstvene ustanove (HZZO ili financiranje od strane zdravstvene ustanove) te o vrsti ustanove u kojoj specijalizant nastavlja svoju specijalizaciju (državna, županijska, gradska ili privatna) može uveliko utjecati na konačni ishod sudskog postupka. Tako primjerice postoje ugovori kojima je obveza rada nakon specijalističkog ispita ugovorena u jednostrukom, kao i ugovori u kojima je ista obveza ugovorena u višestruko dužem vremenskom trajanju u odnosu na duljinu trajanja specijalizacije. U nekim slučajevima ugovoreno je da radnik nadoknađuje ostatak trajanja preostale ugovorene obveze rada, dok je u drugima dužan vratiti cjelokupan iznos neovisno o tome koliki je dio obveze rada u međuvremenu odrađen. Ponekim ugovorima se osim obveze rada ugovaralo i založno pravo poslodavca u slučaju neizvršenja radne obveze radnika (npr. hipoteka na nekretnini radnika), ponekim ugovorima štetnikom je naznačena druga zdravstvena ustanova u koju bi radnik prešao, a ne sam radnik itd.

Stav HLK o položaju specijalizanata vezano uz ugovore o provođenju specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja iz siječnja 2016.

Slijedom različitosti uređenja odnose između radnika i poslodavca kroz (sub)specijalističke ugovore, a kao posljedica opisanih različitih verzija pravilnika te različih tumačenja pojedinih odredbi pravilnika, Hrvatska liječnička komora je u siječnju 2016. zauzela jasan stav da je uređenje odnosa između specijalizanata/specijalista i poslodavaca krajnje problematično.

Naime, specijalizanti su tijekom trajanja specijalizacije u radnom odnosu odnosno oni tijekom obavljanja specijalizacije rade te za taj rad primaju plaću. Dakle, specijalizanti se ne nalaze na školovanju ili usavršavanju gdje samo pohađaju predavanja i polažu ispite, već obavljaju radne obveze za koje primaju plaću u skladu s ugovorim o radu. Stoga obvezivanje specijalizanata

da već prije samog započinjanja specijalizacije rade još i jednak broj godina za istu zdravstvenu ustanovu nakon položenog specijalističkog ispita, po Stavu HLK dovodi specilizante u nezahvalnu poziciju jer im se time onemogućava Ustavom zajamčeno pravo na slobodno biranje zaposlenja, a čime se stavljaju u neujednačen položaj kako s drugim radnicima u Republici Hrvatskoj tako i s kolegama specijalizantima iz brojnih EU zdravstvenih sustava koji ne poznaju ovakav oblik obveze rada.

Nadalje je Stav HLK da bruto plaće doktora medicine ne smiju biti određene kao dio troškova specijalizacije zato što Ustav Republike Hrvatske, članak 56., određuje da svaki zaposleni ima pravo na zaradu kojom može osigurati sebi i obitelji slobodan i dostojan život dok Zakon o radu („Narodne novine" broj 93/14), članak 7. stavak 1., određuje da poslodavac je obvezan u radnom odnosu radniku dati posao te mu za obavljeni rad isplatiti plaću, a radnik je obvezan prema uputama koje poslodavac daje u skladu s naravi i vrstom rada, osobno obavljati preuzeti posao. Dakle, iz citiranih propisa razvidno je da je plaća novčani iznos kojeg poslodavac isplaćuje radniku za obavljeni rad; ona je temelj ostvarenja ustavnog prava na zaradu i naknada je za obavljeni rad. Ujedno je Stav HLK da je neustavno i nezakonito plaću kao „trošak specijalizacije" uvrštavati u obvezni sadržaj „ugovora o međusobnim pravima i obvezama", gdje plaća postaje predmetom povrata u okviru naknade štete. Sve ovo poglavito obzirom da zdravstvenim ustanovama koje svoje zaposlenike - liječnike pošalju na specijalizaciju, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) u okviru godišnjeg plana financiranja u određenim slučajevima refundira troškove s naslova njihovih plaća za vrijeme specijalizacije nije razvidno kakvu štetu te zdravstvene ustanove trpe u slučaju kad specijalizant ne ostane na obvezi rada ugovorenu duljinu vremena. Zdravstvene ustanove su time u mogućnosti ostvariti dvostruke prihode i to s naslova sredstava primljenih od HZZO-a te u sudskim postupcima s naslova naknade štete od specijalizanata, odnosno, specijalista što HLK smatra nekorektnom praksom.

Zaključno, HLK smatra da se obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije ugovarati u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije te da se u trošak specijalističkog usavršavanja ne smije uvrstiti bruto plaće doktora medicine jer ista predstavlja naknadu za izvršeni rad.

Ujedno valja istaknuti da Stav HLK o ovom pitanju nije obvezujući kako za ugovorne strane tako ni za hrvatske sudove, no da je svakako (bio) instruktivan za sve dionike u zdravstvu i sudstvu te predstavlja svojevrstan vodič u inicijativi ka donošenju novih izmjena postojećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji bi u konačnici štitio i

prava radnika, odnosno prava specijalizanata i (sub)specijalista te da može pridonijeti kako samom ujednačavanju sudske prakse, tako i značajnijem smanjenju broja budućih sudskih postupaka. Do kakvih je izmjena (za sada) došlo, vidljivo je iz sljedećih verzija pravilnika (srpanj 2016. i siječanj 2017.).

Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz srpnja 2016. („Narodne novine" broj 62/16 i 69/16 - ispravak)

Dok su prethodne verzije Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine poznavale naknadu troška zdravstvene ustanove u slučaju neizvršavanja ugovora o specijalizaciji kroz povrat određenog broja bruto plaća poslodavcu, izmjenama i dopunama iz srpnja 2016. („Narodne novine" broj 62/16 i 69/16 - ispravak) bruto plaće nestaju iz Pravilnika te proračunske osnovice (p)ostaju sredstvo izračuna troškova specijalizacije u dijelu troška zdravstvenih ustanova (članak 6. izmjena i dopuna kojim se mijenja članak 12. Pravilnika). Tako od srpnja 2016. „troškovi specijalizacije obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i trošak dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju" dok se „trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuje **za cijelo razdoblje trajanja specijalizacije u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice** koja je važeća u trenutku obavljanja programa", odnosno 4 x 3.326.00 kuna. Pored te značajne izmjene člankom 17. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2016. („Narodne novine" broj 62/16 i 69/16 - ispravak) u Pravilnik je unesena obveza zdravstvene ustanove da specijalizantu ponudi sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama, i to u roku od 30 dana od dana stupanja Pravilnika na snagu, dakle u srpnju ili kolovozu 2016. (članak 17. stavak 1) odnosno da specijalistu kojem su ugovorom o međusobnim pravima i obvezama utvrđeni obveza rada i naknada štete, na njegov zahtjev ponudi sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama, u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva (članak 18. stavak 1). Ova se obveza ne primjenjuje na ugovore o međusobnim pravima i obvezama temeljem kojih je izdana ovršna sudska odluka, ovršna sudska nagodba, ovršna javnobilježnička odluka ili ovršna javnobilježnička isprava (članak 18. stavak 2).

Upravo su ove dvije odredbe dovele do niza različitih rješenja koja su izazvala prijepore između specijalizanata i (sub)specijalista s jedne i poslodavaca

s druge strane. Dok su pojedine zdravstvene ustanove postupile u skladu s propisima te skopile izmijenjene ugovore o međusobnim pravima i obvezama, druge su to odbile učiniti te su se počele suočavati s većim brojem još uvijek aktivnih sudskih postupaka. Počevši od kolovoza 2016. različiti tužbeni zahtjevi liječnika (primjerice, na sklapanje dodatka ugovoru o međusobnim pravima i obvezama, na utvrđenje da pojedine odredbe pravilnika iz 2016. stupaju na mjesto ugovornih odredbi, na utvrđenje (djelomične) ništetnosti u odnosu na naknadu štete izražene u bruto plaćama itd.) doveli su i do različitih rješenja u sudskoj praksi. Međutim, budući da je do sada samo zanemariv broj predmeta započetih u drugoj polovici 2016. godine pravomoćno okončan, a poglavito uzevši u obzir odluku Ustavnog suda od 11. srpnja 2017., iste nepravomoćne odluke različitih općinskih sudova vezano za neispunjavanje obveza zdravstvenih ustanova na sklapanje novih ugovora nećemo detaljnije analizirati.

Pravilnik o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz siječnja 2017. („Narodne novine“ broj 6/17)

Gore opisano rješenje naišlo je na odobravanje specijalizanata i (sub) specijalista barem u dijelu izračuna troška specijalizacije (ostaje nezadovoljstvo obvezom rada koja „ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije“). Nasuprot tome, izričito i javno neodobravanje takvog rješenja od strane pojedinih poslodavaca dovelo je u vrlo kratkom roku do nove značajne izmjene Pravilnika već u siječnju 2017. godine, Pravilnikom o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2017. („Narodne novine“ broj 6/17) ponovno se mijenja članak 11. Pravilnika na način da sada glasi: „Zdravstvena ustanova u kojoj specijalizant [specijalist] zasnuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti ministarstva, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz stavka 1. ovoga članka stvarne troškove specijalizacije iz članka 12. ovoga Pravilnika nastale do zasnivanja radnog odnosa i naknadu u iznosu **jedne proračunske osnovice** za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj **po mjesecu ugovorene obveze rada** nakon završene specijalizacije u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalizantom [specijalistom]“, odnosno broj neodrađenih mjeseci preostale obveze rada x 3.326,00 kuna (umjesto dotadašnjih maksimalno 4 x 3.326,00 kuna za cijelo razdoblje obveze rada). Praksa je međutim pokazala da ovo naizgled kompromisno rješenje nije naišlo niti na odobravanje liječnika niti na odobravanje poslodavaca.

Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske od 11. srpnja 2017. godine

U odnosu na sve varijacije Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (2011-2017) Ustavni sud Republike Hrvatske donio je 11. srpnja 2017. godine odluku kojom se pokreće postupak za ocjenu suglasnosti s Ustavom i zakonom te se ukidaju članci 11., 11.a i 12. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, 69/16 i 6/17) te članci 17. i 18. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, 69/16 i 6/17); ukinuti članci prestaju važiti 31. prosinca 2017. godine (odluka Ustavnog suda broj: U-II-187/2015, U-II-2180/2016, U-II-3654/2016, U-II-4440/2016, U-II-4523/2016, U-II-4649/2016).

Ustavni sud je u svojoj odluci prvotno istaknuo da su Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i sve njegove kasnije izmjene i dopune (2011-2017) doneseni na temelju članaka 139. stavka 2. i članka 140. stavka 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine" broj 150/08-84/11 i sve naknadne izmjene i dopune) te da kasnijim Zakonom o reguliranim profesijama iz 2009. i 2015. godine (člancima 25. do 27.) nisu derogirane odredbe u dijelu koji se odnosi na specijalizaciju doktora medicine, odnosno nema mjesta primjeni načela *lex posterior derogat legi priori* (za slučaj da ranija norma proturječi kasnijoj normi iste snage). Stoga Ustavni sud smatra da stupanjem na snagu Zakona o reguliranim profesijama nije prestala postojati pravna osnova za važenje Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine te su time i u pogledu postojanja pravne osnove za njegovo važenje ispunjeni uvjeti za pokretanje postupka ocjene suglasnosti s Ustavom i zakonom članaka 11., 11.a i 12. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Nadalje je Ustavni sud podsjetio da je donošenje propisa za provedbu zakona oblik normativne djelatnosti tijela državne uprave, budući da im zakoni izrijekom omogućavaju donošenje propisa podzakonske prirode (pravilnika, naredbi, naputaka). Ta normativna funkcija ograničena je sljedećim: propisi moraju imati isključivo provedbeni karakter, tijelo državne uprave koje ih donosi mora za to biti izrijekom zakonom ovlašteno, i može ih donositi samo u granicama dane ovlasti.

Ustavni sud je stoga istaknuo da je člancima 139. stavkom 2. i 140. stavkom 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ovlaštenje nadležnom ministru ograničeno na utvrđenje grana specijalizacija te na utvrđenje mjerila za prijam specijalizanata i načina polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita iz uže specijalizacije, te

određivanje ovlaštene zdravstvene ustanove, trgovačkog društva i zdravstvenog radnika koji obavlja privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža. Međutim, ističe Ustavni sud, ni spomenutim člancima Zakona o zdravstvenoj zaštiti "nije izrijekom dana ovlast nadležnom ministru da pravilnikom propiše obveze sklapanja ugovora o međusobnim pravima i obvezama zdravstvene ustanove i specijalizanta, najduljeg trajanja obveze ostanka na radu specijalizanta nakon završetka specijalističkog usavršavanja, uvjetovanja dopuštenosti otkazivanja ugovora o radu u jednoj i zasnivanja radnog odnosa specijalizanta odnosno specijalista u drugoj zdravstvenoj ustanovi prethodnom suglasnošću ministarstva, okolnosti u kojima nije potreban javni natječaj za zasnivanje radnog odnosa specijalizanta u drugoj zdravstvenoj ustanovi, obveze zdravstvene ustanove u kojoj specijalizant odnosno specijalist zasnuje radni odnos da naknadi trošak specijalizacije te obveze specijalizanta odnosno specijalista da nadoknadi troškove specijalizacije u slučaju otkazivanja radnog odnosa bez prethodne suglasnosti ministarstva. Također (...) nije izrijekom dana ovlast nadležnom ministru da pravilnikom utvrdi troškove specijalizacije".

Ustavni sud stoga smatra da je nadležni ministar propisujući sadržaj članaka 11., 11.a i 12. Pravilnika (Narodne novine broj 100/11-6/17) kao i propisujući sadržaj članaka 17. i 18. Pravilnika (Narodne novine broj 62/16-69/16) izišao izvan okvira svojih ovlaštenja propisanih člancima 139. stavkom 2. i 140. stavkom 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te da su sadržajem navedenih članaka prekoračene zakonom utvrđene granice. Posljedično, Ustavni sud je ukinuo navedene članke s 31. prosincem 2017. i pritom zaključio da (ukidanjem članaka zbog gore navedenih razloga) ne postoje pretpostavke za odlučivanje o biti stvari u pogledu prijedloga za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom i zakonom navedenih članaka.

Što možemo očekivati od 1. siječnja 2018. ?

Do kakvih su značajnih razlika u uređenju položaja specijalizanata i (sub) specijalista različiti pravilnici doveli, najbolje pokazuje praksa: dovoljno je usporediti položaj zaposlenika zdravstvenih ustanova koje su sklopile izmijenjene ugovore s onim zaposlenika ustanova koje se istih izmjena i dopuna pravilnika nisu pridržavale i jasno će se vidjeti razlika u ugovorenim naknadama štete u slučajevima neispunjenja obveze rada. Radi se o rasponu od nekoliko desetaka tisuća (u prvom slučaju) do nekoliko stotina tisuća kuna (u drugom slučaju) za jednako vremensko razdoblje preostale obveze rada.

Detaljno analizirajući odluku Ustavnog suda, ostaje nam žaljenje što Ustavni sud nije prethodno iskoristio ovu prigodu i odlučio o biti stvari – trošku specijalizacije i obvezi rada; umjesto toga, odlučio je tek da ministar

nema zakonske ovlasti pravilnikom uređivati navedena pitanja, tako da u ovom trenutku možemo samo predviđati kojim će se novim zakonom i/ili pravilnikom (ukoliko nadležni ministar ipak izrijekom zakonom dobije šire ovlasti) u budućnosti uređivati još uvijek otvorena pitanja predmetnih ugovora.

Međutim, kako u skladu s odlukom Ustavnog suda od 11. srpnja 2017. sve verzije pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, zajedno sa svim izmjenama i dopunama pravilnika od 2011. godine naovamo, s 31. prosincem 2017. prestaju važiti - u bitnome dijelu kojim se uređuju pitanja propisivanja obveze sklapanja ugovora o međusobnim pravima i obvezama, najdulje trajanje obveze ostanka na radu, obveza naknade troška, utvrđenje visine troškova specijalizacije - ponovno se otvaraju brojna pitanja vezana za buduće načine uređenja ove problematike.

Stoga će specijalizanti i (sub)specijalisti u trenutnim i budućim sudskim postupcima i dalje moći isticati iste prigovore u odnosu na konkretne ugovore i njihovu (djelomičnu) ništetnost, pozivajući se na relevantne odredbe Ustava, zakona i propisa, odluka Vrhovnog i Ustavnog suda Republike Hrvatske kao i drugih sudova, Stav HLK itd., a sve zbog neusklađenosti konkretnih ugovora o (sub)specijalizaciji odnosno ugovora o međusobnim pravima i obvezama s Ustavom, zakonima i propisima u RH.

Ujedno nam ostaje i dalje nadati se da će i najnovija odluka Ustavnog suda pridonijeti žurnom donošenju konačnog rješenja koje bi zadovoljilo sve dionike zdravstvenog sustava, kao i boljoj ugovornoj zaštiti specijalizanata i (sub)specijalista te ujednačavanju sudske prakse i značajnijem smanjenju broja sudskih postupaka.

SUMMARY

CONTRACTS ON (SUB)SPECIALIST TRAINIG - RULES AND DECISIONS OF THE SUPREME COURT AND CONSTITUTIONAL COURT OF REPUBLIC OF CROATIA, ATTITUDE OF CROATIAN MEDICAL CHAMBER AND ACTUAL JURISPRUDENCE

Unsurpassed (judicial) practice, frequent amendments to the regulations on (sub) specialist medical training and the variety of (sub) specialist contracts and a large number of court proceedings as a consequence of these changes led to the decision of the Constitutional Court of July 2017 from January 1, 2018, they abolish parts of the Ordinance on specialist medical examinations (2011-2017), which include, inter alia, compensation for damages and work obligations.

Key words: specialization, regulations, case law, Supreme Court, Constitutional Court

SPECIJALIZACIJE LEKARA U SRBIJI I ZEMLJAMA IZVAN EU

UDK: 61 : 331
Primljeno: 29. rujna 2017.
Pregledni znanstveni rad

prof. dr sc. Hajrija Mujović
Naučni savetnik Instituta društvenih nauka
Beograd
hmujovic@idn.org.rs

Premda se na specijalizacije i uže specijalizacije primenjuju klasični radno-pravni instituti, oni na posredan ili neposredan način imaju uticaj na medicinsko-pravna pitanja. Stručne kvalifikacije, obrazovanje i usavršavanje lekara od bitne su važnosti za pružanje zdravstvene zaštite i standard kvaliteta zdravstvenih usluga. Specijalizacije se u ovom članku sagledavaju sa stanovišta pravnih izvora, procedura, materijalnog prava i spornih slučajeva u praksi. Za potrebe rada konsultovano je pravo Srbije i prava država u regionu. Prema svom određenju specijalizacije predstavljaju nacionalno priznate programe usavršavanja i ispita za koje se izdaju sertifikati individualnim lekarima kao potvrde da su obavili i stekli profesionalnu kompetentnost u praksi svoje discipline. Broj specijalizacija u zdravstvu vremenom se povećao kao rezultat brzog napretka u medicinskim praktičnim znanjima i biotehnologiji. Često se ukazuje da potreba širenja specijalističkih znanja povećava troškove zdravstvene zaštite, ali da s druge strane u mnogome unapređuje njen kvalitet i dostupnost najsloženijih usluga. U tom disbalansu se od strane zdravstvenih zvaničnika ohrabruje opšta lekarska praksa, ali je i veoma verovatno da će se i dalje pojavljivati još više specijalnosti i da interes za njima neće padati. Brojni su detalji važeće regulative, prvenstveno podzakonskih propisa o specijalizacijama i užim specijalizacijama (klasifikacije priznatih osnovnih specijalnosti i onih koje zahtevaju dodatno, produbljeno iskustvo i visoke stručne kvalifikacije). Oni uključuju potreban period nastave, uzajamne odnose u praktičnom i teorijskom delu nastave, kao i ispit kojim se stiče zvanje specijaliste medicine. U praksi su prisutni problemi usled mobilnosti i velikih radnih i finansijskih obaveza lekara i drugih zdravstvenih radnika u toku i posle završene specijalizacije. Na rešavanju sporova treba dalje raditi uz veću odgovornost ne samo specijalizanata, već i drugih poslenika zdravstvenog sistema.

Ključne riječi: zdravstveni radnici, specijalizacija, ugovorni odnos, sudska praksa

UVOD

U današnje vreme sasvim je uobičajeno da se praksa rada u različitim profesijama stalno unapređuje, da se stiču nova specijalistička znanja, pa tako je i u medicinskim specijalističkim i supspecijalističkim granama. Na strani

profesionalaca to ujedno predstavlja važan vid unapređenja njihove karijere i punog osvarenja prava na rad. Specijalizacije u zdravstvu pojedinačno se dele na one koje podrazumevaju rad na najsloženijijim intervencijama, kao što su hirurške discipline, dok su neke druge više posvećene otkrivanju bolesti i lečenju. Prisutni su i drugi kriterijumi podela specijalizacija, gde se nekee usmeravaju na pojedine ljudske organe kao što je npr. oftamologija, a druge se primarno sprovode kao podrška dijagnostici, kao što su radiologija ili patološke discipline. Kriterijum razlikovanja može biti i uzrast populacije pacijenata na koje se specijalizacija odnosi, gde to mogu biti deca, odrasli ili stare osobe. Neke specijalizacije se bave više društvenom zajednicom nego pojedincima, kao što su javno zdravlje, medicina rada i medicinska informatika. Tokom vremena broj specijalnosti je porastao, što je uslovljeno brzim napretkom u medicinskim znanjima i novim tehnikama.

Specijalizacije su propisane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i odgovarajućim podzakonskim aktima. Postoji nekoliko aspekata sa kojih se može o njima govoriti, a najznačajniji su problem odobravanje specijalizacija u zdravstvenoj ustanovi, kao i planiranje kadrova.[1] Generalno, ističe se kao realna opasnost da dođe do nedovoljnog broja lekara specijalista u organizaciji službi zdravstvene zaštite. Najveći broj nadležnosti u pogledu kadrovskih planova i specijalističkih zvanja ima Ministarstvo zdravlja u velikoj meri preko postupaka odobravanja specijalizacija.[2]

PRAVNI IZVORI VEZANI ZA INSTITUT SPECIJALIZACIJE U ZDRAVSTVU

Pitanja specijalizacija nalaze svoje pravno utemeljenje u propisima iz oblasti rada koji su u rangu opštih propisa zajedničkih za sve delatnosti i oblike usavršavanja uz rad i u vezi sa radom.[3] Zakonsko rešenje je takvo da pokriva kako specijalizacije iz radnog odnosa tako i volonterske specijalizacije od strane nezaposlenih lica. Neshvatanje ove razlike često dovodi do problema u praksi, kada se traži mišljenje Ministarstva za rad i socijalna pitanja. U delu koji se tiče obrazovanja, stručnog osposobljavanja i usavršavanja zakonom

[1] Ministarstvo zdravlja, Odluka o oblastima medicine koje su deficitarne u Republici Srbiji za 2017. godinu, br.153-06-1920/2016-04 od 23. decembra 2016; Odluka o dopuni odluke u oblastima medicine koje su deficitarne u Republici Srbiji za 2017. godinu, br.153-06-1920/1/2016-04, Ministarstvo zdravlja, 30. maj 2017.

[2] Član 186, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Sl. glasnik RS*,107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.

[3] Zakon o radu, *Sl. glasnik RS*, 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014 i 13/2017 - odluka US.

se, između ostalog, uređuje obaveza poslodavca da zaposlenom omogući usavršavanje kada to zahteva potreba procesa rada i uvođenje novog načina i organizacije rada. S druge strane zaposleni je dužan da se u toku rada obrazuje, stručno osposobljava i usavršava za rad. Troškovi usavršavanja obezbeđuju se iz sredstava poslodavca i drugih izvora, u skladu sa zakonom i opštim aktom. U slučaju da zaposleni prekine usavršavanje, dužan je da poslodavcu naknadi troškove, osim ako je to učinio iz opravdanih razloga.[4] U vezi sa ovom odredbom zakon takođe predviđa zaključenje ugovora o usavršavanju i to u okviru uređenja rada van radnog odnosa kao posebna odredba.[5] Naime, ugovor o stručnom osposobljavanju i usavršavanju može da se zaključi radi usavršavanja za vreme utvrđeno programom usavršavanja, odnosno specijalizacije, a u skladu sa posebnim propisom. Poslodavac može licu na stručnom usavršavanju da obezbedi novčanu naknadu i druga prava, u skladu sa zakonom, opštim aktom ili ugovorom o stručnom usavršavanju. Novčana naknada iz ovog ugovora ne smatra se zaradom u smislu zakona, a ugovor se zaključuje u pisanom obliku.

Vezano za oblast rada u zdravstvu u Republici Srbiji je zaključen Poseban kolektivni ugovor koji između ostalog govori o obrazovanju i stručnom usavršavanju zaposlenih, kao i o tome da je poslodavac dužan da zdravstvenom radniku i zdravstvenom saradniku obezbedi stručno usavršavanje koje podrazumeva sticanje znanja i veština, a da troškove stručnog usavršavanja snosi poslodavac.[6] U toku stručnog osposobljavanja i usavršavanja za potrebe procesa rada zaposleni ima pravo na naknadu plate, u visini prosečne plate u prethodnih 12 meseci.[7]

Sistemsko regulisanje u okviru zdravstvenog sistema i bliže uređenje specijalizacija u zdravstvu sadržano je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti[8] u nekoliko odredaba posvećenih stručnom usavršavanju zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika. Ono obuhvata definisanje pojma specijalizacija i užih specijalizacija, uvođenje prava i dužnosti usavršavanja, nadležnost u donošenju plana stručnog usavršavanja i elemente tog plana, uslove i postupak odobravanja specijalizacija, kao i potrebne uslove na strani specijalizanta.[9] Podzakonski akt u cilju primene i razrade ovih rešenja čini pravilnik koji uređuje obavljanje

4 Glava IV Obrazovanje, stručno osposobljavanje i usavršavanje, član 49, *ibid.*

5 Član 201, *ibid.*

6 Član25, Poseban kolektivni ugovor za zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Srbija, autonomna pokrajina i jedinica lokalne samouprave, Reprezentativni sindikati i Vlada RS, *Sl. glasnik RS*, 1/2015.

7 Član 100, *ibid.*

8 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *op.cit.*

9 Članovi 181 – 186, *ibid.*

specijalizacija.[10] Njime se propisuju vrste, trajanje i sadržina specijalizacija i užih specijalizacija, programi obavljanja specijalizacija, način obavljanja specijalističkog staža i polaganje specijalističkog ispita, sastav i rad ispitnih komisija, uslovi koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove i privatna praksa, za obavljanje specijalističkog staža, uslovi i način priznavanja vremena provedenog na radu kao dela specijalističkog staža, kao i obrazac indeksa i diplome o položenom specijalističkom ispitu, odnosno položenom ispitu iz uže specijalizacije.[11] Po dobijanju rešenja ministra zdravlja o davanju saglasnosti na odobrenu specijalizaciju, započinje se sa obavljanjem specijalističkog staža, i to danom upisa na odgovarajući fakultet zdravstvene struke. Specijalistički staž se obavlja pod nadzorom mentora koga odredi fakultet.[12]

Propise zemalja u regionu, kandidata za članstvo u EU, odlikuje tendencija reformisanja i usklađivanja sa evropskom regulativom, kako se to čini i po pitanju drugih pravnih materija.[13] Sumarni pregled ukazuje da su mnoge od odredaba veoma slične uz samo neki naglasak na određenu specifičnost. Materija koja reguliše specijalizacije podeljena je po pravilu između zdravstvenih zakona i podzakonskih akata, gde su većinom usvojeni posebni pravilnici, u celosti ili samo delimično u pogledu priznanja specijalizacija stečenih u inostranstvu. Većina usvojenih pravilnika specijalizacije definiše kao poseban vid stručnog usavršavanja. Ističe se da je usavršavanje potrebno radi dodatnog osposobljavanja za rad iz određene oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grane medicine, kojom se kroz teorijsku nastavu i praktični rad (veštine) stiču

---

10 Pravilnik o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, *Sl. glasnik RS*, 10/2013.

11 Član 1, *ibid.*

12 Član 10, *ibid.*

13 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni list CG* 3/2016 (članovi 102-105), Pravilnik o specijalizacijama. Službeni list CG, 17/2014, Pravilnik o kriterijumima i postupku za odobravanje specijalizacija i pravima i obavezama kandidata kojima je odobrena specijalizacija prema zdravstvenoj ustanovi, *Službeni list CG* 22/2016; Zakonot za zdravstvenata zaštita, *Služben vesnik na Republika Makedonija Služben vesnik na Republika Makedonija*, 43/2012, ... 188/2014 (član 151 stav 4), Pravilnik za načinot na priznavanjeto i potrebnata dokumentacija za priznavanje na specijaliziite završeni vo stranstvo, kako i načinot na vodenjeto na evidencijata na priznaenite spijalizacii i supspecijalizacii završeni vo stranstvo, *Služben vesnik na Republika Makedonija*, 92/2012; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik Republike Srpske*, 106/09 (član 93 stav 4), Pravilnik o planu i programu specijalizacija i supspecijalizacija, *Službeni glasnik Republike Srpske*, 02/2014; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službene novine Federacije BiH*, 46/2010 ... 75/2013 (članovi 153 – 157), Pravilnik o specijalizacijama i subspecijalizacijama doktora medicine, doktora stomatologije, magistara farmacije i inžinjera medicinske biohemije, *Službene novine Federacije BiH*, 62/2015. stav 3.

znanja i stručnost za specijalistički rad.[14] Neki od pravilnika naglašavaju da se specijalizacija, odnosno supspecijalizacija, može odobriti samo na osnovu godišnjeg plana koje utvrđuje Ministarstvo zdravlja, i to doktoru medicine koji je u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi koja dodeljuje specijalizaciju i koji ima najmanje godinu dana radnog iskustva u struci nakon položenog stručnog ispita.[15] Usvojeno je i rešenje po kome se kao prethodni uslov za ostvarivanje prava na specijalizaciju traži da zdravstveni radnik ima završen probni rad, položen stručni ispit i licencu za rad.[16] Deo regulative su i posebne odredbe o kontroli kvaliteta specijalističkog staža koju sprovodi Komisija za obezbedenje i unapredenje sistema kvaliteta na fakultetima gde se upisuju i obavljaju specijalizacije.[17] Odredbe pravilnika većinom ne sadrže ili samo upućuju na to da lekar kome je odobrena specijalizacija zaključuje sa zdravstvenom ustanovom ugovor kojim se uređuju međusobna prava i obaveze u pogledu obavljanja specijalizstičkog staža, polaganja specijalističkog ispita i druga prava i obaveze u vezi radnog odnosa u skladu sa zakonom i pravilnikom.[18] Razlike se vide u delu regulative po kojoj specijalizant ima pravo na naknadu zarade i druga prava iz radnog odnosa, u skladu sa propisima o radu, kao i pravo na isplatu troškova vezanih za obavljanje specijalističkog staža i polaganje specijalističkog ispita.[19] Ukoliko specijalizant ne položi specijalistički ispit u zakonom propisanom roku ili prema zdravstvenoj ustanovi ne ispuni neku od obaveza iz pravilnika i ugovora dužan je da zdravstvenoj ustanovi vrati celokupan iznos naknada i troškova koje je specijalizant ostvario za vrijeme obavljanja specijalizacije, u skladu sa zaključenim ugovorom.[20]

AKTUELNA PITANJA OBAVLJANJA SPECIJALISTIČKOG STAŽA

Pojam i status specijalizanta

Specijalizant po pribavljenom odobrenju pohađa specijalističke studije i polaže praktični ispit u cilju sticanja statusa lekara specijaliste. On dobija posebno obrazovanje iz jedne od medicinskih grana i na osnovu toga ograničava svoju praksu, u celosti ili najvećim delom, na određene kategorije

---

14 Član 2, Pravilnik o specijalizacijama Crne Gore, *op.cit.*
15 Član 9 i član 10 Pravilnik o specijalizacijama i subspecijalizacijama doktora medicine BiH, *op.cit.*
16 Član 138 Zakonot za zdravstvenata zaštita Makedonije, *op.cit.*
17 *www.medf.ucg.ac.me/.../Pravilnik%20o%20organizaciji%20specija...*
18 Član 14, Pravilnik o kriterijumima Crne Gore, *op.cit.*
19 Član 15, *ibid.*
20 Član 20, *ibid.*

bolesti ili na određene grupacije stanovništva.[21] Razlozi usavršavanja su kvalitativni jer se praksa lekara specijaliste u mnogome razlikuje od rada lekara opšte prakse. Specijalistička medicinska pomoć označava oblik medicinske pomoći koju pružaju lekari specijalisti, a prema potrebi i drugi lekari, licima koja su povređena ili obolela. Još u prošlosti registrovano je oko trideset vrsta specijalnosti, odnosno specijalističkih grana, a njihov broj se vremenom uvećao.

Da bi postali specijalisti u svojoj grani lekari su u obavezi da provedu propisano vreme na specijalizaciji i polože ispit. Za vreme trajanja specijalističkog usavršavanja njihov status je osoben i može se sagledati sa više pravnih režima u zavisnosti od vrste specijalizacije, budući da specijalizacije mogu biti volonterske, ukoliko se propisima i javnim pozivom kao takve raspišu. Na osnovu Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije i Pravilnika o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika Medicinski fakultet u Beogradu upisuje zdravstvene radnike na specijalizacije iz četrdeset grana osnovnih specijalizacija za lekare i na osnovne specijalizacije za zdravstvene saradnike, u trajanju od 3 – 6 godina. Za vreme obavljanja specijalističkog staža, Specijalizant po savladanim veštinama kod određenog mentora, dobija potpis od mentora da je savladao veštine na koje je upućen. Teorijski deo specijalističkog staža obavlja se na fakultetu, a praktični dio u nastavnoj bazi, odnosno u jednoj ili više ovlašćenih zdravstvenih ustanova radi sticanja potrebnog obima znanja, pri čemu staž treba da obavi u kontinuitetu. Svaki prekid staža i promena postojećeg stanja treba da se reguliše na fakultetu. Ukoliko se u toku specijalističkog staža napravi duži prekid, neophodno je ponovo odslušati dvosemestralnu nastavu čime bi stekao uslov za polaganje specijalističkog ispita. Po obavljenom planu i programu specijalizacije, prema navedenom režimu studija, specijalizant stiče pravo polaganja specijalističkog ispita, koji je obavezan da položi u zakonom predviđenom roku. Lekarima koji su strani državljani dopušteno je da o svom trošku obave specijalizaciju uz uslov da su na specijalizaciju odnosno užu specijalizaciju upućeni u Republiku Srbiji, odlukom odgovarajuće zdravstvene ustanove ili rešenjem Ministarstva zdravlja zemlje koja ih upućuje na specijalizaciju ili garancijom ambasade.[22] Ako je tokom specijalističkog staža, u skladu sa propisom kojim se uređuje oblast rada, utvrđeno mirovanje radnog odnosa, u rok za sticanje uslova za pristupanje polaganju ispita ne računa se period mirovanja radnog odnosa.[23] Kad je zdravstveni radnik određeno vreme pre odobrenja specijalizacije proveo na radu u zdravstvenoj ustanovi, Ministarstvo zdravlja može, na njegov

[21] *Medicinska enciklopedija*, treći tom, Beograd – Ljubljana, 1976, str.195.

[22] http://www.mfub.bg.ac.rs/sr/specijalizacije/

[23] Član 18, Pravilnik o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, Sl.glasnik RS, *op.cit*.

zahtev i na predlog fakulteta, priznati to vreme u specijalistički staž, u skladu sa programom obavljanja specijalizacija, najduže šest meseci, pod sledećim uslovima.[24] Priznavanje tog vremena u specijalistički staž, vrši se samo za vreme u kojem je zdravstveni radnik obavljao zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi duže od dve godine po položenom stručnom ispitu. Izuzetno, iz oblasti deficitarnih grana medicine, stomatologije i farmacije zdravstveni radnik može da se uputi na specijalizaciju posle završenog pripravničkog staža i položenog stručnog ispita.

Postupak odobravanja specijalizacije

Ovaj aspekt specijalizacije u mnogome zavisi od planova i kadrovske politike koja se vodi u zdravstvenom sistemu. U Republici Srbiji postoji neravnomerno raspoređen specijalistički kadar, deficitaran i nepovoljan u pogledu starosne strukture zaposlenih, budući da se očekuje odlazak u penziju starijeg kadra. Sadašnju situaciju karakteriše veća mobilnost i odlazak zdravstvenog kadra na rad u inostranstvo, što stvara dodatne probleme. Jedno vreme postojao je problem i kod volonterskih specijalizacija koje su se omogućavale samo nezaposlenim lekarima sa položenim državnim ispitom, a ne i onima koji rade više godina na određeno vreme kao volonteri u pojedinim zdravstvenim ustanovama.[25]

U nadležnosti ministra zdravlja je da svake godine donosi odluku kojom određuje oblasti deficitarnih grana medicine u kojima zdravstveni radnik može da se uputi na specijalizaciju posle završenog pripravničkog staža i položenog stručnog ispita, i to ukupno 28 specijalnost, a na osnovu prethodno pribavljenog mišljenja od strane Instituta za javno zdravlje Srbije.[26] U skladu sa tim raspisuje se javni poziv za davanje saglasnosti Ministarstva zdravlja na odobrene specijalizacije i pozivaju zdravstvene ustanove iz plana mreže da dostave zahtev za svakog kandidata kome je odobrena specijalizacija.[27] Sami postupci odobravanja sprovode se u matičnim zdravstvenim ustanovama, po pravilima javnog oglašavanja i izbora saglasno zakonu i važećem pravilniku i tu nema nekih odstupanja u Srbiji i zemljama u regionu.[28]

---

[24] Član 23, *ibid.*

[25] Videti izvode iz štampe: www.politika.rs/.../Specijalizacije-nedostizne-za-lekare-zaposlene-n... http://www.politika.rs/sr/clanak/380368/Specijalizacija-mora-da-se-odradi

[26] Odluka o oblastima medicine koje su deficitarne u Republici Srbiji za 2017.god, *op.cit.*

[27] Javni poziv, Portal eUprava Republike Srbije, http://www.euprava.gov.rs/eusluge/opisusluge?generated ServiceId=1755&title=Specijalizacije-i-u%C5%BEe-specijalizacije&alphabet=lat

[28] Videti: npr. Odluka o odobravanju specijalizacije br. 11912 od 26.10.2016., JZU

Lekarska komora Srbije takođe ima jedan deo nadležnosti vezano za specijalizacije lekara, budući da saglasno Statutu LKS sprovodi aktivnosti u okviru posebnog Odbora za medicinsko obrazovanje[29] i vodi posebnu evidenciju lekara na specijalizaciji.[30] Zajedno sa regionalnim komorama ona usvaja zaključke o aktuelnim pitanjima, kako bi se pojasnile nejasnoće u praksi lekara na specijalizaciji.[31] U ovoj godini je od strane Lekarske komore Srbije dat predlog da se izvrši unifikacija postojećih naziva specijalističkih zvanja lekara, jer su se podzakonski propisi menjali a na nazivima i terminologiji nije rađeno tako da se licence lekara popunjavaju sa različitim nazivima specijalizacija i užih specijalizacija iz iste oblasti.[32] Konkretno, predlaže se usaglašavanje u skladu sa nazivima iz važećeg pravilnika o specijalizacijama.

Ugovori o specijalizaciji

Polazi se od toga da lekari i drugi zdravstveni radnici imaju pravo da u svom radu kontinuirano prate razvoj medicinske nauke i da se stručno usavršavaju radi održavanja i unapređenja kvaliteta rada. Specijalizacija predstavlja u tom smislu poseban vid stručnog usavršavanja koji se sprovodi u cilju osposobljavanja za obavljanje stručnog rada iz određenih oblasti zdravstvene zaštite i ona obuhvata specijalistički staž i specijalistički ispit.

Međusobna prava i obaveze između ustanove i specijalizanta, kome je odobrena specijalizacija od strane Ministarstva zdravlja uređuju se ugovorom. U pravu Srbije reč je o primeni odredbe Zakona o radu,[33] dok se u pojedinostima odnosa ostavlja da ga postignu ugovorne strane, saglasno pravilima obligacionog prava koja se nalaze u osnovi njihovog odnosa. Slična pravna rešenja postoje i u drugim pravima u regionu, sa izuzetkom da Zakon o zdravstvenoj zaštiti Makedonije sadrži posebnu odredbu o ugovoru specijalizanta sa javnom zdravstvenom ustanovom.[34] Ona predviđa da javna zdravstvena ustanova koja je odobrila specijalizaciju zaključuje ugovor sa

Zavod za hitnu medicinsku pomoć Crne Gore, Podgorica;

29 Član 41 u vezi sa članom 34, Statut Lekarske komore Srbije, *Sl. glasnik RS*, br. 111/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011 - odluka US, 43/2011, 22/2012 i 70/2017 - odluka US

30 Član 64, *ibid.*

31 http://rlkjis.rs/index.php/nadzorni-odbor/187-arhiva-organa-i-tela-rlkjis/po-mo-2010/485-8-sednica

32 Dopis Lekarske komore Srbije Ministarstvu prosvete, nauke i tehnološkog razvoja br. 2530 od 03.08.2017.

33 Član 201 st.2 u vezi sa članom 49 st.4, Zakon o radu, *op.cit.*

34 Član 147, Zakon za zdravstvena zaštita, *Služben vesnik na Republika Makedonija*, 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013,. 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014.

specijalizantom, sa kojim uređuje međusobna prava i obaveze u odnosu na realizaciju specijalizacije, vreme koje specijalizant treba da odradi u ustanovi po završetku specijalizacije (i to ako ona traje do pet godina, specijalizant treba da radi u ustanovi najmanje deset godina, a za specijalizacije koje traju više od pet godina specijalizant treba da radi u ustanovi najmanje petnaest godina), visinu sredstava koju treba da nadoknadi ako pre vremena napusti ustanovu na njegov zahtev ili njegovu krivicu i odgovarajuću garanciju u slučaju neispunjenja obaveze prema zdravstvenoj ustanovi. Sredstva za plate, plaćanje doprinosa za socijalno osiguranje, naknadu zarade u slučaju privremenog odsustva sa posla zbog bolesti ili povreda i drugih troškova vezanih za rad i specijalizaciju dužni su da specijalizantima obezbede njihovi poslodavci. Visina sredstava koju će specijalizant biti u obavezi da nadoknadi ako na njegov zahtev ili zbog njegove krivice pre vremena napusti ustanovu koja ga je uputila na specijalizaciju ne može da bude manja od deset puta većeg iznosa od vrednosti specijalizacije koju plaćaju zdravstveni radnici zaposleni u privatnoj zdravstvenoj ustanovi, druga pravna lica ili nezaposleni u momentu napuštanja ustanove.[35]

Praksa ugovaranja govori o tome da se konkretni ugovori tekstualno razlikuju zavisno od zdravstvene ustanove koja ih zaključuje, ali da ih suštinski sve karakterišu isti bitni elementi, kao što su predmet, sadržina prava i obaveza i posledice za slučaj neizvršenja ugovora. Vremenom su se ustalili i odgovarajući obrasci ugovora.[36]

a) primer ugovora sa domom zdravlja

Navodi se da u ime ustanove ugovor potpisuje direktor ustanove. Potpisivanju ugovora prethodi donošenje rešenja kojim se reguliše radno pravni status specijalizanata. Ustanova se obavezuje da će snositi troškove obavljanja specijalističkog staža, čiji troškovi uključuju bruto zaradu specijalizanta, kao i ostale naknade, shodno opštim aktima ustanove. Ustanova će snositi i druge troškove koji su uslovljeni usklađivanjem programa specijalizacije a predviđeni su opštim aktima institucije gde se vrši specijalizacija. Za vreme specijalizacije ustanova obezbeđuje specijalizantu plaćeno odsustvo za polaganje specijalističkog ispita i to 30 radnih dana za prvo polaganje. Specijalizant se obavezuje: - da će uspešno savladati program specijalizacije propisan zakonom; - da će obavljati program specijalizacije bez prekida u propisanom radnom vremenu; - da će redovno obaveštavati direktora o toku specijalizacije; - da će obavestiti ustanovu o svakom prekidu, odmah bez odlaganja, kako bi ustanova, evenutalno, produžila trajanje specijalizacije za onoliko vremena za koliko je

[35] *Ibid.*

[36] *www.asistent.me/dw/ugovori/ugovor-o-specijalizaciji.docx*

prekid trajao (samo za opravdane slučajeve); - da će na poziv ustanove, a u dogovoru s mentorom, privremeno prekinuti obavljanje specijalističkog staža i vratiti se na rad u ustanovu radi obavljanja hitnog određenog stručnog posla; - da će u roku pristupiti polaganju specijalističkog ispita; - da će nakon položenog specijalističkog ispita ostati na radu u ustanovi najmanje onoliko vremena koliko je trajala specijalizacija. Ukoliko specijalizant ne ispuni predviđene obaveze iz pravilnika i ugovora, biće u obavezi da nadoknadi ustanovi nastalu materijalnu štetu koja uključuje troškove specijalizacije, i to u sledećim slučajevima: - ako raskine ugovor o radu svojom voljom; - ako mu ugovor o radu prestane iz razloga nepoštovanja radnih obaveza; - ako prekine obavljanje specijalističkog staža bez opravdanog razloga; - ako ne položi specijalistički ispit u propisanom roku, ili ga uopšte ne položi. Dužan je da to prijavi u roku od 30 dana od dana nastanka neispunjenja obaveze. U slučaju raskida ugovora radi neispunjenja, specijalizant se obavezuje da vrati ustanovi sva novčana davanja, sa zakonskom zateznom kamatom od dana nastale svake pojedinačne isplate do dana raskida ugovora, i da plati na ime pretrpljene štete u odvijanju same osnovne delatnosti ustanove, iznos u visini prosečne mesečne plate lekara specijaliste na dan obračuna, prema Uredbi o zaradama, za svaki mesec neodrađenog roka, a u roku od 30 dana od dana neispunjenja obaveze. Posle položenog specijalističkog ispita specijalizant je dužan da se odmah javi na posao, a odlukom direktora raspoređuje se na odgovarajuće radno mesto specijaliste.[37]

b) primer ugovora sa kliničkim centrom

Davalac specijalizacije se obavezuje specijalizantu da: - obezbedi zaradu u skladu sa zaključenim ugovorom o radu za vreme trajanja specijalizacije, kao i druga prava koja mu pripadaju po osnovu radnog odnosa; - uplati novčani iznos na ime troškova konkursa i sve troškove upisa semestara specijalizacije/ uže specijalizacije i troškove polaganja i pismene odbrane specijalističkog/ uže specijalističkog ispita; - odobri produžetak roka za polaganje specijalističkog ispita specijalizantu koji ne položi specijalistički ispit u zakonom predviđenom roku, i to na zahtev specijalizanta, za još najviše dva polaganja u rokovima koji ne mogu biti kraći od šest meseci ni ukupno duži od dve godine; - u roku od 30 dana po dostavljenom uverenju o položenom specijalističkom ispitu rasporedi ga na radno mesto specijaliste iz oblasti iz koje je završio specijalizaciju, saglasno sa odredbama Zakona o radu i Pravilnika o organizaciji i sistematizaciji radnih mesta. Specijalizant se obavezuje da: - obavi specijalistički staž u skladu sa

[37] Članovi 18, član 23 i član 24, Pravilnik Doma zdravlja R. (član 27 Statuta), sednica Upravnog odbora DZ, 2010.

programom kojim je utvrđen obim, sadržaj i plan sprovođenja teorijske i praktične nastave stručnog usavršavanja na koje je upućen; - položi specijalistički ispit u roku od najkasnije dve godine nakon završenog specijalističog staža; - u toku specijalističkog staža prati uputstva mentora, poštuje radnu disciplinu, pridržava se pravila o kućnom redu i uputstava neposrednog rukovodioca u izvršavanju radnih obaveza; - po položenom specijalističkom ispitu ostane na radu u Kliničkom centru dvostruko duže vreme od trajanja navedene specijalizacije, računajući od dana od kada je raspoređen na poslove specijaliste; - sa specijalizantom koji ni u trećem pokušaju ne položi specijalistički ispit, raskida se ugovor o specijalizaciji i ugovor o radu, uz obavezu specijalizanta da vrati Kliničkom centru sva sredstva uložena u njegovu specijalizaciju i naknadi štetu načinjenu njegovim postupkom. Ukoliko specijalizant ne ispuni ugovorene obaveze iz ugovora, i u slučaju prestanka radnog odnosa krivicom specijalizanta ili na njegov pisani zahtev, obavezan je da nadoknadi troškove i štetu koju davalac specijalizacije zbog toga trpi. Troškovi specijalizacije su predviđeni u posebnom članu ovog ugovora, a šteta je u iznosu koji odgovara ukupnom iznosu bruto zarade specijaliste za period koliko je specijalizant bio dužan da ostane na radu, a umanjeno za period koliko je proveo na radu posle završene specijalizacije. Specijalizant je dužan da u roku od 30 dana računajući od dana raskida ugovora izmiri troškove u smislu datog člana ovog ugovora.

Imajući u vidu formulaciju ugovora iz citirane odredbe Zakona o radu,[38] u praksi je priroda ovog ugovora više puta bila predmet tumačenja. Naime, postoje određene nejasnoće zbog činjenice da se ne može do kraja da izjednači stručno osposobljavanje sa stručnim usavršavanjem, a ugovor je jedan. Aktivnosti koje su predmet ugovora nemaju uvek isto polazište u smislu radnopravnog statusa specijalizanta, te su u tom slučaju modifikovani tj. različiti ukoliko ih zaključuje zaposleno ili nezaposleno lice na specijalizaciji (volonterska specijalizacija).

Ministarstvo rada Republike Srbije više puta je iznosilo mišljenje o definisanju navedenog ugovora kao ugovora kojim se ne zasniva radni odnos, što proizlazi pre svega iz samog zakona, svrstavanjem navedenog člana u korpus odredaba koje regulišu rad van radnog odnosa.[39] Kako se ističe, odredbom zakona napravljena je paralela između ugovora o stručnom osposobljavanju i ugovora o stručnom usavršavanju. Ugovor o stručnom usavršavanju može da se zaključi radi obavljanja specijalizacije za vreme predviđeno programom usavršavanja ili posebnim zakonom. Konstatuje se da trajanje ovog ugovora nije predviđeno zakonom, već da se njegovo trajanje određuje samim ugovorom, a

[38] Član 201 st.2, Zakon o radu, *op.cit*.

[39] Mišljenje Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, br. 011-00-399/2012-02 od 06. februara 2013.

obično do godinu dana ili do završetka obuke zbog koje je ugovor zaključen predviđene programom usavršavanja.[40]

Dalji komentar ticao se sastavljanja ugovora, gde se u objašnjenju ističe da zakonom nije propisana sadržina ugovora o stručnom usavršavanju, već je to ostavljeno ugovornim stranama. Ugovor o stručnom usavršavanju treba naročito da sadrži: podatke o ugovornim stranama, predmet stručnog usavršavanja, rok na koji se zaključuje ugovor, prava i obaveze ugovornih strana prema programu stručnog usavršavanja, razloge za otkaz pre isteka ugovora i otkazni rok. Mogu se ugovoriti: novčana naknada za vreme stručnog osposobljavanja i druga prava lica koje se stručno usavršava.[41]

Izneto je takođe shvatanje da nejasnoće u praksi kod volonterske specijalizacije izaziva neusaglašenost odredaba svih relevantnih zakona po jednom istom pitanju, pa i ugovora iz Zakona o volontiranju.[42] Naime, ovim ugovorom se ne zasniva radni odnos, niti postoji obaveza isplate novčane naknade angažovanom licu, osim ako to nije predviđeno ugovorom. Međutim, poslodavac je dužan da u skladu sa propisima o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje plaća doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje, kao i zdravstveno osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalnog oboljenja.[43]

Sporni slučajevi iz prakse

Pritužbe i sporovi koji nastaju povodom konkurisanja i rada povodom odobrenih i stečenih specijalizacija u zdravstvu nisu tako česti, a tretman lekara na specijalizaciji prati određena nesigurnost i limitirane mogućnosti u pogledu izbora vrste specijalizacije, i slobodnog kretanja u službi.

U praksi se desio sporni slučaj o kome je mišljenje doneo Poverenik za zaštitu ravnopravnosti Republike Srbije. Pritužbu je podnela lekar J. H. povodom konkursa za upis na specijalizaciju iz ginekologije raspisan od strane Dom zdravlja iz grada V.[44] Ona je navela da je konkurs sproveden sa mnogo nepravilnosti i da joj je u obrazloženju na žalbu povodom rezultata konkursa direktor rekao da "se udala u Beogradu", te da procenjuje da će nakon završene specijalizacije biti zainteresovana za dobijanje radnog mesta u Beogradu. U

[40] Mišljenje Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, br. 011-00-399/2012-02 od 06. februara 2013.

[41] Član 3, Zakon o volontiranju, *Sl. glasnik RS*, 36/2010.

[42] Pritužba J. H. V. protiv Doma zdravlja zbog diskriminacije po osnovu porodičnog statusa u oblasti rada, Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, br. 07-00-514/2014-02 datum: 16. 3. 2015.

[43] Član 45, Zakon o zabrani diskriminacije *Sl. glasnik RS*, 22/2009.

[44] Republika Srbija, Apelacioni sud u Novom Sadu, br. Gž1. 2712/12, dana: 22.11.2012. god. Novi Sad.

izjašnjenju je navedeno da je odluka doneta na osnovu predloga komisije i da u odluci nije navedeno ništa što bi se moglo smatrati diskriminacijom. Tokom postupka utvrđeno je da se na osnovu podnetih dokaza ne može zaključiti koji su bili kriterijumi za izbor kandidata. Direktor Doma zdravlja kao razlog zbog kojeg J. H. nije odobrena specijalizacija navodi činjenicu da njen suprug živi u Beogradu i da ima bojazan da će ta okolnost uticati na nju da se nakon specijalizacije ne vrati na rad. Dom zdravlja nije ponudio činjenice i dokaze na osnovu kojih bi se moglo zaključiti da su postojali objektivni i razumni razlozi zbog kojih podnositeljki pritužbe nije odobrena specijalizacija, što je bio dužan da učini, saglasno čl. 45. Zakona o zabrani diskriminacije. Poverenica za zaštitu ravnopravnosti dala je mišljenje da je prilikom izbora kandidata za upućivanje na specijalizaciju, odnosno donošenjem odluke o odobravanju specijalizacije iz ginekologije, Dom zdravlja diskriminisao J. H. na osnovu ličnog svojstva člana porodice – mesta prebivališta supruga. Zbog toga je Domu zdravlja preporučeno da preduzme sve potrebne mere u cilju otklanjanja posledica diskriminatornog postupanja prema J. H., da mišljenje i preporuku Poverenika za zaštitu ravnopravnosti objavi na oglasnoj tabli ili drugom vidnom mestu u prostorijama Doma zdravlja, kao i da ubuduće vodi računa da prilikom donošenja odluke o dodelu specijalizacije ne krši odredbe Zakona o zabrani diskriminacije.

Drugi sporni slučaj je iz sudske prakse i o njemu je odlučivao Apelacioni sud u Novom Sadu, a po žalbi na presudu Osnovnog suda iz Subotice i potvrdio je prvostepenu odluku. Naime, pobijanom presudom delimično je usvojen tužbeni zahtev kojim je tuženi obavezan da tužiocu isplati iznos od 2.590.411,80 dinara sa zakonskom zateznom kamatom računajući istu počev od 25.11.2009. godine pa do konačne isplate, sve u roku od 15 dana, pod pretnjom izvršenja. Odbijen je deo tužbenog zahteva kojim je tužilac tražio isplatu zakonske zatezne kamate na navedeni iznos za period od 26.10.2009. godine do 24.11.2009. godine. Obavezan je tuženi da tužiocu naknadi troškove parničnog postupka u iznosu od 207.500,00 dinara sa zakonskom zateznom kamatom računajući istu od presuđenja 08.05.2012. godine pa do konačne isplate, u roku od 15 dana pod pretnjom izvršenja.

U toku prvostepenog postupka između ostalog je utvrđeno da je tuženi bio u radnom odnosu kod tužioca na radnom mestu lekara opšte prakse. Tužilac i tuženi su zaključili Ugovor o specijalizaciji po kom ugovoru je tuženi specijalizant iz fizikalne medicine i rehabilitacije i isti se nalazi na predmetnoj specijalizaciji koja traje u zakonom predviđenom roku od 4 godine.

Prema navedenom ugovoru tuženi ima pravo na 80% naknade zarade za vreme specijalizacije, odsustvo sa rada za vreme obavljanja specijalizacije, plaćeno

odsustvo od 18 radnih dana za pripremanje odgovarajućeg specijalističkog ispita kao i plaćanje troškova školarine i polaganje specijalističkog ispita. Ugovorom je predviđeno da je specijalizant ukoliko ne završi specijalizaciju u redovnom roku dužan je u roku od 30 dana od isteka roka specijalizacije tražiti produžetak specijalizacije ako za to postoje objektivni razlozi što ceni direktor zavoda, bez prava na finansiranje troškova specijalizacije za vreme trajanja produžetka. Tuženi se koristio pravom da traži produženje roka za polaganje specijalističkog ispita, te mu je na njegov zahtev produžen rok za polaganje ispita. Tuženi do tog roka nije položio predmetni ispit. Tužilac je tuženom odobrio pravo na korišćenje plaćenog odsustva u trajanju od 18 radnih dana za pripremanje odgovarajućeg specijalističkog ispita. Tuženi do tog roka nije položio predmetni ispit. Ispit je položio posle kratkog vremena kada je faksom obavestio tužioca da želi da napusti radno mesto i ustanovu i da je voljan da izmiri svoje obaveze, ali da traži da se njegove obaveze po ovom osnovu odlože do stabilizacije njegovog zdravstvenog stanja. Upravni organ tužioca doneo je odluku da raskida ugovor o specijalizaciji zaključen sa tuženim i to sa danom. Obavljen je usmeni razgovor između tužioca i tuženog u vezi načina rešavanja nastalog problema posle specijalističkog ispita tuženog. Nakon ovog sastanka tuženi je dao pismeni otkaz ugovora o radu i isti dostavio tužiocu preporučenom pošiljkom.

U periodu od 4 godine tuženi je bio kod tužioca evidentiran da se nalazi na specijalizaciji u B. i u tim evidencijama nema traga da je tuženi u navedenom periodu obavljao rad kod tužioca, niti je tuženi u toku postupka dokazao da je u tom periodu obavljao rad kod tužioca. Na osnovu ovako utvrđenog činjeničnog stanja, prvostepeni sud je zauzeo stanovište da je tužbeni zahtev tužioca delimično osnovan, koji stav prihvata i ovaj sud.

Prvostepeni sud je našao da je tuženi u konkretnom slučaju bio nesavesna stranka koja nije izvršavala svoje obaveze iz ugovora i da je njegovom krivicom došlo do raskida predmetnog ugovora. Naime, prvostepeni sud je posebno uzeo u obzir sadržinu obaveštenja koje je tuženi dostavio tužiocu, a koje je i upravni organ tužioca imao u vidu prilikom donošenja odluke o raskidu Ugovora o specijalizaciji, što se vidi iz obrazloženja odluke upravnog organa, iz koga jasno proizilazi da tuženi nije imao nameru da nastavi da radi kod tužioca jer je želeo da napusti i ustanovu i mesto boravka. S druge strane tužilac je tuženom na njegov zahtev odobrio produženje roka za polaganje specijalističkog ispita, utvrđenog ugovorom o specijalizaciji, te mu je dat naknadni rok, kada mu je odobreno i plaćeno odsustvo, ali ni u tom roku tuženi nije položio predmetni ispit, zbog čega prvostepeni sud nalazi da je tužilac imao opravdan razlog za raskid ugovora o specijalizaciji.

Suprotno žalbenim navodima tuženog, ovaj sud je smatrao da je prvostepeni sud pravilno primenio materijalno pravo, kada je usvojio tužbeni zahtev tužioca i obavezao tuženog da tužiocu vrati sve naknade koje je tužilac isplatio po osnovu ugovora o specijalizaciji tuženog. Naime, odredbom čl. 5. Ugovora o specijalizaciji koji je zaključen između tužioca i tuženog propisano je da ako specijalizant po završetku specijalizacije ne ostane na radu u Z. dvostruko duže vremena u odnosu na period trajanja specijalizacije, ako ne završi specijalizaciju u redovnom roku, odnosno nakon isteka toga roka ne dobije produženje ili u produženom roku koji je iz objektivnih razloga odobren, ne završi specijalizaciju, dužan je Z. vratiti sve naknade-sva novčana sredstva koja je od zavoda primio na ime finansiranja specijalizacije iz fizikalne medicine i rehabilitacije sa zakonskom zateznom kamatom.

Saglasno Pravilniku o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika propisano je da specijalizacija iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije traje 4 godine. Polazeći od Ugovora o specijalizaciji zaključenog između stranaka, pri čemu nije posebno ugovoreno da polaganje specijalističkih ispita produžava rok, te polazeći od iskaza samog tužioca da mu je produžen rok iz ugovora, a da je ispit položio iste godine, pri čemu je tuženi raskinuo predmetni ugovor, i ovaj sud nalazi da je tužilac imao mogućnost da raskine predmetni ugovor. Pored toga, odredbom čl.127. ZOO-a propisano je da poverilac može raskinuti ugovor bez ostavljanja dužniku naknadnog roka za ispunjenje ako iz dužnikovog držanja proizilazi da on svoju obavezu neće izvršiti ni u naknadnom roku, dok je odredbom čl. 128. istog Zakona propisano da kada je pre isteka roka za ispunjenje obaveze očigledno da jedna strana neće ispuniti svoju obavezu iz ugovora, druga strana može raskinuti ugovor i zahtevati naknadu štete.

Obaveza vraćanja iznosa primljenog na ime specijalizacije posledica je raskida ugovora o specijalizaciji, u smislu odredaba čl. 132. st. 2. ZOO, gde je kao jedno od dejstva raskida ugovora, propisano da ako je jedna strana izvršila ugovor potpuno ili delimično, ima pravo da joj se vrati ono što je dala. Neosnovano se žalbom tuženog ističe da tuženi ne bi napustio tužioca da tužilac nije raskinuo ugovor o specijalizaciji. Ovo iz razloga što je tuženi svoju nameru da napusti tužioca, kao poslodavca, kao i mesto boravka, izrazio pre nego što je tužilac doneo odluku o raskidu predmetnog ugovora. Takođe treba istaći da je tuženi podneo tužiocu otkaz ugovora o radu, a radi poništaja rešenje o otkazu ugovora o radu koje je doneo tužilac nije pokretao postupak, te se i iz takvog ponašanja i držanja tuženog može nesumnjivo utvrditi da nije želeo da nastavi da radi kod tužioca, odnosno da njegova namera da okonča rad kod tužioca nije bila uslovljena ponašanjem tužioca, već predstavlja isključivo volju

tuženog, nastalu iz ličnih razloga. Žalbeno isticanje tuženog da mu tužilac nije platio specijalistički ispit, nisu od značaja. Naime, u momentu kada je tuženi polagao specijalistički ispit, ugovor o specijalizaciji zaključen između tužioca i tuženog je već bio raskinut, te se tužiocu ne može staviti na teret da neplaćanje navedenog ispita predstavlja povredu pomenutog ugovora. Treba istaći da prilikom obračuna novčanog iznosa koji je tuženi dužan naknaditi tužiocu na ime troškova koje je tužilac imao oko njegove specijalizacije, nije uključena cena specijalističkog ispita, s obzirom da je i među strankama bilo nesporno da tužilac nije snosio troškove polaganja specijalističkog ispita tuženog.

ZAKLJUČAK

Pravno razmatranje subjekata i odnosa povodom obavljanja specijalizacija i užih specijalizacija otvara nekolika pravna pitanja, ne samo u vezi definisanja pravnog statusa, već i težine i učestalosti sporova i negativnih pojava u praksi zdravstvene zaštite, što ima reperkusije i na prava korisnika. Specijalizacije u zdravstvu su sa medicinske strane od velikog značaja zbog čega i pravni pristup to podržava, putem odgovarajuće regulative pružajući elemente uzajamnih prava i obaveza, procedura i pravne zaštite. Međutim, izgleda diskutabilno, kao i kod drugih pitanja medicinskog prava, da li se i u kojoj meri klasične građansko-pravne (ili ovde, radno-pravne) kategorije i pojmovi pokazuju odgovarajućim u medicinskom kontekstu koji je vrlo specifičan. Na primer, pokazuje se da nije upitan položaj specijalizanta kao ugovorne strane sa namerom usavršavanja, ali se može razmišljati o tome da li taj položaj treba da bude bolje prepoznat, imajući u vidu opsežnost i dugotrajnost obavljanja specijalizacija, kao i činjenicu da se to u najvećem broju slučajeva pokriva kroz finansiranje zdravstvenih delatnosti. Zdravstvene ustanove i odgovorni u zdravstvenom sistemu treba u tom pravcu da se više angažuju i da preveniraju sporove. To može biti, između ostalog, rad na stvaranju boljih uslova za specijalizante, otklanjanju razloga za neizvršenje ugovora, kao i da se u same ugovore za slučaj neizvršenja unesu elemente fleksibilnosti i primernosti ekonomskoj moći lekara na početku svog specijalističkog rada. Nameće se zaključak o još jednom spornom momentu, ukoliko se sagledava javno-zdravstveni sektor. Specijalistički status i trud da se on realizuje je već samo po sebi velika vrednost i postignuće. To nikad ne treba da bude niti uspeh, niti problem samo individualnog lekara. Zato bi bilo dobro razmotriti i opciju da se u slučajevima odstupanja od ugovora ili neizvršenja ugovora predvidi klauzula da će se javne zdravstvene ustanove međusobno dogovoriti o preuzimanju ili zapošljavanju novog specijaliste. Za usavršavanje tog specijaliste data su budžetska sredstva, pa ona treba da budu i prebijena između dve zdravstvene ustanove kroz budžetska sredstva. Tu praktično država

nije ni na kakvom gubitku, jer zdravstvena ustanova u koju dolazi specijalista dobija gotovog stručnjaka lekara u čije usavršavanje ne mora da ulaže, niti da na njega čeka. Ona bi po tom osnovu trebala i da vrati sredstva koja je prvobitna ustanova ulagala saglasno propisima o specijalizaciji zdravstvenih radnika. To može biti, na primer, sporazum između dve zdravstvene ustanove koji bi otklonio krajnje negativnu praksu i po ustanove i po specijalizante, i koji bi omogućio neku vrstu razmene lekara tj. njihovu profesionalnu mobilnost, bez obzira na status.

SUMMARY

SPECIALIZATION OF PHYSICIANS IN SERBIA AND COUNTRIES OUTSIDE EU

Although the classical labor law institutes find application on issues of specialization and sub-specializations, they have a direct or indirect influence on medical law issues as well. Professional qualifications, education and training of doctors are essential for providing health care and the quality standard of health services. Specialization in this article is viewed from the point of view of legal sources, procedures, material rights and controversies in practice. For the purpose of the work, it was first and foremost consulted on the rights of Serbia and the countries of the region. According to its definition, specialization is a nationally recognized training program and exam for which certificates are issued to individual physicians as a confirmation that they have done it and gained professional competence in the practice of their discipline. The number of healthcare specializations has increased over time as a result of rapid advancement in medical practitioners and biotechnology. It is often pointed out that the need to spread specialist knowledge increases the cost of health care, but on the other hand greatly improves its quality and availability of the most complex services. In this imbalance, healthcare practitioners are encouraged by general medical practice, but it is very likely that even more specialties will continue to occur and their interest will not fall. There are many details of current regulations, primarily subordinate regulations on specializations and narrow specializations (classification of recognized basic specialties and those requiring additional, more profound experience and high qualifications). They include the required training period, mutual relationships in the practical and theoretical part of the training, as well as an exam that qualifies as a specialist in medicine. In practice, there are problems with the mobility of physicians and the great work and financial obligations of doctors and other healthcare workers in the course of and after the completion of specialization. Resolving disputes should continue to work with greater responsibility not only on the interns, but also by the healthcare practitioners in every country.

Key words: health care workers, specialization, contractual relationship, court practice

POLOŽAJ I ULOGA LIJEČNIČKE PROFESIJE U JAVNOJ ZDRAVSTVENOJ SLUŽBI

UDK: 614 : 35
Primljeno: 9. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

Izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
klaricmirko@gmail.com

Predmet ovog rada je analiza položaja i uloge liječničke profesije u javnoj zdravstvenoj službi. U uvodnom dijelu daje se prikaz uloge liječničke profesije u okviru sustava zdravstvene zaštite, prikazuje se razvoj liječničke profesije od slobodnog zanimanja prema javnoj službi, uz navođenje posebnih obilježja koja je odvajaju od drugih zanimanja. Četvrti je dio posvećen komparativnom prikazu i analizi liječničke profesije u Njemačkoj, kao poredbenom referentnom modelu s kojim se može usporediti položaj i uloga liječničke profesije u Hrvatskoj. Posljednje je poglavlje posvećenoj razvoju medicinske profesije u Hrvatskoj. U Zaključku se prezentiraju ključna obilježja liječničke profesije kao specifične djelatnosti u okviru zdravstvenog sustava, te daju preporuke vezane uz njezin budući razvoj

Ključne riječi: zdravstveni sustav, liječnička profesija, javna služba

1. UVOD

Liječnička profesija prošla je dug put od djelatnosti kojom su se bavili plemenski vračevi i čuvari plemenskog totema preko javno regulirane profesije. Na tom putu, kako se mijenjalo značenje i uloga koju javno zdravlje ima za zajednicu u cjelini, tako se mijenjala i sama uloga liječničke profesije kao i značenje koje ona u društvu ima. Paralelno sa jačanjem svijesti o potrebi izgradnje društva u kojem će čitav niz socijalnih servisa, pa tako i zdravstvene usluge, biti široko dostupan u društvu, razvijala se i uloga liječničke profesije, kao one koja je trebala biti glavni nositelj takve svijesti. Upravo oblikovanje zdravstvene djelatnosti kao složene aktivnosti koja uključuje primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite utjecalo je i na oblikovanje same liječničke profesije. Izgradilo se tako shvaćanje o potrebi sistemskog pristupa u pružanju zdravstvene zaštite, a liječnička profesija trebala je biti efikasan servis koji će osigurati pružanju svima dostupnih zdravstvenih usluga u okviru sustava zdravstvene zaštite. Ipak, uloga koju liječnici imaju u okviru zdravstvenih sustava razlikuje se od zemlje do zemlje, a isto tako ovisi i o

modelu zdravstvene zaštite koji se u nekoj zemlji primjenjuje. Razlike između pojednih modela zdravstvene zaštite su veće ili manje, te ovise o povijesnim okolnostima, različitom shvaćanju uloge države i javne uprave u pružanju javnih usluga, društvenom razvoju i sl. Načelno se može izdvojiti nekoliko različitih pristupa kod organizacije zdravstvenih sustava. Tako u Europi dominiraju Beveridgeov i Bismarckov model zdravstvene zaštite, kojima se kao zajedničko obilježje može izdvojiti težnja za uspostavom sveobuhvatnog i široko dostupnog sustava zdravstvene zaštite. U USA zdravstveni sustav dominantno počiva na privatnoj inicijativi, uz postojanje određenih javno-zdravstvenih programa koji su nastali kao rezultat ciljanih javnih politika, usmjerenih prema pojedinim kategorijama stanovništva. Pored ova dva sustava, postoje i neki drugi, alternativni modeli zdravstvene zaštite.[1] Položaj i uloga liječničke profesije u okviru tih sustava razlikuje se ovisno o tome u okviru kojeg zdravstvenog sustava liječnici djeluju. Ipak, postoje neka specifična temeljna obilježja liječničke profesije koja se u ovom radu nastoje analizirati. Rad je strukturiran na način da se analizira položaj liječničke profesije u okviru sustava zdravstvene zaštite općenito. Tu se polazi u prvom redu od pozicije liječnika u okviru europskih modela zdravstvenih sustava, u kojima je pružanje zdravstvene zaštite djelatnost od općeg interesa, jer zdravlje u europskim zemljama predstavlja jednu od najviših vrijednosti u društvu, pa je pružanje zdravstvenih usluga podvrgnuto režimu javne službe. Drugi dio analizira povijesni razvoj liječničke profesije od prvih početaka do razvijene regulirane profesije. Treći je posvećen suvremenim pitanjima vezanim za oblikovanje liječničke profesije, a četvrti predstavlja komparativnu analizu analizu položaja i uloge liječništva u Njemačkoj. Peti je posvećen povijesnom razvoju i obilježjima liječničke profesije u Hrvatskoj. U zaključku se iznosi analiza postojeće uloge liječničke profesije u javnoj zdravstvenoj službi.

2. Liječnička profesija u okviru sustava zdravstvene zaštite

Općenito uzevši, položaj liječnika u obavljanju zdravstvene službe odražava okolnost da ona predstavlja djelatnost od posebnog interesa za određenu zajednicu. Kao takva, zbog postojanja posebnog javnog interesa, zdravstvena služba se ustrojava kao javna služba, koja djeluje u posebnom pravnom režimu, pružajući dostupnu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu.[2] Njezin položaj i uloga

[1] O tome više u Mastilica, M.: Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje, https://ldap.zvu.hr/~sonjak/Mastilica/financiranje-Mastilica.doc. Preuzeto 20. 9. 2017.

[2] U upravnoj teoriji i praksi postoji razlikovanje između pružanja zdravstvenih usluga na komercijalnoj razini od od onih koje se pružaju u okviru režima javne službe. Temelj za

u društvu, kao i općenito položaj drugih javnih službi dobrim dijelom ovise o političkim, upravnim gospodarskim i društvenim prilikama, koje prolaze naizmjenice kroz procese koncentracije i dekoncentracije u obavljanju javnih poslova.[3] Iz navedenih razloga pitanje obrazovanja, stručnog osposobljavanja, licenciranja, i kasnijeg stručnog usavršavanja ima dvije dimenzije. Prva dimenzija izražena je u javnom interesu koji postoji u određenoj društvenoj zajednici, a vezan je uz obavljanje zdravstvene djelatnosti. Kako je cjelokupna zdravstvena djelatnost posebno osjetljivo područje, važno za normalan i svakodnevan život zajednice, njezino je obavljanje regulirano posebnim propisima, koji postavljaju minimalne standarde kojih se treba pridržavati u obavljanju zdravstvene djelatnosti.[4] Obavljanje zdravstvene djelatnosti uključuje različite aspekte pravnog uređenja u sustavu zdravstvene zaštite,

njihovo pravno razlikovanje postavljen je u široko citiranoj presudi iz slučaja Altmark, koja načelno određuje funkcionalne razlike između komercijalnog i nekomercijalnog obavljanja određene djatnosti. Naime, kod nekomercijalnog obavljanja određene djelatnosti, financijska sredstva kojima javna vlast financira obavljanje smatraju se naknadom, i kao takva su dopuštena. Da bi javna vlast određenu djelatnost mogla financirati potrebno je ispuniti četiri parametra: 1) primatelj naknade mora imati obvezu obavljanja javne službe, 2) parametri po kojima se naknada dodjeljuje moraju biti utvrđeni na objektivan i transparentan način, 3) naknada ne smije prijeći granicu koja je nužna za pokriće svih ili dijela troškova povezanih s izvršenjem javne službe, 4) ukoliko gospodarski subjekt nije izabran u postupku javne nabave, razina naknade utvrđuje se analizom troškova tipičnog poduzeća. Usp. Koprić, I. i dr.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 232.

[3] Društvene, političke i gospodarske prilike u društvu imaju svoju dinamiku koja utječe i na samo shvaćanje države, od univerzalističkog, prema kojem država pruža sveobuhvatne javne usluge, do minimalističkog, prema kojem se zagovara koncept „minimalističke države", koja će zadržati minimum kompetencija klasične države. Usp. Lozina, D.: *Pravna država kao uvjet socijalne države*, u Cvitan, O.: *Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija*, zbornik radova sa znanstvenog skupa Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2010., str. 166. O reformama javne uprave i efektima suvremenih manadžerskih reformi u javnoj upravi više u Koprić, I.: *Kriza socijalne države i menadžerske reforme javne uprave*, u Koprić, I.(ur.): *Javna uprava. Nastavni materijali*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2005., str. 137.-159.

[4] Indikatori kvalitete u zdravstvu igraju značajnu ulogu u naporima da se uspostave minimalni zdravstveni standardi u okviru javnog zdravstvenog sustava. OECD je u tom smislu proveo istraživanje kojim je nastojao uspostaviti konceptualni okvir za upravljanje indikatorima kvalitete u okviru zdravstvenog sustava. O tome više u Arah, O. E.-Westert, G. P.-Hurst, J.-Klazinka, N. S.: *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*, International Journal for Quality in Health Care, September 2006., pp. 5-13.

poput primjerice zaštite prava pacijenata, pitanje korištenja i uporabe lijekova, medicinske opreme i medicinskih pomagala, ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja, kaznene i materijalne odgovornosti za nesavjesno liječenje i sl. Pitanje regulacije pojedinih medicinskih profesija, uključujući i liječničku, predstavlja poseban upravni moment u organizaciji zdravstva, koji pored pravne dimenzije uređenja, uključuje i empirijsku komponentu usvajanja posebnih stručnih znanja nužnih za pružanje kvalitetne zdravstvene usluge.[5] U tom smislu potrebno je praviti distinkciju između između javno-pravne i privatno-pravne dimenzije liječničke profesije. Privatno-pravna dimenzija liječničke profesije uključuje pitanja poput uređenja radno-pravnog statusa liječnika i drugih materijalnih prava koja prizlaze iz radnog odnosa, dodatnih materijalnih prava koja se mogu regulirati posebnim građanskim ugovorima, pitanja odgovornosti za materijalnu štetu koja može nastati nesavjesnim radom liječnika, i sl. Javna dimenzija proizlazi iz posebne uloge liječnika kao osobe koja izravno utječe na najvažnije vrijednosti u ljudskom društvu – ljudsko zdravlje i život. [6] Zbog toga je pitanje formalnog obrazovanja liječnika, kao i njihovo formalno stručno usavršavanje, posebno uređeno, a veliku ulogu u tom procesu ima država, bilo izravno, bilo neizravno, putem različitih strukovnih udruga koje imaju javno-pravni karakter.[7] Upravo to oblikuje temeljna obilježja liječničke profesije kao što su: *formalizam u obrazovanju*, *načelo numerus clausus* (zatvorenog broja pristupnika u procesu obrazovanja) i *licenciranje*. **Formalizam u obrazovanju** je nužna pretpostavka liječničkog obrazovanja, koja određuje kako se formiranje za liječničku profesiju oblikuje u visokoobrazovnim ustanovama, koje su za to reakreditirane.[8] Ovaj formalizam

---

[5] O tome više u Ogrinc, G.- Headrick, L.-Mutha, S.- Coleman, M. T.-O'Donnell, J.-Miles, P.: *A Framework for Teaching Medical Students and Residents abaut Practice-based Learning and Improvement, Synthesized from a Literature Review*, Academic Medicine, Vol. 78, issue 7, 2003., pp. 748-756.

[6] Usp. Bäsler, F.-Fuchs, C.-Scriba, P. C.: *Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 40, br. 2, 2006., ISSN: 1436-9990, str. 130.-136.

[7] Ovdje valja napomenuti kako i sama liječnička profesija, na temelju licence za samostalni rad, ima javne ovlasti, koje razlikuju ovaj poziv od drugih profesija, i kao takva, ima neka obilježja javne službe, poput djelovanja u javnom interesu, podvrgavanje posebnom pravnom režimu, regulacija propisima javnog prava i raspolaganje s određenim javnim ovlastima vezanim uz zaštitu zdravlja ljudi (ovo posljednje vezano je uz licencu za samostalan rad). Usp. Klarić, M.: *Novo europsko shvaćanje javnih službi*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2008., str. 72. – 73.

[8] Ovdje valja istaknuti kako u prošlosti liječnička profesija prošla dug put, koji je vodio ka njezinoj unifikaciji i pravnoj standardizaciji. Ipak, sve do sredine 19. stoljeća veliki dio osoba koje su se bavile liječenjem radile su to bez formalnog liječničkog

je i zakonski uređen, pa se priječi bavljenje liječničkom profesijom onome tko za to nema formalno medicinsko obrazovanje, koje je usklađeno s važećim zakonskim propisima. Dapače, bilo koji oblik nadriliječništva smatra se i kaznenim djelom, jer potencijalno ugrožava zdravlje ljudi, koje se smatra jednom od temeljnih vrijednosti za čije očuvanje postoji javni interes. Može se tako kazati da je formalizam obrazovanju određen pozitivnom i negativnom dimenzijom. Pozitivna određuje uvjete pod kojima se stječe liječničko zvanje i ovlast za njegovo obavljanje. Negativna dimenzija određenja zabranjuje svim drugima bavljanje tim zvanjem, ukoliko nemaju formalno stečene kvalifikacije. **Načelo numerus clausus** definira zatvoreni broj kandidatskih mjesta za studij medicine, koji je pretpostavka ulaska u liječničku profesiju. Na temelju takve selekcije, koja se odvija temeljem visokoškolskog obrazovanja, koje je preduvjet za ulazak u zdravstveni sustav i stjecanje potrebnog iskustva u zdravstvenim ustanovama, osigurava se formalizam u obrazovanju, kojem je suštinski cilj standardizacija kvalitete zdravstvene skrbi u zdravstvenim ustanovama, s ciljem ostvarivanja važne društvene vrednote, zaštite zdravlja, kao jedne od temeljnih vrijednosti koje su od posebnog interesa za zajednicu. Treće obilježje je **licenciranje**, koje uključuje uvođenje državnih tijela ili strukovnih organizacija koja su ovlaštena procjeniti da li liječnik stječe pravo na samostalan rad u sustavu zdravstvene zaštite, sukladno uvjetima koji su za to predviđeni, te da li to pravo, zbog nastupa određenih objektivnih okolnosti, gubi.

3. Razvoj liječničke profesije kao javne službe

Povijesno gledano, regulacija liječničke profesije usko je povezana s reformom medicinskog studija, do koje dolazi tijekom devetnaestog stoljeća.[9] U prvom redu navedena se promjena ogleda u napuštanju dotadašnjeg koncepta tzv. skolastičkog studija, i uvođenja novog, praktično orjentiranog studija koji se temeljio na bolničkoj praksi i radu u znanstvenim laboratorijima. U ukupnom broju liječnika u prvo doba prevladavaju kućni liječnici. Broj liječnika se naglo povećava, pa se pogoršava njihovo materijalno stanje, jer je pružanje zdravstvenih usluga isprva komercijalna djelatnost, koja je djelomice regulirana propisima koji uređuju pitanje odgovornosti liječnika za

obrazovanja, i bez neke posebne pravne zapreke. Nadriliječništvo nije smatrano nečim protupravnim, a osim liječnika sa formalnim medicinskim obrazovanjem, u manjim, posebno agrarnim zajednicama, liječenjem i obavljanjem različitih drugih medicinskih zahvata bavile su se osobe s priučenim znanjima i vještinama, koje su poznavale tzv. narodnu medicinu. Usp. Klarić, M., nav. djelo, 2004., str. 6.-13.

9 Glesinger, L.: *Povijest medicine*, Školska knjiga, Zagreb, 1978.

štetu koju pričini svojim radom.[10] Situacija se mijenja uvođenjem socijalnog osiguranja, koje omogućuje sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu za najšire slojeve stanovništva, te stvara pretpostavke za uspostavu suvremenog zdravstvenog sustava. U tom razdoblju, paralelno s razvojem suvremenog medicinskog studija, dolazi do izgradnje suvremenih zdravstvenih ustanova: bolnica, rodilišta, psihijatrijskih ustanova, ambulanti u kojima se pružaju različiti oblici medicinskih usluga, brojnih laboratorija koji djeluju samostalno ili u okviru bolničkih ustanova. Sve to skupa paralelno dovodi do razvoja dva različita pristupa u suvremenoj medicini vezana uz pružanje zdravstvene zaštite: preventivne i kurativne medicine. Preventivna medicina polazi od potrebe za preveniranjem uzročnika koji dovode ili pak pospješuju bolest, dok se kurativna medicina prvenstveno ogleda u liječenju već natalih oboljenja. Oba pristupa se primjenjuju u suvremenom medicinskom obrazovanju, te su posebno značajna kod oblikovanja zdravstvenih sustava, u okviru kojih se moraju ravnomjerno razvijati obje ove komponente, kako bi se postigla održivost sustava u cjelini.[11] Preventivna i kurativna komponenta medicinske djelatnosti su snažno prisutne i kod uspostave suvremenih medicinskih studija, te kod modernizacije liječničke profesije, jer obje u konačnici pridonose razvoju kvalitete i održivosti zdravstvenih sustava.[12]

---

[10] Općenito uzevši, pitanje odgovornosti liječnika za nesavjesan rad i liječenje, kao i sankcije povodom toga, su jedno od najstarijih pitanja koja se pojavljuju u reguliranju medicinske djelatnosti, i mogu se kao takva ustanoviti u svim povijesnim razdobljima razvoja medicinske profesije, od drevnih država nastalih u porječjima rijeka Eufrat i Tigris, preko antičkog razdoblja koje obilježava „Corpus Hippocraticum", a u kojem se definiraju etička načela i principi kojih se liječnik mora pridržavati u radu s pacijentima, uz dodatne tekstove koji opisuju komunikaciju liječnika s bolesnicima, te postavljaju minimalne standarde u tom postupanju. O tome više u Jakšić, Ž. i suradnici: *Socijalna medicina, Praktikum I.*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992., str. 402. – 403.

[11] Kao primjer koliki značaj može imati razvijena preventivna zdravstvena zaštita često se navodi Štamparov model doma zdravlja, kao jedan od najefikasnijih modela pružanja zdravstvene zaštite, kojeg s određenim modifikacijama primjenjuje čitav niz europskih zemalja, ali na žalost ne i Republika Hrvatska. Ovaj model, kojem je težište na primarnoj zdravstvenoj zaštiti, može poslužiti kao polazna osnova za izgradnju takvog modela zdravstva, gdje bi se većina zdravstvenih usluga pružala ondje gdje je to najracionalnije i ekonomski najpovoljnije, na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Usp. George, A.-Rubin, G.: *Non-attendance in general practice: a sistematic review and its implicationsfor access to primary health care*, Family Practice, Vol. 20, No. 2, pp. 178-184.

[12] Važno je napomenuti kako suvremeni razvoj medicine dovodi do sve većih financijskih troškova u pružanju zdravstvene zaštite. U tom smislu, za financijsku održivost samog zdravstvenog sustava od posebnog je značaja produbljivanje preventivne zdravstvene

Razvoj suvremene liječničke profesije dodatno je određen i borbom protiv nadriliječništva, koje se u Europi suzbija tijekom druge polovice devetnaestog stoljeća, kao i uspostavom odnosa između liječnika i tijela javne vlasti. Vlast počinje strogo nadzirati rad liječnika, donoseći kogentne zakonske propise, a liječnici aktivno sudjeluju u oblikovanju zdravstvenog i socijalnog zakonodavstva. Dodatnu ulogu u oblikovanju liječničke profesije imalo je stvaranje strukovnih udruga, koje su, u suradnji s tijelima vlasti, aktivno pridonosile daljnjem razvoju zdravstvenog i socijalnog zakonodavstva.[13] S jedne strane tijela javne vlasti su u suradnji s liječnicima i njihovim strukovnim udruženjima uređivala minimalne obrazovne standarde u sustavu zdravstva, a s druge strane uvođene su zabrane pružanja medicinskih usluga od strane osoba koje nemaju odgovarajuću formalnu zdravstvenu izobrazbu, uz uvođenje kazneno-pravnih sankcija. U tom smislu razvoj suvremene liječničke profesije obilježavaju dva procesa: *proces formalne institucionalizacije liječničke profesije* te *proces formalizacije i standardizacije oblika zdravstvene zaštite*. Ratio legis za takav razvoj liječničke profesije s jedne strane i kogentnu regulaciju oblika pružanja zdravstvene zaštite s druge strane, može se naći u okolnosti da je ljudski život i njegova zaštita jedna od temeljnih vrednota u društvu, a pružanje liječničkih usluga izravno utječe na takvu vrednotu, pa postoji snažan interes države da navedenu aktivnost regulira. Zbog toga i sama liječnička profesija ima javno-pravnu dimenziju, te posjeduje obilježja javne službe, a uspostavom suvremenih zdravstvenih sustava kao takva postaje sastavnim dijelom režima javne zdravstvene službe, u okviru koje se pružaju usluge u javnom zdravstvu. Ipak, iako je uklopljena u javni zdravstveni sustav, njezina obilježja su i dalje neovisna o njemu, jer sadržavaju specifične ovlasti koje predstavljanju karakteristična obilježja medicinske profesije kao posebne javne službe u društvu. Ova se obilježja očituju u ekskluzivnosti u obavljanju, posebnih ovlasti u dijagnostici i liječenju te isključivoj nadležnosti u davanju stručnih ekspertiza i mišljenja vezanih uz nastanak i liječenje bolesti i ozljeda. Ova su obilježja formalizirana autorizacijom za samostalni rad koju daje državno tijelo ili strukovna tijela i organizacije ovlaštene od strane tijela javne vlasti.[14] Nadalje, razvoj sustava zdravstvene zaštite koji je uvjetovan

zaštite, kao i jačanje uloge koju ima primarna zdravstvena zaštita, kako bi se smanjili troškovi kurativne medicine, te tako racionalizirala ukupna potrošnja za zdravstvo.

13 Glesinger, L., nav. djelo.

14 Ovdje organizacijska kultura koja je karakteristična za pojedine zdravstvene sustave ima signifikantan učinak na oblikovanje liječničke profesije, kao važnog segmenta ukupne zdravstvene djelatnosti. Usp. Scott, T.-Mannion, R., Davies, H. T. O.-Marshall, M. N.: *Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice*, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 15, Issue 2, 2003., pp. 111-118.

suvremenim znanstvenim i tehnološkim spoznajama, kao i njegova sve veća kompleksnost koja proizlazi iz okolnosti da su suvremeni zdravstveni sustavi sveobuhvatni, tj. nastoje obuhvatiti najšire kategorije stanovništva u društvu, dovodi do usložnjavanja i same liječničke profesije, koja, polazeći od potrebe za detaljnijim stručnim usavršavanjem na određenom području medicine, dovodi do stvaranja specijalizacija i subspecijalizacija, koje pak jednim dijelom slijede specifičnosti podjele zdravstvenog sustava na primarnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu. Načelno uzevši, što je razina zdravstvene zaštite složenija i kompleksnija to je i potreba za posebnim stručnim znanjima u medicini izraženija. Stoga se slobodno može reći kako razvoj složenosti medicinskih postupaka i tehnologija rada dovodi i do snažne dinamike razvoja pojedinih liječničkih specijalizacija i subspecijalizacija. Upravo takav razvoj mijenja težišta razvoja pojedinih liječničkih specijalizacija i subspecijalizacija, ali i same liječničke profesije u cjelini, čime se opet otvara čitav niz pravnih i etičkih pitanja koja utječu na shvaćanje položaja i uloge liječničke profesije u suvremenom društvu i u okviru javno-zdravstvenih sustava.

Posebno pitanje otvara se u pogledu troškova koji nastaju u procesu zdravstvenog obrazovanja i dodatnog stručnog usavršavanja, te načina na koji se određuje brojčana struktura specijalizacija u okviru nekog zdravstvenog sustava.[15] Načelno gledano, podjela specijalizacija može se provoditi centralizirano i decentralizirano. Centralizirana podjela specijalizacija postoji u situaciji kada neko tijelo javne vlasti ili ustanova na koju sa takva ovlast prenese određuje ukupan broj specijalizacija na godišnjoj razini, ovisno o procjeni potreba u nekom zdravstvenom sustavu.[16] Na temelju tako određenog broja raspisuje se natječaj za specijalizacije, te se osoba prima na obavljanje specijalizacije. Decentralizirana podjela specijalizacija postoji kada više različitih tijela sudjeluje u procesu utvrđivanja i raspisivanja specijalizacija, donoseći odluku samostalno ili pak zajednički.[17] Decentralizacija podjele

[15] Usp. Baicher, K.-Chandra, A.: The Productivity of Phisician Specialisation: *Evidence from the Medicare Program*, The American Economic Review, Vol. 94, No. 2, 2004., pp. 357-361.

[16] Ovdje valja napomenuti kako je pitanje specijalizacije drugačije uređeno u USA, nego u Europi, jer u Europi postoji sveobuhvatni sustav javnog zdravstva u režimu javne službe, što u USA nije slučaj. U USA zdravstveni sustav počiva na dominantno privatnim osnovama, pa je i pitanje specijalizacija u medicini prvenstveno pitanje zdravstvenih politika samih zdravstvenih ustanova, koje eventualno dodatnu javnu potporu mogu imati kroz neke javno-zdravstvene programe kao što je Medicare. O razvoju medicinskih specijalizacija u USA više u Barondess, J. A.: Specialization and the Physician Workforce, JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 284., No 10, 2000., 1299.-1301.

[17] U različitim državama različita tijela dodjeljuju liječničke specijalizacije, a pregled

specijalizacija može isto tako biti i horizontalna i vertikalna. Horizontalna decentralizacija postoji kada različita tijela iste razine ravnopravno odlučuju o podjeli specijalizacija, a vertikalna kad se pitanje broja i podjele specijalizacija u cijelosti ili djelomično (temeljem instituta prethodne ili naknadne suglasnosti) prepušta ustanovama i tijelima na terenu, koji samostalno procjenjuju potrebe za pojedinim liječničkim specijalizacijama na svome području.

Drugo pitanje koje se otvara je pitanje financiranja troškova vezanih uz specijalizaciju. Kod ovog pitanja mogu se također utvrditi dva načelna pristupa: financiranje od strane ustanova u okviru kojih se odvija specijalizacija ili financiranje od strane državnih ili javnih tijela koja su raspisala specijalizaciju, ili na koje je prebačena obveza financiranja troškova specijalizacije.[18] Oba pristupa ne isključuju mogućnost da se traži mogućnost naknadnog regresa iznosa uloženog u troškove specijalizacije.[19] Ipak, suvremene tendencije pokazuju kako se u pravilu ne postoji obveza regresa u slučaju promjene poslodavca, jer bi se proces stjecanja specijalizacije mogao promatrati kao sastavnim dijelom radnog procesa u zdravstvenoj djelatnosti, koji je je praktički neodvojiv od njega. Dapače, moglo bi se također istaknuti kako je teško provući granicu

načina utvrđivanja broja potrebnih specijalizacija kao i njihova podjeljivanja, prezentiran je kroz anketu Europske organizacije mladih liječnika, koja je objavljena u Liječničkim novinama i članku Specijalističko usavršavanje doktora medicine u državama članicama Europske Unije. Vidi pobliže *Liječničke novine*, godina XVI., br. 153, listopad 2016.

18 Primjerice, u troškovima financiranja mogu sudjelovati različita tijela na koja je takva obveza prenesena, ali načelno se radi sredstvima koja su ili predviđena u državnom proračunu, ukoliko se radi o porezno financiranom zdravstvenom sustavu, ili pak sredstvima posebnog administrativnog tijela koje prikuplja doprinose obveznog zdravstvenog osiguranja u sustavu financiranja javnog zdravstva putem doprinosa.

19 Ovdje valja napomenuti kako je pitanje regresa troškova specijalizacije predmet rasprava i propitikivanja, i kao takvo nije i nužno opravdano. Naime, ako se pođe od toga da liječnici po obavljenom stažu i položenom pripravničkom ispitu dobivaju samostalu ovlast liječenja od strane za to nadležnih tijela, koja uključuje dijagnostiku, provođenje medicinskih zahvata i određivanje terapije, očito je da i tijekom trajanja specijalizacije liječnici u značajnoj mjeri svojim radom doprinose zdravstvenoj djelatnosti ustanove u kojoj rade i obavljaju specijalizacije, naprosto i zbog činjenice da su licencirani za pružanje zdravstvene zaštite. Suprotno stajalište naglašava okolnost kako odlazak već školovanih specijalista iz zdravstvenog sustava dovodi do potencijalno značajnih poremećaja u pružanju zdravstvene zaštite, posebice stoga jer ukupan broj podijeljenih specijalizacija ovisi o okvirnim potrebama zdravstvenog sustava, pa njihov neplanirani odlazak iz sustava dovodi do poteškoća u pružanju zdravstvenih usluga, što pak dovodi do smanjenja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite. O tome više u Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020, Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva.
https://zdravlje.gov.hr/.../Strateški_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf

između dijela radnog procesa koji predstavlja dijagnostiku, terapijskezahvate i liječenje pacijenata i dijela koji predstavlja posebno specijalističko usavršavanje liječnika, jer se takvo usavršavanje jedino i može odvijati u okviru svakodnevne radne aktivnosti, te je kao takvo njezin neodvojivi dio. Zbog toga u većini europskih zemalja ne postoji obveza naknade troškova vezanih uz specijalizaciju, u slučaju da specijalist naknadno, po završenoj specijalizaciji, odluči promijeniti ustanovu u kojoj radi.[20]

4. Liječnička profesija u Njemačkoj-pravni položaj i obilježja

Liječničku profesiju u Njemačkoj odlikuje snažan utjecaj zemaljskih liječničkih komora na na njezin položaj i ulogu u društvu.[21] Njihova snaga izvire iz okolnosti da je Njemačka visoko decentralizirana država, u kojoj pojedine savezne pokrajine imaju važnu i značajnu ulogu.[22] Ustrojstvo njemačke uprave i političke vlasti polazi od od tzv. *bottom-up* pristupa, gdje se u izgradnji države i njezinih institucija polazi od lokalnog javnog upravljanja prema nacionalnom.[23]

[20] Ipak, razumljiva je intencija poslodavca koji dodjeljuje koncesije da određenim vremenskim rokom obveže korisnike specijalizacija, jer u pravilu postoji slabo izražen interes od strane specijalista za karijerom u maloj sredini, pa postoji mogućnost da po dovršetku specijalizacije potraže posao u većoj sredini, ili pak u slučaju boljih uvjeta rada ili boljih primanja kao opciju izaberu inozemstvo. Stoga se ovakvim ugovorima nastoji osigurati potreban broj liječnika nužnih za pružanje zdravstvenih usluga. S druge strane, ovu obvezu liječnici specijalizanti doživljavaju kao svojevrsni pritisak, koji im ograničava slobodu osobnog i profesionalnog razvoja, kao i mogućnost daljnjeg profesionalnog napredovanja. Komparativna analiza statusa i obveza u pojedinim europskim zemljama, koje liječnici specijalisti imaju po završetku specijalizacije prezentirana je u Liječničkim novinama, nav. djelo, str. 12.-15.

[21] Njemačka je uzeta kao referentna poredbena zemlja zbog snažnog razvoja medicinskog prava, okolnosti da je javni zdravstveni sustav sastavni dio Bismarckovog modela zdravstvenog osiguranja, kao i okolnosti da izlaskom Velike Britanije upravo Njemačka postaje najveća zemlja Europske unije, koja ima snažan utjecaj i na gospodarski i politički razvoj Hrvatske. Osim toga, Njemačka ima razvijenu ulogu zemaljskih strukovnih komora i savezne strukovne komore u oblikovanju liječničke profesije, što je važno za shvaćanje položaja i uloge liječništva u okviru sustava javne zdravstvene službe.

[22] U tom smislu, načelo supsidijarnosti je u sustavu njemačkog javnog upravljanja i organizaciji javne vlasti je dosljedno provedeno, te predstavlja osnovu za izgradnju upravnih i političkih institucija u Njemačkoj. O načelu supsidijarnosti i njegovoj primjeni više u Bakota, B.: *Problemi primjene načela supsidijarnosti*, Pravni fakultet Osijek, Osijek, 2007.

[23] Njemačku javnu upravu izvorno obilježava tradicija kameralizma, gdje je upravno osoblje postalo jedan od nositelja ideje nacionalnog jedinstva. To je javnoj upravi u Njemačkoj dalo posebnu težinu, iznad one koju ima u SAD-u i Velikoj Britaniji.

U tom smislu, za regulaciju liječničke profesije važne su zemaljske komore, koje svoje djelovanje i aktivnosti koordiniraju kroz saveznu liječničku komoru.[24] U Njemačkoj je pristup liječničkoj profesiji određen tradicionalno, te je definiran s nekoliko različitih stručnih termina, koji u osnovi imaju slično značenje.[25] Najčešće korišteno značenje je Facharzt, ali se koriste i izrazi Spezialarzt ili Gebietarzt.[26] Ovaj se pojam odnosi na dio liječničke profesije koji pokriva posebno i temeljito stručno usavršavanje na određenom medicinskom području. U Njemačkoj liječnici koji nose stručni naziv specijaliste određenog područja medicine, prolaze trajno dodatno višegodišnje stručno usavršavanje, sukladno europskim pravnim standardima, u punom radnom vremenu, koje traje najmanje pet godina. Po završetku tog dodatnog stručnog usavršavanja na određenom području, koje se odvija paralelno s obavljanjem profesionalne djelatnosti, polaže se specijalistički ispit ispred zemaljske liječničke komore. Duljina trajanja specijalizacije kao i sadržaj usavršavanja detaljno su uređeni propisima od strane zemaljskih liječničkih komora, u okviru pojedinih specijalističkih područja. Njihova je pak regulativa orijentacijski definirana propisima koji uređuju sadržaj liječničke specijalizacije na saveznoj razini, od strane njemačke savezne liječničke komore. Osobe koje prolaze kroz postupak specijalizacije obično nose naziv Assistenzarzt in Fachgebiet ili Arzt in Weiterbildung. Pojam Assistenzarzt obično obuhvaća stažiste, osobe koje su završili studij medicine te su u postupku stjecanja odgovarajućeg praktičkog iskustva, koje će potvrditi ispitom pred liječničkom komorom, temeljem koje će dobiti licencu za obavljanje medicinske profesije.[27]

Dodatnom ugledu njemačke uprave pridonosi i teorijska analiza njemačke uprave od strane Maxa Webera kroz monokratsko-birokratski model upravne organizacije, čime se shvaćanje položaja i uloge uprave u suvremenom društvu približava onom kakvo postoji u Francuskoj, pa se u njemačkoj upravnoj teoriji probija shvaćanje kako Francuska i Njemačka predstavljaju primjer klasičnih upravnih sustava u kojima racionalno-birokratski model upravljanja nazvan bürokratische Leistungsordnung preživljava sve radikalne političko-upravne preobražaje, kakvi su primjerice karakteristični za javnu upravu u Velikoj Britaniji i SAD-u. O tome više u Pusić, E.: *Država i državna uprava*, Društveno veleučilište u Zagrebu i Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2007., str. 442.

[24] O tome više u http://www.bundesaerztekammer.de/recht/gesetze-und-verordnungen/bundesaerzteordnung/. Preuzeto 20. 9. 2017.

[25] Ovdje valja napomenuti kako općenito postoje određene terminološke razlike vezane uz shvaćanje uloge javne uprave, pa tako i servisa koje ona pruža, a odraz su različitih političkih i upravnih tradicija zemalja na njemačkom govornom području, koje ne obuhvaća samo područje SR Njemačke, nego također i Austriju, te dijelove Švicarske u kojima je njemački primarni jezik.

[26] Pravni položaj i uloga liječnika u SR Njemačkoj uređena je sa Bundesärztuordnung-om. Vidi pobliže u http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/index.html.

[27] Trendovi vezani za proces obrazovanja liječnika i potrebe za njima pokazuje kako broj

Okvir stručnih referenci koje je kroz proces stručnog usavršavanja za stjecanje određene medicinske specijalizacije potrebno apsolvirati, prepušten je u nadležnost pojedinih zemaljskih liječničkih komora, te je fiksiran pravilnicima o stručnom usavršavanju. U tom smislu, definiran je posebni Obrazac Pravilnika o stručnom usavršavanju, koji jasno određuje uvjete pod kojima se stječe status specijaliste na određenom medicinskom području.[28] Specijalizacija uključuje nekoliko različitih dimenzija vezanih uz obavljanje medicinske struke, ovisno o težištu na koje se odnosi. Ta se težišta mogu podijeliti u nekoliko osnovnih kategorija: usavršavanje na određenom specifičnom medicinskom području, specifičnom po dijagnostičkim metodama i zahvatima (interna medicina, kirurgija, opća medicina), usavršavanje na određenom području vezanom za specifična obilježja pojedinih kategorija pacijenata (pedijatrija, ginekologija, gerijatrija, medicina rada i sl.), usavršavanje na određenom području vezano uz pojedine kategorije bolesti ili pak organe (neurologija, kardiologija, gastrologija, onkologija, hematologija, nefrologija, enterologija, dijabetologija i sl.).

Prihodi specijalizanata i plaće u Njemačkoj regulirani su sa posebnim pravilnicima koji reguliraju njihov status. U Njemačkoj ne postoji jedinstveni pravilnik koji regulira status specijalizanata, nego je ovo pitanje regulirano sa nekoliko različitih kategorija pravilnika. Tako postoje javni i privatni pravilnici. Javni pravilnici uređuju položaj specijalizanata u javnim zdravstvenim ustanovama, dok privatni pravilnici uređuju položaj specijalizanata u privatnim zdravstvenim ustanovama. Javnim se pravilnicima uređuje položaj specijalizanata u općim i specijalnim bolnicama, koje su dio sustava javnog zdravstva. Načelno, ovi pravilnici dijele liječnike u četiri različite podgrupe po zvanju i radnom stažu. Po zvanju dijele se na: liječnike bez specijalizacije, specijaliste, nadliječnike i *vodeće nadliječnike*. Ovisno o tome u kojem su zvanju, bivaju razvrstani u različite novčane grupe.[29] Po radnom stažu plaća dodatno varira, ovisno o godinama provedenim u liječničkoj službi. Ovisno o duljini radnog staža, i plaća varira. Ukupno je ustrojeno šest razina, ovisno

apsolviranih studenata medicine lagano raste, ali u puno značajnoj mjeri raste i potreba za njima. Više o trendovima vezanim za školovanje budućih liječnika i potrebama tržišta rada u Bestmann, B.-Rohde, V.-Wellmann, A.-Küchler, T.: *Berufsreport 2003.: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten*, Deutsches Ärzteblat, Heft 1-2, 2004., str. 28.-32.

[28] *(Muster)-Weiterbildungsordnung*, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), 2013., http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/. Preuzeto 20. 9. 2017.

[29] Primjerice, liječnik početnik u sveučilišnoj poliklinici ima početničku brutto plaću od 4.407, 32 Eura.

o godinama staža.[30] Plaća tako predstavlja kombinaciju imenovanog zvanja i stečene razine, koja ovisi o godinama radnog staža. Kako je broj stečenih razina graduiran obrnuto proporcionalno broju imenovanih zvanja, to znači da osobe u većoj razini zvanja imaju primanja koja manje ovise o godinama provedenim u zdravstvenoj službi.[31]

Posebno pitanje ovde otvara mogućnost stjecanja odgovarajućih medicinskih specijalizacija, posebno u svjetlu okolnosti kako je za ostvarivanje specijalističke licence potrebno odgovarajuće stručno usavršavanje kroz rad, kao i praćenje od starijih liječnika specijalista, što samo po sebi predstavlja dodatno ulaganje i trošak za zdravstvenu ustanovu.[32] Ovdje se načelno otvaraju dvije opcije. Jedna opcija uključuje postupak specijalizacije u okviru ustanove u kojoj liječnik radi, a druga specijalizaciju u jednoj ustanovi za potrebe druge. S druge strane, liječnik specijalizant, ukoliko specijalizaciju ostvaruje u ustanovi zaposlenja, iako nesumnjivo zahtijeva određeno mentoriranje od liječnika specijalista na odjelu, ne predstavlja nužno veliki trošak za samu ustanovu.[33] Ova mogućnost

[30] Ovdje postoje različite tablice koje uređuju broj godina staža, ovisno o određenoj razini. Tako jedna od tablica predviđa, ovisno o zvanju u koje je liječnik biran, više različitih razina, a broj razina varira ovisno o zvanju. U pravilu, veća zvanja imaju manje razina koje ovise o broju godina provedenih u službi, pa se može načelno reći kako je broj razina u službi obrnuto proporcionalan zvanju liječnika. Što je zvanje liječnika veće, manji je broj razina u koje se liječnik, ovisno o radnom iskustvu, treba kvalificirati. Temeljem ovoga, očito je kako prihodi liječnika odražavaju njihovo radno iskustvo, ali se u prvom redu vodi računa i o postignutoj razini zvanja. O toj razini u prvom redu ovisi i visina prihoda liječnika, dok je duljina staža dodatni kriterij, koji posebice u nižim liječničkim zvanjima značajnije utječe na visinu prihoda.

[31] Plaća i položajno zvanje bi tako trebali biti ekvivalent za stručno usavršavanje i godine rada provedene u praksi, te kompenzirati pritiske do kojih dolazi tijekom rada i stručnog izgradnje i usavršavanja. Jedna studija bavila se upravo radnim pritiskom i psihološkim opterećenjem kojem su izloženi liječnici tijekom procesa napredovanja i stručnog usavršavanja, te kako razina stresa utječenje na njihovo fizičko i mentalno zdravlje. Rezultati su upućivali na to da su liječnici u pružanju zdravstvenih usluga izloženi pojačanoj razini stresa, što se u konačnici odražava na njihovo psihofizičko stanje. O tome više u Limbrecht Ecklundt, K.-Flaig, T.-Gündel, H.-Traue, H. C.-Jerg Bretzke, L.: *Psychische gesundheit und Arbeitsbelastung bei Ärztinnen und Ärztin*, Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 10, Heft 1, Seite 11.-21.

[32] Jedna od mogućnosti koja se otvara za liječnike koji dolaze iz drugih zemalja raditi u Njemačku je dobivanje željene medicinske specijalizacije. O tome više u *Anerkennung und Berufzugang für Ärzte und Fachärzte mit äuslandischen Qualifikationen in Deutschland*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, März 2011.

[33] Zbog toga u Njemačkoj postoji mogućnost od strane privatnih klinika i bolničkih ustanova da mladi liječnici sa ostvarenim stažom i liječničkom licencom biraju vrstu specijalizacije koja ih interesira, a da istovremeno nisu predviđene posebne penalne mjere, koje bi uključivale dodatan rad u ustanovi po završetku specijalizacije, ili pak

obično je povezana uz rad na sveučilišnoj klinici, gdje se obično temeljem raspisanog natječaja, može aplicirati na odgovarajuće specijalizantsko mjesto. Takav ulazak osigurava mogućnost kontinuiranog napredovanja i usavršavanja, od liječnika specijalizanta prema liječniku specijalisti, i kasnije liječniku koji preuzima vodstvene uloge na klinici. Karakteristike ovog oblika stručnog razvoja ogledaju se u kontinuitetu profesionalnog razvoja i usavršavanja liječnika specijalista, stalnom profesionalnom napredovanju, na koje dodatno utječe intenzitet angažmana i složenost poslova na sveučilišnoj klinici, te mogućnosti da se kroz složenost profesionalnog postupanja u najrazličitijim mogućim situacijama, podigne kvaliteta zdravstvene skrbi s jedne, te omogući kontinuiran profesionalni i stručni razvoj liječnika s druge strane. Načela na koja se naslanja njemački sustav profesionalnog usavršavanja i stručne izgradnje liječnika specijalista može se sažeti kroz sljedeća načela: **načelo subsidijarnosti**, **načelo profesionalnosti**, **načelo subjektivne odgovornosti**, **načelo etičnosti**. Načelo supsidijarnosti polazi od okolnosti da je obavljanje najvećeg djela društvenih poslova, koji imaju javni karakter, te su kao takvi regulirani društvenim propisima, decentralizirano, te je po svojoj prirodi podvrgnuto uređenju pojedinih njemačkih saveznih zemalja. Federacija donosi zajednički okvir koji postavlja opće standarde i načela za razvoj sustava zdravstvene zaštite, kao i zdravstvenih profesija koje djeluju u okviru zdravstvenog sustava, ali je temeljito uređenje koje određuje način formiranja za pojedinu zdravstvenu profesiju, daljnje stručno usavršavanje nužno za stjecanje licence potrebne za pružanje zdravstvenih usluga, kao i postupak daljnje stručne izgradnje u pravcu stjecanja specijalističkih i subspecijalističkih znanja i vještina u nadležnosti pojedinih država članica. Iako je postupak licenciranja i specijalizacije u rukama saveznih država, zahvaljujući zajedničkom standardu, koji obuhvaća sustav formiranja medicinskih profesija, postiže se jedinstveni model zdravstvenog obrazovanja u Njemačkoj. Načelo profesionalizacije obuhvaća formalizirani sustav licenciranja u obavljanju medicinske struke[34], i kao takav, prebacuje etičku i profesionalnu dimenziju stručnog formiranja u prvom redu

neke druge obveze liječnika, poput vraćanja dijela ili cjelokupnog procijenjenog troška specijalizacije. Puno su prisutnije stimulativne mjere poput ugodnog radnog okružja, boljih uvjeta rada, dodatnih stimulansa vezanih uz plaće i bonuse na plaću i sl. Jedan od razloga ovakvom pristupu je i „odljev mozgova" iz Njemačke, jer se brojni mladi njemački liječnici odlučuju za odlazak u Veliku Britaniju i skandinavske zemlje, gdje su puno bolje plaće i uvjeti rada liječnicima nego u Njemačkoj.

[34] U čemu značajnu ulogu imaju odgovarajuće strukovne komore vezane uz pojedine zdravstvene profesije, koje su nadležne za standardizaciju i licenciranje pojedinih medicinskih profesija. Općenito uzevši, jačanjem pojedinih strukovnih komora može se generalno postići depolitizacija struke i jačanje profesionalne i stručne odgovornosti.

na strukovne organizacije, iza kojih, bilo formalno ili neformalno, stoji i država sa svojim autoritetom. Načelo subjektivne odgovornosti određuje obvezu liječnika specijaliste da sukladno najvišim medicinskim standardima osigura adekvatnu razinu zdravstvene skrbi pacijentima, te da metode dijagnosticiranja i liječenja budu sukladne zdravstvenom stanju u kojem se pacijent nalazi. Ovo je načelo usko povezano s prethodna dva načela, jer se liječničko postupanje nastoji objektivizirati, a mogućnost liječničke pogreške svesti na najmanju moguću mjeru. Upravo se zbog toga provodi postupak licenciranja i permanentno formalno usavršavanje, kojim se osigurava obnova licence, kako bi se utjecalo na kvalitetu pružanja zdravstvene usluge, njezinu sigurnost i pouzdanost. Načelo etičnosti predstavlja dodatno načelo, koje treba odraziti moralnu dimenziju liječničke profesije, a koje svoje objektivno utemeljenje nalazi u važnosti ljudskog zdravlja kao jednog od temeljnih postulata za razvoj i napredak određene društvene zajednice. Kako zdravlje ima poseban značaj kao jedna od temeljnih vrednota, to se njegovoj zaštiti u unaprijeđenju posvećuje posebna uloga. Zbog toga i liječnička profesija uživa status posebno uređene profesije, kako bi se i na taj način, kroz posebne oblike njezine regulacije, koji uključuju i kazneno-etičku odgovornost od strane državnih institucija ili pak posebnih tijela koja raspolažu s javnim ovlastima, koje uključuju i određene oblike sankcija, utjecalo na podizanje standarda kvalitete pružene zdravstvene uloge. Kako je ponekad teško povući pravnu granicu koja određuje koji postupci i zahvati u medicini mogu dovesti do kaznene i materijalne odgovornosti, navedena se odgovornost nastoji definirati postavljanjem odgovarajućih standarda ne samo od strane državnih tijela, nego i od strukovnih tijela i organizacija, kojima se u okviru zdravstvenog sustava priznaje poseban pravni položaj, koj im omogućuje određenu autonomiju u postupanju prema svojim članovima, posebice u proceduri licenciranja profesije, ali i u kasnijim postupcima, kada je tu licencu potrebno, kroz formalno definirane aktivnosti, kontinuirano obavljati. U tom smislu, valja ukazati na okolnost kako pitanje odgovornosti liječnika nema samo nužno pravnu dimenziju, nego je ona često i etičko-moralna. Ova etičko-moralna dimenzija ne mora se nužno poklapati s pravnom dimenzijom, ali je nesumnjivo prožimanje koje postoji između njih. Etičko-moralna pravila mogu ali i ne moraju nužno imati i pravne sankcije, ali, ukoliko su internaliziraju u moralno-etički habitus liječničke profesije, s vremenom mogu dovesti do promjene i izgradnje pravnih standarda koji reguliraju uobičajeno postupanje liječnika u pružanju zdravstvenih usluga. Ipak, standardi postupanja, kao i kvaliteta zdravstvene usluge uživaju visoki stupanj pravne uređenosti, koji je odraz **kvalitetnog funkcioniranja javno-zdravstvenog sustava**, ali i okolnosti da

liječničko osoblje u pravilu i danas uživa status **javnih službenika**, čime je njihov položaj i uloga u društvu **posebno regulirana**.[35] U tom smislu, liječnici podliježu dvjema kategorijama javno-pravnih propisa: jedni uređuju stručne i etičke standarde u obavljanju liječničke profesije, a drugi uređuju pitanja položaja i statusa liječnika kao javnih službenika u okviru javne zdravstvene službe.[36] Iako je model službeničkog sustava kakav se primjenjuje u Njemačkoj, a koji se među ostalim odnosi i na liječnčku profesiju, u jednom dijelu u znanstvenim i stručnim krugovima izvrgava kritici, posebice u svjetlu neoliberalnih reformi i zahtjeva za racionalizacijom države, ovaj model i dalje egzistira, te osigurava liječnicima i drugim zaposlenicima u zdravstvu određene privilegirane pozicije, koje stimuliraju njihov rad u okviru javnog zdravstvenog sustava.[37] S druge stane, etički i stručni standardi predstavljaju drugu dimenziju u okviru javne zdravstvene službe. Ova dimenzija je predmet posebne regulacije, kako liječničkih komora kao nedržavnih tijela s javnim ovlastima, tako i same države kroz različite zakonske i druge propise kojima se uređuje pitanje odgovornosti liječnika u njegovu radu, a posebice kaznene odgovornosti

[35] Status javnog službenika nije samo važan zbog okolnosti da su liječnici kao upravni profesionalci podložni posebnim propisima koji se odnose i na druge upravne službenike, nego upravo i na okolnosti da za razliku od zaposlenika u privatnom sektoru, ne dobivaju nakon umirovljenja, rentu nego mirovinu. Ovo je jako važno, jer se visina rente određuje sukladno dva parametra: visini doprinosa koji je uplaćen od strane poslodavaca i posloprimaca te omjeru između broja umirovljenika koji primaju rentu i broja zaposlenih koji plaćaju doprinose za mirovinsko osiguranje. Kod umirovljenih državnih i javnih službenika, država ne plaća doprinose, jer se rad u upravnim tijelima, institucijama i organizacijama smatra službom na usluzi državi i njezinim građanima, pa po umirovljenju država svojim službenicima daje mirovinu, koja u pravilu iznosi određeni postotak od zadnje plaće. Ova se mirovina financira putem proračuna iz javnih davanja i njezina visina ne ovisi o broju umirovljenih službenika, pa je u pravilu veća od rente koja se isplaćuje, te se kao takva može smatrati i određenom privilegijom koju dobijaju službenici radeći u javnoj upravi. O modelima mirovinskog sustava u Njemačkoj i potencijalnim izazovima koji taj sustav čekaju u budućnosti više u Fester, T.-Thum, M.: *Die Pensionslasten-Eine Bedrohung der zukünftigen Handlungsfähigkeit der Länder*, IFO Dresden Berichtet, Nr 5, 2003., str 36.-45.

[36] Ova dimenzija u Hrvatskoj nije razvijena, prvenstveno zato što su liječnici, kao i svi drugi zaposlenici u javnim službama, radno-pravno izjednačeni sa drugim kategorijama zaposlenika u privatnom sektoru. Jedina razlika između njih i drugih kategorija zaposlenika je u titularu vlasništva, gdje se kao poslodavci pojavljuju ustanove i organizacije čiji je osnivač država i(li) jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. U svim drugim aspektima, uključujući i kasnijim uvjetima odlaska u mirovinu i visinom mirovine, u potpuno su izjednačeni s privatnim sektorom.

[37] Ovdje se u prvom redu misli na porezne olakšice vezane uz prihode, ali i na puno bolje uređen mirovinski model, koji liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima osigurava bolju i sigurniju budućnost.

i odgovornosti za štetu. Ona predstavlja posebnu etičku ali i pravnu obvezu liječnika, koja proizlazi iz prirode njegove struke, neovisno o tome da li uslugu pruža u okviru sustava javnog zdravstva ili pak u okviru privatnog sektora. Ono što se kao izazov javlja u jasnom određivanju granica koje postavljaju etička načela i pravne norme u obavljanju liječničke profesije, jest brzi napredak medicine, koji dovodi do razvoja različitih postupaka dijagnostike i liječenja, koji se mogu, ali ne moraju nužno uklapati u granice koje su postavljene u liječničkoj praksi. Stoga je svojevrsni izazov, ne samo liječničke profesije u Njemačkoj, nego liječničke profesije općenito, pomicanje granica na koje utječe suvremeni znanstveni i tehnološki razvoj, koji otvara nova pitanja i dvojbe važne za liječničku profesiju.[38] Za jasnije određivanje ovih pitanja u mnogome važnu ulogu imaju profesionalne liječničke udruge, koje se bave položajem i ulogom liječničke profesije u društvu.[39] One pomažu liječnicima kroz kanaliziranje različitih stajališta i razmišljanja o pojedinim etičkim i stručnim pitanjima, kao i kroz otvaranje dijaloga s pravnicima, bioetičarima i drugim stručnjacima o tome kako i na koji način liječnička profesija može doprinjeti društvu i njegovu napretku.

---

[38] Ovdje dolazi do susreta i prožimanja etičke i pravne dimenzije liječničke profesije. Iako pravo i etika, a posebice bioetika pripadaju različitim znanstvenim disciplinama, bez njihovog susreta i nadopunjavanja nije moguće graditi etička pravila i standarde, kojima će se, kroz obvezatnost njihova poštivanja, dati i pravna dimenzija. O tome više u Čizmić, J.: *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina, Vol. 44, No. 2, 2008., str. 171.-185.

[39] Ovo pitanje je vrlo kompleksno i po svojoj prirodi izlazi iz sklopa pitanja koja se odnose isključivo na javno-pravni položaj liječnika u okviru javno-zdravstvene službe, te klasičnih pitanja vezanih uz proceduru obrazovanja liječnika i njihovo licenciranje, koje je nužan preduvjet za obavljanje njihove profesionalne djelatnosti. Naime, ovdje se otvara čitav niz pitanja koja se u vežu uz prigovor savjesti samih liječnika u pogledu određenih medicinskih procedura, koje se mogu smatrati pravno dopuštenima, ali imaju čitav niz različitih etičkih implikacija. Općenito uzevši, primjena suvremenih medicinskih postupaka zna dovesti i do sukoba između etičkih principa i uvjerenja s jedne, i pravnog okvira koji ih dopušta s druge strane. Posebno se pitanje postavljanja prioriteta može postaviti kada dolazi do sukoba između nekih posebnih vrednota poput ljudskog zdravlja i upotrebe pojedinih medicinskih postupaka koji, iako ne prelaze pravne okvire, mogu izazivati pojedine etičke dvojbe i prijepore. Analiza ovog pitanja prelazi okvire prosuđivanja javno-pravnog statusa i uloge liječničke profesije, te zahtijeva dublju analizu kroz ostale segmente koji se bave medicinskim pravom. Liječničke uloge ovdje nesumnivo doprinose svojim aktivnim angažmanom kroz različite aktivnosti, kao i sudjelovanja u različitim forumima, koji pomažu lakše artikulirati ova pitanja i dvojbe.

5. Položaj liječničke profesije u okviru javne zdravstvene službe u Hrvatskoj

Kao prvi pokušaj sustavnog reguliranja zdravstvene problematike na našem području mogu se uzeti *Osnove za uređenje zdravstvenog upravljanja u kraljevinama Hrvatskoj i Slavoniji*. Osnovama je bilo predviđeno da se općinski liječnik odnosno općinska zdravstvena uprava financira državnim sredstvima, a zdravstvena uprava, kotara, okruga i namjesništva iz državnog proračuna. Djelokrug rada općinskog liječnika bio bi opsežan: briga za zdravlje naroda, vođenje i nadgledanje rada nižeg zdravstvenog osoblja, nadzor nad općinskim zdravstvenim ustanovama, vođenje ljekarne, pregled mrtvaca, sudsko – liječnička služba, praćenje zdravstvenog stanja naroda i podnošenje zdravstvenih izvještaja kotarskoj zdravstvenoj i državnoj upravi. Prijedlozi sadržani u Osnovama za uređenje zdravstvenog upravljanja u Kraljevinama Hrvatskoj i Slavoniji bili su odbačeni. Umjesto toga, donesena su *Načela javnog medicinskog upravljanja*, koja su se primjenjivala u cijeloj Habsburškoj Monarhiji.[40]

Kasnije je (1884. godine), za banovanja Khuena – Hedervarya, donesen novi Zakon o uređenju zdravstvene službe u kraljevinama Hrvatskoj i Slavoniji. Novi se zakon[41] odnosio se na organiziraciju javne zdravstvene službe, koja je trebala biti tako ustrojena da se može brinuti o narodnom zdravlju. Kraljevska zemaljska vlada i dalje upravlja poslovima javnog zdravstva. Međutim, da bi ona to mogla učiniti, bilo je potrebno zakonom ustrojiti novi organizacijski sustav. Katičić kaže, da je, prema tadašnjem političkom uređenju zemlje, zdravstvo bilo ogranak opće uprave, potisnuto među manje važne grane uprave.[42]

Zakonom iz 1884. godine je ostvaren veliki napredak, jer je određeno da svaka zdravstvena općina mora imati općinskog liječnika. Uključivanje općinskog vijećnika u sustav zdravstvene službe značilo je njeno približavanje širokim slojevima društva, i to upravo onima od kojih je ona do tada bila najviše udaljena. Općinskog je liječnika natječajem birala zdravstvena općina, odnosno općinsko zastupstvo, a ukoliko se radilo o udruženoj zdravstvenoj općini, tada su to činili izaslanici tih upravnih općina. Izbor je općinskog liječnika potvrđivao veliki župan. Ukoliko bi ga odbio potvrditi, raspisao bi se drugi natječaj. Ako ni drugog liječnika ne bi veliki župan potvrdio, općinskog

---

40 Usp. Sremac, Đ. – Žuža, B.: *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830 – 1941.*, Školska knjiga, Zagreb, 2002., str. 10.

41 Za razliku od ranijeg zakona, koji se bavio uređenjem zdravstva, te odredio da tijela državne uprave na sebe preuzimaju poslove zdravstvene uprave.

42 Katičić, V.: *Pregled gradiva za povijest zdravstva u Hrvatskoj i Slavoniji od godine 1850. do 1919.*, Zagreb.

je liječnika imenovala Kraljevska zemaljska vlada. Općinski je liječnik polagao prisegu kotarskoj vlasti. Uz općinskog, imamo i gradskog te kotarskog liječnika. U gradovima koji su imali samo jednog liječnika, taj je liječnik imao naslov «*gradski fizik*», a ukoliko je grad imao više liječnika, gradsko je zastupstvo biralo jednog od njih za predstojnika gradskog fizikata koji je nosio naslov «gradski fizik», a ostali liječnici «*gradski kotarski liječnik*». Gradski je fizik bio član gradskog poglavarstva, koje je upravljalo zdravstvom i nadziralo ga. Svaki je kotar morao imati po jednog liječnika. Ukoliko općina nije imala liječnika, kotarski je liječnik bio dužan obavljati njegove poslove. Zahvaljujući toj zakonskoj odredbi sve su općine bile pokrivene liječničkom službom. Svim se stanovnicima osiguravala zdravstvena zaštita, što je predstavljalo vrlo humanu i socijalnu mjeru, posebno za ono doba. Ovdje valja napomenuti da je postojao i položaj županijskog fizika, kao krovne funkcija, čija je obveza bila međusobna koordinacija i nadzor nad radom niže rangiranih općinskih, gradskih i kotarskih fizika.[43]

Položaj i plaće liječnika uređeni su Zakonom o uređenju zdravstvene službe u kraljevinama Hrvatskoj i Slavoniji iz 1894. Liječnici su smatrani državnim činovnicima, a njihove se plaće, kao i plaće ostalog zdravstvenog osoblja uređuju čl. 15. navedenog zakona. Kao razloge koji su nametali potrebu reguliranja plaća liječnika, Smrekar navodi okolnost da seosko stanovništvo nerado doziva u pomoć liječnika, pa je stoga liječnik upućen na stalnu plaću. Osim toga, novčana je naknada, odnosno plaća općinskih liječnika bila nedostatna, pa je općinski liječnik bio izvrgnut trenutačnom raspoloženju općinskog zastupnika ili činovnika.[44]

U SR Hrvatskoj sustav zdravstvene zaštite bio je reguliran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju[45], kojim se uređuje primarna zdravstvena zaštita, te polikliničko – stacionarna zdravstvena zaštita, koja uključuje sekundarnu i tercijarnu razinu. Ovaj zakon usvaja koncept primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Ipak, statusni položaj zdravstvenih radnika, uključujući i liječnike, nije bio reguliran posebnim zakonima, osim onih koji su se odnosili na kaznenu i građansku odgovornost. Važnu ulogu u regulaciji liječničke profesije imala je liječnička komora kao nedržavna udruga, koja je temeljem internih propisa mogla i disciplinski procesuirati liječnike.[46]

---

43 O tome više u Klarić, M., nav. djelo, Zagreb, 2004.

44 Smrekar, M.: *Priručnik za političku upravnu službu u kraljevinah Hrvatskoj i Slavoniji*, Knjiga prva, Zagreb, Ignjat Granitz, 1899., str. 185.

45 Usp. Klarić, M., nav. djelo, 2004., str. 21. - 24.

46 Disciplinska se odgovornost najčešće pokreće zbog povreda nastalih kao posljedica nestručnog obavljanja svoje profesije, ili nepoštivanja strukovnog kodeksa. Provođenje strukovnih disciplinskih postupaka povjerava se priznatim stručnjacima s visokim

Danas je pravni položaj liječnika u Hrvatskoj uređen kako Zakonom o zdravstvenoj zaštiti[47], tako i posebnim zakonom koji uređuje pravni položaj liječnika, Zakonom o liječništvu, ali i Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija. Ovdje valja napomenuti kako je Zakon o zdravstvenoj zaštiti lex generalis, koji u općim crtama uređuje pravni položaj, prava i obveze liječnika u okviru sustava zdravstvene zaštite. Zakon o zdravstvenoj zaštiti koristi opći termin zdravstveni radnici, u koje ubraja sve kategorije zdravstvenih radnika, uključujući i liječnike. Njihov položaj, prava i obveze uređeni su poglavljem XIV. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koji već u čl. 124. St. 2. načelno određuje u kojim se obrazovnim ustanovama mogu školovati (načelo numerus clausus)[48]. U odredbe stavka 3. istog članka ugrađeno je i načelo *primum non nocere*, koje se odnosi na postupanje svih zdravstvenih radnika. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti načelno se uređuje čitav niz različitih pitanja poput mogućnosti rada u drugoj zdravstvenoj ustanovi ili kod drugog privatnog radnika u zdravstvu uz prethodnu suglasnost poslodavca, kao i prethodne uvjete potrebne za dobivanje te suglasnosti, obvezu čuvanja profesionalne tajne, obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita, procedura vezana uz dobivanje specijalizacije i potupak njezina priznavanja ukoliko je stečena u inozemstvu i dr. Posebnim XV. poglavljem reguliran je status privatne zdravstvene prakse. Predviđa se tako da privatnu praksu samostalno može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem ukoliko ispunjava za to taksativno navedene uvjete iz zakona[49]. Pored toga, privatnu praksu mogu samostalno obavljati zdravstveni

etičkim kvalitetatama, a sankcije koje se uobičajeno izriču su ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno ili trajno oduzimanje odobrenja za samostalni rad te disciplinska mjera dodatne izobrazbe. O tome više u Žunić, Lj: *Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike*, Poslijediplomski stručni studij „Medicinsko pravo", seminarski rad, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2009., str. 14.

47 Narodne novine br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, 70/16.

48 Tako se u zakonu u kod određivanja pojma zdravstveni radnik navodi kako su zdravstveni radnici osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja te neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu uslugu stanovništvu, uz poštivanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.

49 To su sljedeći uvjeti: da ima odgovarajuće obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, položen stručni ispit a za specijalističke ordinacije i odgovarajući specijalistički ispit te odobrenje za samostalan rad, da je državljanin Republike Hrvatske, da je radno sposoban za obavljanje privatne prakse, da je poslovno sposoban, da mu pravomoćnom sudskom presudom nije izrečena sigurnosna mjera zabrane obavljanja zdravstvene zaštite, odnosno zaštitna mjera udaljenja, da nije u radnom odnosu, odnosno da ne obavlja drugu samostalnu djelatnost, da raspolaže odgovarajućim prostorom, da

radnici prvostupnici i zdravstveni radnici sa srednjom stručnom spremom, ali sukladno uputama liječnika s kojima surađuju.[50] Posebno je za definiranje liječničke struke važan Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (u daljnjem tekstu ZORP)[51], kojim se razrađuju temeljna obilježja liječničke i drugih zdravstvenih profesija, a to su: *formalizam u obrazovanju*, *načelo numerus clausus* (zatvorenog broja pristupnika u procesu obrazovanja) i *licenciranje*.[52] ZORP određuje reguliranu profesiju kao profesionalnu djelatnost ili skupinu profesionalnih djelatnosti kod kojih je pristup, obavljanje ili jedan od načina obavljanja na temelju zakonskih ili drugih pravnih akata, izravno ili neizravno uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija te profesionalnu djelatnost ili skupinu profesionalnih djelatnosti kojima se bave članovi strukovnih organizacija s profesionalnim nazivom. Time pojam regulirane profesije odgovara suvremenim shvaćanjima liječničke profesije, kao profesije za čije je obavljanje nužno posjedovanje odgovarajućih stručnih kvalifikacija, čije je ostvarivanje standardizirano i pravno uređeno, te uživa poseban javno-pravni status. Osobe koje nemaju profesiju koja je stečena sukladno postavljenim pravilima i procedurama, podliježu odgovarajućoj razni provjere, koja može uključivati provjeru bazičnih znanja i vještina vezanih uz obavljanje profesije, ili potrebu za dodatnim radom u praksi pod odgovarajućim mentorstvom, temeljem kojeg, pa se kroz evaluaciju tog rada donosi procjena o razini minimalnih

raspolaže odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom, da pribavi mišljenje HZZO-a i nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe, odnosno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse izvan mreže javne zdravstvene službe

50 Tako fizioterapeuti obavljaju praksu sukladno uputama specijaliste fizikalne medicine i rehabilitacije, medicinske sestre-medicinski tehničari sukladno uputama doktora medicine, viši zubari i zubni tehničari sukladno uputama doktora dentalne medicine itd.

51 Narodne novine br. 82/15.

52 Odredbama Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih standarda utvrđuju se minimalni uvjeti osposobljavanja u Republici Hrvatskoj za pristup i obavljanje profesija doktora medicine, doktora medicine specijalista, doktora dentalne medicine, doktora dentalne medicine specijalista, medicinskih sestara odgovornih za djelatnost opće njege, primalja, magistara farmacije, doktora veterinarske medicine i arhitekata, kao i priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija, uključujući sustav priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija za obavljanje reguliranih profesija u Republici Hrvatskoj u svrhu ostvarivanja prava na poslovni nastan, slobodu pružanja usluga na privremenoj i povremenoj osnovi u Republici Hrvatskoj na temelju inozemnih stručnih kvalifikacija te postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija i priznavanje stručnih kvalifikacija na temelju zajedničkih kompetencijskih standarda te uspostavu i funkcioniranje Europske profesionalne kartice (čl. 1. st. 1. Zakona).

stručnih znanja potrebnih za obavljanje određene profesionalne djelatnosti. Kako su se u formiranju liječničke profesije već oblikovali standardi potrebni za njezino uspješno obavljanje, implementacija tih standarda dovodi i do šire standardizacije liječničke profesije, pa posebna dodatna licenciranja nisu potrebna. Drugi zakon koji posebno regulira pitanja vezana uz liječničku profesiju je Zakon o liječništvu (ZOL)[53]. Ovaj Zakon uvodi i zakonsku definiciju profesije liječnik, pa je tako liječnik zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine. Ova **definicija zvanja liječnik je pogrešna**, i trebala bi glasiti "Liječnik je zdravstveni radnik sa završenim odgovarajućim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem medicine".[54] Ovim se Zakonom liječnika određuje kao temeljnog i mjerodavnog nositelja zdravstvene djelatnosti, koju obavlja poštujući određena načela kao što su javni interes u obavljanju zdravstvene djelatnosti[55], načelo povjerljivosti odnosa liječnik-pacijent, načelo zaštite prava pacijenata, načelo poštivanja visokih etičkih standarda u obavljanju liječničke profesije, načelo dosljednog poštivanja stručnih standarda i procedura te pravno-etičkih akata koji uređuju položaj i djelovanje liječnika u obavljanju liječničke profesije. Posebno je uređen položaj Liječničke komore kao krovne strukovne organizacije koja okuplja sve liječnike.[56] Javne ovlasti komore su evidencija liječnika u Republici Hrvatskoj, davanje, produžavanje i oduzimanje licenci za samostalan rad, stručni nadzor nad radom liječnika, određivanje najniže cijene rada privatnih liječnika te odobravanje pojedinačnih cijena liječničkih usluga privatnih liječnika.[57] Zbog navedenih ovlasti, a posebice onih vezanih

---

[53] Narodne novine br. 121/03, 117/08.

[54] Definicija je izrazito neprecizna i u srži pogrešna, jer medicinski fakultet je visokoobrazovna znanstvena ustanova koja se ustrojava za izvođenje studijskih programa iz područja biomedicine i zdravstva, a studij medicine je samo jedan od mogućih studijskih programa koji se u okviru medicinskog fakulteta kao ustanove mogu izvoditi.

[55] Zakon govori kako je stalno održavanje i podizanje kvalitete liječničkih usluga u interesu zdravlja i društvenog blagostanja pučanstva

[56] Komora se tako određuje kao samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

[57] Pored toga Komora obavlja i druge poslove, poput čuvanja i unapređivanja društvenog položaja i ugleda liječničkog zvanja, donosi Kodeks medicinske etike i deontologije te prati i nadzire njegovo provođenje i sankcionira kršenje, u suradnji s medicinskim fakultetima te stručnim medicinskim društvima organizira, nadzire i vrednuje trajno stručno usavršavanje liječnika, daje mišljenje u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, zastupa liječnike kod sklapanja ugovora sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te društvima za osiguranje u cilju vrednovanja liječničkog rada u postupku formiranja cijena

uz licenciranje i disciplinski postupak protiv njezinih članova, Komora ima poseban utjecaj na obavljanje liječničke profesije u okviru javne zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj.

6. Zaključak

Predmet analize ovog rada bio je pregled položaja i uloge liječničke profesije u javnoj službi. Analizirala se položaj i uloga liječničke profesije kroz povijest, obilježja i status koja ima danas u okviru suvremenih zdravstvenih sustava, uz komparativnu analizu uloge liječničke profesije u Njemačkoj i zakonske regulative liječničke profesije u Hrvatskoj. Analiza pokazuje kako liječnička profesija ima posebna obilježja poput formalizma u obrazovanju, *numerus clausus* u pristupu profesiji (zatvorenog broja pristupnika u procesu obrazovanja) te licenciranja. Formalizam u obrazovanju polazi od pretpostavke da je za temeljno obrazovanje liječnika potrebno utvrditi obrazovni kurikulum te ga akreditirati kod ovlaštenog tijela javne vlasti, ili neovisnog regulatora. Numerus clausus predviđa ograničeni broj pristupnika koji se mogu obrazovati po akreditiranom programu. Licenciranje je treće obilježje, koje podrazumjeva postojanje vormalnog liječničkog obrazovanja, ali i druge pretpostavke koje školovani liječnici moraju ispuniti za svoj samostalni rad. Sve te pretpostavke trebaju se kumulativno ispuniti kako bi se dobila licenca za samostalno obavljanje liječničke prakse. Zbog specifičnosti liječničke profesije, licenca je obično podložna trajnoj evaluaciji, te se tijekom njezina ograničenog vremenskog trajanja očekuje da liječnik ispuni minimalne kriterije vezane uz stručno usavršavanje i dodatnu edukaciju koja je potrebna da bi liječnici bili upoznati sa novim znanstvenim i stručnim spoznajama u medicini. Temeljna načela koja se u reguliranju liječničke profesije mogu izdvojiti su **načelo profesionalnosti**, **načelo subjektivne odgovornosti** i **načelo etičnosti**. Načelo profesionalnosti polazi od okolnosti da se liječnička profesija danas promatra kao regulirana profesija, što je pravno prepoznato kako kroz hrvatske, tako i kroz propise Europske Unije i njezinih država članica. Ovo načelo utječe i na pravni položaj liječničke profesije u drugim upravno-političkim sustavima, jer se traži podudarnost formalnih modela liječničkog obrazovanja, te sličnost u modelima daljnjeg profesionalnog stručnog usavršavanja, koje uključuje proces stjecanja odgovarajućih liječničkih specijalizacija i subspecijalizcija. Drugo načelo koje utječe na liječničku profesiju je načelo

zdravstvenih usluga, predlaže osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti, daje prijedloge i stručna mišljenja kod pripreme propisa koji imaju utjecaj na razvoj medicinske struke, zdravstvene zaštite i liječničkog zvanja, a obavlja i druge poslove i zadaće u skladu sa zakonom i drugim propisima.

subjektivne odgovornosti. Ovo načelo se razvija kao rezultat razvoja instituta liječničke pogreške, te njegovo tumačenje ovisi o pravnim standardima i tumačenjima koja se u okviru toga razvijaju. Treće načelo koje utječe na razvoj liječničke profesije je načelo etičnosti u obavljanju liječničke profesije. Ovdje posebno važnu ulogu imaju etički kodeksi koje donose liječnička strukovna tijela i organizacije. Etički kodeksi strukovnih tijela važni su i zbog etičko-disciplinske odgovornosti kojoj su podložni njihovi članovi, pa se na taj način izravno utječe na internalizaciju etičkih normi u svakodnevnoj liječničkoj praksi. Utjecaj strukovnih tijela tako aktivno pridonosi da etička pravila i norme, koje imaju za članove strukovnih tijela i udruga pravno-obvezujući karakter, jer su usvojene od strane strukovnih tijela kao eksternalizirane etičke vrijednosti, da bi njihovom kontinuiranom primjenom i postupnim utjecajem na svijest pojedinca prošle proces internalizacije, i tako postale dio moralnog habitusa pojedinaca koji ih usvaja i primjenjuje. Iz svega iznesenog može se zaključiti da liječnička profesija ima neka osnovna obilježja javne službe, koja u prvom redu proizlaze iz okolnosti da se radi o pravno reguliranoj profesiji, za čije je samostalno obavljanje potrebno proći propisani postupak licenciranja. Drugi važan moment je shvaćanje, neovisno o tipu zdravstvenog sustava u okviru kojeg se liječnička profesija obavlja, da je zdravlje najveće dobro i jedna od temeljnih vrijednosti u nekom društvu, pa njegova zaštita uživa poseban status. Zbog toga se liječničkoj profesiji pridaje poseban značaj, te se očekuje od njezinih nositelja da je obavljaju sukladno stručnim i etičkim standardima, postavljenim od strane državnih tijela i(li) strukovnih organizacija. Strukovne organizacije mogu imati i dodatna javna ovlaštenja prenesena od tijela javne vlasti, kojima u značajnoj mjeri mogu utjecati na razvoj i oblikovanje liječničke profesije. Liječnička profesija danas je izrazito dinamična, a na njezin razvoj utječe čitav niz pitanja koja otvara razvoj medicinske znanosti i suvremenih medicinskih tehnologija. Pored toga, liječničku profesiju opterećuje i niz drugih, klasičnih etičkih pitanja na koja se danas ne može dati jednoznačan odgovor, prema kojima stajalište u prvom redu ovisi o svjetonazoru pojedinca. Dodatna pitanja koja se otvaraju su pravni položaj liječničke profesije u okviru zdravstvenog sustava, kao i pitanje njezina statusnog položaja u okviru društva i upravno-političkog sustava. Ova se pitanja predominantno odnose na na probleme poput uvjeta i duljine stažiranja, mogućnosti dobivanja specijalizacije, radnih uveta, statusa u društvu i sl. Za očekivati je da će se izazovi koji se nalaze pred liječničkom profesijom moći podijeliti na etičke i profesionalne. Etičke će u narednom razdoblju otvarati razvoj medicinske tehnologije i biomedicinske znanosti, dok će se profesionalni izazovi odnositi na položaj i ulogu liječnika u okviru sustava zdravstvene zaštite, te njihovu mogućnost da se kvalitetno postave pred izazovima koji ih očekuju.

LITERATURA:

Anerkennung und Berufzugang für Ärzte und Fachärzte mit äuslandischen Qualifikationen in Deutschland, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, März 2011.

Arah, O. E.-Westert, G. P.-Hurst, J.-Klazinka, N. S.: *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*, International Journal for Quality in Health Care, September 2006., pp. 5-13.

Baicher, K.-Chandra, A.: The Productivity of Phisician Specialisation: *Evidence from the Medicare Program*, The American Economic Review, Vol. 94, No. 2, 2004., pp. 357-361.

Bakota, B.: *Problemi primjene načela supsidijarnosti*, Pravni fakultet Osijek, Osijek, 2007.

Barondess, J. A.: Specialization and the Physician Workforce, JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 284., No 10, 2000., 1299.-1301.

Bäsler, F.-Fuchs, C.-Scriba, P. C.:
Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 40, br. 2, 2006., ISSN: 1436-9990, str. 130.-136.

Bestmann, B.-Rohde, V.-Wellmann, A.-Küchler, T.: *Berufsreport 2003.: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten*, Deutsches Ärzteblat, Heft 1-2, 2004., str. 28.-32.

Čizmić, J.: *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina, Vol. 44, No. 2, 2008., str. 171.-185.

Fester, T.-Thum, M.: *Die Pensionslasten-Eine Bedrohung der zukünftigen Handlungsfähigkeit der Länder*, IFO Dresden Berichtet, Nr 5, 2003., str 36.-45.

George, A.-Rubin, G.: *Non-attendance in general practice: a sistematic review and its implicationsfor access to primary health care*, Family Practice, Vol. 20, No. 2.

Glesinger, L.: *Povijest medicine*, Školska knjiga, Zagreb, 1978.

Jakšić, Ž. i suradnici: *Socijalna medicina, Praktikum I.*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.

Katičić, V.: *Pregled gradiva za povijest zdravstva u Hrvatskoj i Slavoniji od godine 1850. do 1919.*, Zagreb.

Klarić, M.: *Novo europsko shvaćanje javnih službi*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2008.

Klarić, M.: *Upravno-politički aspekti sustava zdravstvene zaštite*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2004.

Koprić, I.: *Kriza socijalne države i menadžerske reforme javne uprave*, u Koprić, I.(ur.): *Javna uprava. Nastavni materijali*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, zagreb, 2005., str. 137.-159.

Koprić, I. i dr.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014.

Liječničke novine, godina XVI., br. 153, listopad 2016.

Limbrecht Ecklundt, K.-Flaig, T.-Gündel, H.-Traue, H. C.-Jerg Bretzke, L.: *Psychische gesundheit und Arbeitsbelastung bei Ärztinnen und Ärztin*, Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 10, Heft 1, Seite 11.-21.

Lozina, D.: *Pravna država kao uvjet socijalne države*, u Cvitan, O.: *Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija*, zbornik radova sa znanstvenog skupa Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2010., str. 166.

Ogrinc, G.- Headrick, L.-Mutha, S.- Coleman, M. T.-O'Donnell, J.-Miles, P.: *A Framework for Teaching Medical Students and Residents abaut Practice-based Learning and Improvement*, Synthesized from a Literature Review, Academic Medicine, Vol. 78, issue 7, 2003., pp. 748-756.

Pusić, E.: *Država i državna uprava*, Društveno veleučilište u Zagrebu i Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2007.
Scott, T.-Mannion, R., Davies, H. T. O.-Marshall, M. N.: *Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice*, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 15, Issue 2, 2003, pp 111-118.
Smrekar, M.: *Priručnik za političku upravnu službu u kraljevinah Hrvatskoj i Slavoniji*, Knjiga prva, Zagreb, Ignjat Granitz, 1899.
Sremac, Đ. – Žuža, B.: *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830 – 1941*., Školska knjiga, Zagreb, 2002.
Žunić, Lj: *Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike*, Poslijediplomski stručni studij „Medicinsko pravo", seminarski rad, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2009.

Internet izvori:

http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/. Preuzeto 20. 9. 2017.
http://www.bundesaerztekammer.de/recht/gesetze-und-verordnungen/bundesaerzteordnung/
http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/index.html. Preuzeto 20. 09. 2017.
Mastilica, M.: Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje, https://ldap.zvu.hr/~sonjak/Mastilica/financiranje-Mastilica.doc. Preuzeto 20. 9. 2017
https://zdravlje.gov.hr/.../Strateški_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf. Preuzeto 20. 9. 2017.

Propisi:

Zakon o liječništvu, Narodne novine br. 121/03, 117/08.
Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, Narodne novine br. 82/15.
Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, 70/16.

SUMMARY

THE POSITION AND ROLE OF PHISICIAN PROFESSION IN PUBLIC HEALTH SERVICE

The topic of this article is position and role of physician profession in public health network. In introduction part is presented role of the physician profession in system of public health and development of physician profession from free profession tom the profession which held some characteristic of public service. Special part is dedicated to comparative analyses of physician service in Germany. Last chapter analyses characteristics of physician profession in Croatia. Concluding remarks present key characteristics of physician profession as a specific activity in health system, and gave recommendations for the future development of this profession.

Key words: health system, physician profession, public service

SPECIJALISTIČKO USAVRŠAVANJE S POZICIJE POSLODAVCA/USTANOVE KOJA PROVODI SPECIJALISTIČKO USAVRŠAVANJE

UDK: 340.134 : 614.23 (497.5)
Primljeno: 11. listopada 2017.
Stručni članak

Snježana Cerjan, mag.iur.,
Rukovoditeljica središnje Službe za pravne poslove ugovaranja Opće bolnice Varaždin
snjezana.cerjan@gmail.com

Rad opisuje dio sudske prakse i borbu poslodavca, ali i njegovu žrtvu, da na bilo koji način pokuša zadržati liječnike specijaliste nakon završene specijalizacije. To se posebno odnosi na manje bolnice i druge zdravstvene ustanove koje liječnici specijalisti često napuštaju u potrazi za daljnjim napretkom u karijeri ili boljom životnom budućnošću.
U radu se obrađuju primjeri iz prakse, ali i predlažu nova rješenja uz pomoć jedinica lokalne i regionalne samouprave.
Materijal i metode: Kroz primjere sudske prakse Vrhovnog suda, ali i nižih sudova, pokušava se prikazati neujednačenost sudskog postupanja, što izaziva pravnu nesigurnost koja bi trebala biti temeljna pretpostavka sređenog života i djelovanja, ali i zaštita prava i osobnih sloboda.
Rezultati: Analiza sudske prakse pokazuje nedovoljno poznavanje materije u praksi, te se sudske rješidbe manifestiraju najčešće kroz puko čitanje i primjenu propisa, ne vodeći se računa o potrebama zdravstvenih ustanova.
Zaključak: Kako bi se osigurala što veća pravna sigurnost, područje specijalističkog usavršavanja svakako treba srediti pravnom terminologijom, izbjegavati retroaktivnu primjenu propisa, u protivnom, nikada nećemo imati dobar, pouzdan i kvalitetan propis koji regulira specijalizacije. Struka, kako medicinska, tako i pravna, mora ravnopravno sudjelovati u izradi propisa, počev od njegovih uvodnih, pa do završnih odredbi.

Ključne riječi: usavršavanje, specijalizacija, poslodavac

1. UVOD

Specijalizacija doktora medicine regulirana je Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, ispr. 69/16, 6/17) i Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine („Narodne novine“ broj 129/11), kojim Pravilnicima se utvrđuje:

- grane specijalizacija doktora medicine,
- trajanje i program specijalizacija i užih specijalizacija, odnosno, specijalizacije iz obiteljske medicine,
- uvjeti koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i doktori medicine koji obavljaju privatnu praksu za obavljanje specijalizacije,
- način provođenja specijalizacija i užih specijalizacija, odnosno, specijalizacije iz obiteljske medicine, te
- način polaganja specijalističkog ispita.

Specijalizacijom doktor medicine stječe određene kompetencije prema programu koji je pravilnikom utvrđen od strane Ministra zdravstva, i koji se može obavljati samo u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, odnosno kod ovlaštenih doktora medicine koji obavljaju privatnu praksu.

Da bi dobila ovlaštenje za provođenje specijalističkog usavršavanja, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno ordinacija privatne prakse, moraju ispunjavati prostorne, kadrovske i posebne uvjete (organizacija, oprema, broj specifičnih pretraga i zahvata, broj bolesnika, itd.) propisane ministrovim Pravilnicima i programom pojedine specijalizacije.

U ovom radu obraditi ću kroz sudsku praksu paralelu nekadašnjeg i sadašnjeg sustava specijalističkog usavršavanja, te njegovu primjenu u praksi zdravstvenih ustanova.

2. UVJETI KOJIMA MORAJU UDOVOLJAVATI ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA STJECANJE OVLAŠTENJA ZA OBAVLJANJE SPECIJALIZACIJE

Dvije su kategorije ustanova u kojima se može obavljati specijalističko usavršavanje, a dijele se na ustanove u kojima se može obavljati najmanje 50% ukupnog trajanja specijalizacije i ustanove u kojima se može obavljati specijalističko usavršavanje do 50% od ukupnog trajanja specijalizacije, sve to ovisno o kriterijima u pogledu radnika, prostora i medicinsko-tehničke opreme.

2.1. *Zdravstvene ustanove u kojima se može obavljati najmanje 50% ukupnog trajanja specijalizacije - kriteriji*

Program specijalističkog usavršavanja doktora medicine u trajanju od najmanje 50% od ukupnog trajanja specijalizacije obavlja se u zdravstvenim ustanovama koje u pogledu radnika, prostora i medicinsko-tehničke opreme udovoljavaju sljedećim uvjetima:

– u njima se obavljaju stručni poslovi predviđeni programom određene specijalizacije u punom opsegu rada,
– u njima se obavlja sveučilišna nastava i provodi znanstveni rad,
– imaju odgovarajući prostor i opremu,
– u njima se liječi dovoljan broj bolesnika, uz dovoljan broj praktičnih procedura potrebnih za usavršavanje specijalizanata,
– imaju na raspolaganju stručnjake drugih struka i drugih medicinskih specijalnosti, kako bi se omogućilo da specijalizant stekne kompetenciju timskog rada u skrbi bolesnika,
– imaju u radnom odnosu najmanje dva doktora medicine specijalista u znanstveno-nastavnom zvanju ili stručnom zvanju ili dva doktora medicine specijalista s najmanje 10 godina specijalističkoga staža za granu specijalizacije u kojoj se specijalizant usavršava,
– imaju organizirane aktivnosti na području praćenja kvalitete zdravstvene zaštite,
– ispunjavaju posebne uvjete navedene u programu pojedine specijalizacije.

2.2. ***Zdravstvene ustanove u kojima se može obavljati do 50% od ukupnog trajanja specijalizacije - kriteriji***

Zdravstvene ustanove te trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost u kojima se obavlja dio specijalističkog usavršavanja doktora medicine u trajanju do 50% od ukupnog trajanja specijalizacije u pogledu radnika, prostora i medicinsko-tehničke opreme moraju ispunjavati sljedeće uvjete:

- u njima se obavljaju stručni poslovi predviđeni programom određene specijalizacije,
- imaju odgovarajući prostor i opremu,
- imaju u radnom odnosu s punim radnim vremenom najmanje dva doktora medicine specijalista grane specijalizacije za koju se specijalizant usavršava s najmanje 5 godina specijalističkoga staža,
- imaju organizirane aktivnosti na području praćenja kvalitete zdravstvene zaštite,
- ispunjavaju posebne uvjete navedene u programu pojedine specijalizacije.

Iznimno, dio programa specijalističkog usavršavanja koji se obavlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti može se obaviti u specijalističkoj ordinaciji u kojoj zdravstvenu djelatnost iste grane specijalnosti obavlja specijalist s najmanje 5 godina specijalističkog staža.

3. SPECIJALIZANTI SU PROBLEM?[1]

Nedostatak financijskih sredstava je veliki problem kod većine manjih bolnica u Hrvatskoj te nedostatak liječnika specijalista, najviše zbog fluktuacije liječnika specijalista. Problem je tim veći što moramo čuvati i održavati sustav zdravstva, a s druge strane i poštovati slobodu ljudi, a posebno njihovu slobodu rada i slobodni izbor zaposlenja te dostupnost svakog radnog mjesta. Lokalna samouprava u okviru svojih mogućnosti pomaže dodjeljivanjem kadrovskih stanova, ali unatoč poduzetim mjerama zajednice, na određene specijalizacije se ne javlja dovoljan broj liječnika. Bolnice iz vlastitih sredstava plaćaju specijalizante, pa tako i dok obavljaju specijalistički staž u vanjskim ustanovama. Samim time ti liječnici nedostaju u matičnoj ustanovi radi obavljanja redovnih poslova, a postojeći liječnički kadar ima puno više radnih sati, pa i prekovremenih, odnosno, rada u dežurstvu, što naravno, matičnu ustanovu puno više financijski stoji, kako sa stajališta plaće liječniku koji je na specijalizaciji, tako i sa stajališta matične ustanove koja mora plaćati dodatni rad liječnika. Povećana mogućnost da na lakši, jednostavniji, ili bolje reći, jeftiniji način odu iz bolnice, stavlja matičnu zdravstvenu ustanovu u nezavidan položaj u smislu planiranja daljnjeg razvoja zdravstvene djelatnosti.

Prosječna specijalizacija traje 5 godina. Zdravstvena ustanova čeka gotovog liječnika specijalistu 5 ili više godina, a on ponekad niti ne završi specijalizaciju za potrebe ustanove za koju se specijalizira, već odlazi u drugu zdravstvenu ustanovu u kojoj vidi osobni daljnji stručni razvoj i napredak, i u njoj nastavlja i završava specijalizaciju.

Zdravstvena ustanova gubi gotovog liječnika kojeg je čekala godinama i financijski trpila štetu. Potom mora krenuti u ponovno traženje novog liječnika koji želi upravo specijalizaciju potrebitu zdravstvenoj ustanovi i cijela procedura traženja novog specijalizanta, odnosno, specijaliste, traje najmanje još daljnjih šest godina. Kad se dogodi ovakav slučaj, a to je često, znači da zdravstvena ustanova nema specijalistu ne pet, nego jedanaest godina, što je jako dugo vrijeme. Zato zdravstvene ustanove koje su financijski pratile specijalizanta žele da upravo taj specijalizant, a potom i gotovi specijalist, odradi barem dio staža u matičnoj ustanovi što je za ustanovu povoljnije nego da joj vrati uložena sredstva i napusti matičnu ustanovu radi odlaska u kliničku ili drugu ustanovu.

Odgovarajući na zastupničko pitanje u Hrvatskom saboru, Predsjednik Vlade RH iznio je stav Vlade RH na način da „liječnike možemo zadržati ili privući samo zajedničkim naporima i to osiguranjem boljih uvjeta rada i uspostavom sustavnog nagrađivanja prema radu odnosno uvjetima rada u ruralnim krajevima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (plaće koje prate

[1] http://www.obvk.hr/2017/02/24/specijalizanti-su-i-dalje-problem/

izvršenje, omogućavanje specijalizacija i dodatnih edukacija, omogućavanje profesionalnog razvoja i sl). Lokalna i područna (regionalna) samouprava treba stipendijama stimulirati upis na medicinske fakultete te ih motivirati da se vrate i zadrže u regiji. Također lokalna i područna (regionalna) samouprava može osigurati stanove i kvalitetno životno okruženje za obiteljski život (vrtići, posao za suprugu/supruga, dodatne aktivnosti za djecu, i sl.) za doktore medicine, ali i za druge profesije u zdravstvu koje nedostaju. Predviđeno je i omogućavanje povoljnijeg stambenog kreditiranja zdravstvenih radnika. Također, novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti planiramo utvrditi pravnu osnovu za isplaćivanje odgovarajućih stimulacija liječnicima."[2]

4. SUDSKA PRAKSA

Vrlo često se događa da tijekom parničnog postupka za isplatom troškova specijalizacije, koji postupak pokreće poslodavac - zdravstvena ustanova, protiv radnika - liječnika specijaliste s kojim je ustanova imala sklopljen ugovor o specijalizaciji, a koji liječnik nije ispoštivao, jer nakon položenog specijalističkog ispita nije ostao raditi u ustanovi onoliko vremena koliko se obvezao ugovorom, liječnik-specijalista ističe protutužbeni zahtjev, zahtijevajući od suda da utvrdi ništetnim ugovor o specijalizaciji, ili ništetnost pojedinih odredbi ugovora o specijalizaciji. Motiv protutužbenih zahtjeva su moralnog karaktera te liječnik specijalista ističe u svom protutužbenom zahtjevu kako je poslodavac - zdravstvena ustanova iskoristila ovisnost liječnika prema ustanovi, jer je sklapanje ugovora o specijalizaciji bio uvjet mogućnosti obavljanja specijalizacije.[3]

PRIMJER BR. 1[4]

Predmet spora je zahtjev tužitelja da se obveže tuženika na isplatu određene novčane svote temeljem ugovora o specijalizaciji sklopljenim između stranaka, s obzirom da je tuženik protivno ugovoru preuzetoj obvezi, nakon završene specijalizacije raskinuo radni odnos s tužiteljem. Vrhovni sud potvrđuje prvostupanjsku presudu koja obvezuje tuženika, ovdje sada specijalistu, tužitelju Bolnici isplatiti novčanu svotu od 554.355,61 kn[5].

---

[2] Odgovor predsjednika Vlade Republike Hrvatske mr.sc. Andreja Plenkovića na zastupničko pitanje saborskog zastupnika Davora Vlaovića od 08.06.2017.

[3] Sanja Marković, odvjetnica: „Ugovor o specijalizaciji, posljedice neispunjenja ugovora kroz prizmu sudskih sporova", Zbornik IV Kongresa pravnika u zdravstvu, Makarska 2011.

[4] VSRH broj: Revr 517/02-2 od 22.01.2003.

[5] „…sa zakonskom zateznom kamatom određenih iznosa do isplate, te na ime naknade štete iznos od 10.371,00 kn sa zakonskom zateznom kamatom od 12. siječnja 2001. godine do isplate, više iznos od 29.036,00 kn na ime parničnog troška."

Tuženiku je plaću za vrijeme specijalizacije tužitelj uredno isplaćivao, a za to razdoblje tuženik je radio u drugoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je provodio specijalističko usavršavanje. Bolnica je uredno izvršavala svoje ugovorene obveze prema liječniku za vrijeme trajanja specijalizacije. Ugovor o specijalizaciji ili ugovor o međusobnim pravima i obvezama između zdravstvene ustanove i specijalizanta obveznopravnog je karaktera, te se na prava i obveze ugovornih strana primjenjuju odredbe Zakona o obveznim odnosima[6] (u daljnjem tekstu: ZOO), a sudionici u obveznom odnosu dužni su izvršavati svoju obvezu i odgovorni su za njezino ispunjenje (članak 9. ZOO).[7] U pravilu, u svim ugovorima o specijalizaciji zdravstvena ustanova se obvezuje snositi troškove specijalizacije liječnika specijalizanta, osigurati mu sva prava i obveze u skladu s općim aktom i zakonom te kolektivnim ugovorima, a specijalizant se obvezuje specijalizaciju završiti u predviđenom roku te nakon završene specijalizacije, odnosno, položenog specijalističkog ispita, ostati raditi u matičnoj ustanovi koja je snosila trošak njegovog specijalističkog usavršavanja najmanje onoliko vremena koliko je proveo na specijalizaciji, a za slučaj da specijalizant prije isteka roka „odrađivanja" specijalizacije svojevoljno raskine radni odnos sa zdravstvenom ustanovom, obvezuje se ustanovi vratiti sve troškove koje je ustanova imala u vezi s njegovom specijalizacijom do raskida ugovora, i naknaditi štetu koju je zdravstvena ustanova imala u odvijanju zdravstvene djelatnosti.

U ovom predmetu obje ugovorne strane su izvršile svoje obveze iz ugovora o specijalizaciji, dakle, specijalizant je položio specijalistički ispit iz neurokirurgije, a bolnica kao njegova matična ustanova je uredno izvršila svoje ugovorom preuzete obveze, tako da je specijalizantu uredno isplaćivala plaću, kao i sva njegova materijalna prava koja su mu pripadala prema zakonu i kolektivnim ugovorima, ali je snosila i dodatno trošak mentora, odnosno vanjske zdravstvene ustanove u kojoj je specijalizant obavljao specijalistički staž. Međutim, prijepor nastaje kada specijalizant, sada liječnik specijalist, mjesec dana nakon položenog specijalističkog ispita svojevoljno raskida ugovor o radu s matičnom zdravstvenom ustanovom iz razloga jer kod tužitelja nije osnovan odjel neurokirurgije, zbog čega kod tužitelja ne može obavljati posao neurokirurga, zaboravljajući da u ugovoru o specijalizaciji nije propisano osnivanje odjela neurokirurgije.

---

6 Zakon o obveznim odnosima („Narodne novine" br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15)

7 VSRH broj: Rev 2007/11-2 od 03.06.2015. također potvrđuje ovo pravilo iz čega slijedi da je ugovor o specijalizaciji zaključen slobodnom voljom ugovornih strana te u smislu odredbe članka 9. ZOO su prihvatile obveze iz predmetnog ugovora te su kao sudionici obveznog odnosa vezani sadržajem tog ugovora.

Dapače, zdravstvena ustanova je liječnika specijalizirala za svoje potrebe da bi mogla obavljati i neurokiruršku zdravstvenu zaštitu, ali, da bi osnovala odjel neurokirurgije, mora imati i određene uvjete koji su propisani tadašnjim Pravilnikom o uvjetima za ustroj odjela u općim i specijalnim bolnicama.[8] Današnjim Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica[9] slično su uređeni uvjeti u zdravstvenoj ustanovi za ustrojavanje odjela na nivou specijalizacije.

Stoga je prvostupanjski sud zaključio, a Vrhovni sud i potvrdio, da je bolnica u cijelosti ispunila svoju obvezu preuzetu ugovorom o specijalizaciji, a da je specijalizant, kasnije specijalist, odbio ispuniti svoju ugovorom preuzetu obvezu, jer je, bez objektivno opravdanih razloga, nakon završene specijalizacije otkazao ugovor o radu bolnici, kao poslodavcu, čime je prekršio ugovorom preuzetu obvezu da će nakon završene specijalizacije nastaviti raditi kod tužitelja onoliko vremena koliko je proveo na specijalizaciji. U pravilu, u ugovorima o specijalizaciji ugovorne strane ne ugovaraju da će liječnik odmah po završetku specijalizacije početi obavljati specijalističke poslove doktora medicine, već samo da je dužan odraditi određeno vrijeme kod poslodavca nakon položenog specijalističkog ispita, iako u praksi, odmah, nakon položenog specijalističkog ispita, liječnik specijalista počne dobivati i plaću temeljem koeficijenta složenosti poslova upravo za te poslove za koje se specijalizirao.

KOMENTAR: jedan od problema s kojim se ustanove susreću kod završenih specijalizacija je navedeni primjer kada liječnik po završenoj specijalizaciji očekuje odmah ustrojavanje zasebne jedinice u ustanovi koja će odgovarati njegovom specijalističkom znanju, ne razmišljajući da ga je ustanova specijalizirala upravo iz razloga stjecanja odgovarajućeg stručnog kadra radi pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite i stvaranja dovoljnog broja specijalista koji bi obavljali poslove iste specijalizacije unutar ustanove. Nadalje, troškovi specijalizacije su enormno visoki, a za vrijeme dok specijalizant obavlja specijalističko usavršavanje u drugoj ustanovi, matična ustanova se bori s nedostatkom liječnika, preostali liječnici rade pojačanim tempom, što iziskuje

[8] članak 4. Pravilnika o uvjetima za ustroj odjela u općim i specijalnim bolnicama („Narodne novine“ br. 106/07) propisuje da odjel ustrojava radi pružanja zdravstvene zaštite…u određenoj grani specijalizacije, te da se može ustrojiti ako u radnom odnosu na neodređeno vrijeme zapošljava najmanje dva specijalista određene specijalizacije, te da mora imati najmanje 10 bolesničkih postelja.

[9] Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“ br. 145/13, 31/15, 49/16) propisano je u članku 3. da odjel mora imati najmanje 15 bolesničkih postelja te da se može ustrojiti ako u radnom odnosu na neodređeno vrijeme zapošljava najmanje dva specijalista odnosno uža specijalista.

povećani broj radnih sati, odnosno, prekovremene sate i česta dežurstva. Sve su to okolnosti koje utječu na pomanjkanje motivacije, slobodnog vremena, a istovremeno i odlazak liječnika u druge, veće zdravstvene ustanove, koje su bolje tehnološki opremljene i kadrovski ekipirane, ili, pak, u inozemstvo.

PRIMJER BR. 2[10]

Predmet spora je tužbeni zahtjev liječnice, ovdje tužiteljice, za ukidanje Odluke Bolnice, ovdje tužene, o izvanrednom otkazu ugovora o radu od 17. lipnja 2010., a posljedično tome i tužbeni zahtjev tužiteljice za vraćanje na rad uz obvezu tužene na isplatu neisplaćenih plaća za razdoblje od prestanka radnog odnosa pa do vraćanja na rad.

Ugovorne strane sklopile su ugovor o radu na neodređeno vrijeme za poslove specijalizanta anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja.

Potom je bolnica kao matična ustanova u kojoj je uposlena doktorica medicine koja se upućuje na specijalizaciju ponudila doktorici medicine ugovor o specijalizaciji iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja u kojem je ugovorena obveza liječnice na specijalizaciji ostanak na radu u bolnici kao matičnoj ustanovi u svojstvu specijaliste najmanje onoliko vremena koliko je trajala specijalizacija, te ukoliko svojevoljno raskine radni odnos prije isteka roka „odrađivanja" specijalizacije, za svaku godinu ranijeg raskida radnog odnosa do kojega bi došlo na zahtjev specijalizanta, naknaditi štetu bolnici koja je snosila trošak njezine specijalizacije.

Tužiteljica (dr.med.) dopisom je obavijestila tuženu (bolnicu) da odbija potpisati ponuđeni ugovor o specijalizaciji. Tužena tužiteljici izvanredno otkazuje ugovor o radu na neodređeno vrijeme iz razloga što tužiteljica odbija potpisati ponuđeni joj ugovor o specijalizaciji.

Prema odredbi članka 108. stavka 1. Zakona o radu („Narodne novine" broj 149/09), a danas je ista odredba sadržana u Zakonu o radu („Narodne novine" broj 93/14) u članku 116.[11], poslodavac i radnik imaju opravdani razlog za otkaz ugovora o radu sklopljenog na neodređeno ili određeno vrijeme, bez obveze poštivanja propisanog ili ugovorenog otkaznog roka (izvanredni otkaz), ako zbog osobito teške povrede obveze iz radnog odnosa ili neke druge osobito važne činjenice, uz uvažavanje svih okolnosti

[10] VSRH broj: Revr 741/12-3 od 17.11.2015.

[11] Članak 116. stavak 1. Zakona o radu („Narodne novine" broj 93/14) glasi: „Poslodavac i radnik imaju opravdani razlog za otkaz ugovora o radu sklopljenog na neodređeno ili određeno vrijeme, bez poštivanja propisanog ili ugovorenog otkaznoga roka (izvanredni otkaz), ako zbog osobito teške povrede obveze iz radnog odnosa ili neke druge osobito važne činjenice uz uvažavanje svih okolnosti i interesa obiju ugovornih stranaka, nastavak radnog odnosa nije moguć."

i interesa obiju ugovornih stranaka, nastavak radnog odnosa nije moguć. Kada je tužiteljica, nakon odobrene specijalizacije sklopila s tuženom ugovor o radu na neodređeno vrijeme za obavljanje poslova specijalizanta te kada je tužiteljica odbila sklopiti ponuđeni joj ugovor o specijalizaciji[12], onda ta okolnost ima značaj osobito važne činjenice radi koje je tužiteljica u konačnici onemogućila nastavak svog radnog odnosa kod tužene.

Uostalom, i odredbom čl. 17.a Pravilnika o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika („Narodne novine" broj 33/94, 53/98, 97/99, 84/01, 43/03), propisano je da pravo na obavljanje specijalizacije prestaje ukoliko specijalizant odbije potpisati ugovor o specijalizaciji kojim se reguliraju međusobni odnosi između zdravstvene ustanove i specijalizanta.[13]

Ondašnjim Pravilnikom koji je regulirao specijalizacije zdravstvenih djelatnika, pa tako i liječnika, u članku 8. bilo je propisano da se specijalizacija može odobriti zdravstvenom djelatniku VSS s položenim državnim ispitom koji je u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi te specijalizira za njene potrebe, ima privatnu praksu ili radi kod zdravstvenog djelatnika privatne prakse, a mlađi je od 35 godina. Danas je istovjetna odredba sadržana i u postojećem Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.[14]

---

[12] Ugovor o radu i Ugovor o specijalizaciji su dva međusobno povezana, ali, po svom karakteru i pravnoj osnovi, različita ugovora. Ugovor o radu je radnopravni ugovor, reguliran odredbama radnopravnog zakonodavstva, a ugovor o specijalizaciji je obveznopravni ugovor, na kojeg se primjenjuju odredbe Zakona o obveznim odnosima. (op.a.)

[13] *Članak 17a.* Pravilnika o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika („Narodne novine" broj 33/94, 53/98, 64/98, 97/99, 84/01, 43/03, 121/03) koji se tada primjenjivao na sve zdravstvene djelatnike, pa i na liječnike, propisivao je:
Pravo na obavljanje specijalizacije prestaje ukoliko specijalizant:
1. otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi koja ga je predložila za odobrenje specijalizacije,
2. odbije potpisati Ugovor o specijalizaciji kojim se reguliraju međusobni odnosi između zdravstvene ustanove i specijalizanta,
3. ukoliko sukladno odredbi stavka 7. članka 9. glavni mentor utvrdi da specijalizant ne izvršava obveze iz programa specijalizacije ili nema sklonosti prema struci za koju se usavršava te o tome pismeno izvijesti zdravstvenu ustanovu ili privatnog zdravstvenog djelatnika za čije potrebe taj djelatnik specijalizira.
Rješenje o prestanku prava na specijalizaciju donosi ministar zdravstva na temelju zahtjeva zdravstvene ustanove ili privatnog zdravstvenog djelatnika.
Zahtjevu zdravstvene ustanove ili privatnog djelatnika za prestanak prava na specijalizaciju prilažu se dokumenti kojima se dokazuje postojanje uvjeta iz podstavka 1., 2. ili 3. ovog članka.

[14] Članak 8. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, ispr. 69/16, 6/17)

KOMENTAR: U primjeru je iznesen samo jedan od niza problema s kojima se susreće matična ustanova kao poslodavac koja dodjeljuje doktoru medicine specijalizaciju radi potreba zdravstvene ustanove i koja snosi financijski trošak te specijalizacije, ali i sve nedaće koje prate odlazak liječnika na specijalizaciju. Liječnici često smatraju da se oni specijaliziraju za vlastite interese i potrebe, ne gledajući interes zdravstvene ustanove koja na taj način želi poboljšati zdravstvenu zaštitu ustanovljavanjem određenih specijalizacija u svojoj djelatnosti. Ugovori o specijalizaciji su prvenstveno zbog potrebe ustanove koja se na svaki način želi zaštititi kod ovakvih slučajeva, ali i zadržati liječnički kadar, kako bi slijedom toga mogla zadovoljiti potrebe stanovništva koje gravitira toj ustanovi. Međutim, liječnik budući specijalizant, ugovor o specijalizaciji percipira samo u onom dijelu koji sadrži obveze ustanove prema specijalizantu, a zanemaruje dio ugovora koji regulira njegova prava i obveze kao specijalizanta, odnosno, kasnije, specijaliste, prema ustanovi, pa se u praksi događaju razne situacije koje dovode do problema oko održavanja ugovora na snazi na onakav način kako su to ugovorne strane ugovorile.

PRIMJER BR. 3[15]

Predmet ovog spora je zahtjev tužitelja (zdravstvene ustanove) za povrat sredstava utrošenih za specijalizaciju tuženika (doktora medicine) iz područja pedijatrije. Potvrđena je međupresuda suda prvog stupnja tako da umjesto riječi „naknaditi štetu" treba pisati „isplatiti sredstva utrošena za njegovu specijalizaciju". Utvrđeno je da je tuženik uputio molbu zdravstvenoj ustanovi za raskid ugovora o upućivanju na specijalizaciju i prekid radnog odnosa, navodeći kao razlog za raskid činjenice osobnog karaktera, odobren mu je sporazumni raskid ugovora o radu, a potom i donijeta odluka o otkazu ugovora o radu. S obzirom na navedena činjenična utvrđenja, prvostupanjski sud ocijenio je da s obzirom na činjenicu da tuženik nije izvršio obvezu preuzetu iz ugovora te nije završio specijalizaciju u ugovorenom roku, da su se stekli uvjeti iz ugovora o specijalizaciji koji su stranke sklopile, pa je donio međupresudu kojom je utvrdio obvezu tuženika da tužitelju izvrši isplatu sredstava utrošenih za njegovu specijalizaciju.

KOMENTAR: Iz primjera je razvidno nepotpuno ili nekvalitetno razumijevanje materije specijalizacija u zdravstvenim ustanovama kroz sudsku

glasi: „Specijalizacija se može odobriti doktoru medicine kojem je izdano važeće odobrenje za samostalan rad te koji je u radnom odnosu na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi, odnosno u radnom odnosu u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili ima privatnu praksu ili radi kod doktora medicine privatne prakse."

15 VSRH broj: Rev-x 124/10-2 od 20.04.2011.

praksu, način financiranja, ali i podmirivanje troškova u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu. Sud u međupresudi odlučuje o naknadi štete, a potom radi ispravak presude u smislu isplate sredstava utrošenih u njegovu specijalizaciju. Velika je razlika između naknade štete i stvarnih troškova specijalizacije, jer se šteta očituje u poteškoćama ustanove glede organizacije rada zdravstvene djelatnosti te nedostatka liječnika koji je na specijalizaciji, a ustanova ima određene izdatke vezano za njegov rad u vanjskoj ustanovi, ali i rad drugih liječnika u matičnoj ustanovi, dok se stvarni troškovi specijalizacije odražavaju kroz razna davanja i naknade vanjskim zdravstvenim ustanovama i mentorima radi nesmetanog odvijanja specijalističkog usavršavanja, te kroz materijalne troškove liječniku i ostvarivanje njegovih prava po kolektivnim ugovorima i radnim propisima za vrijeme trajanja specijalizacije.

PRIMJER BR. 4[16]

Predmet spora je podmirenje troškova specijalizacije od strane liječnice iz razloga neispunjenja ugovorne obveze ostanka na radu određeno vrijeme po završetku specijalizacije u matičnoj ustanovi.

Bolnica i doktor medicine imali su sklopljen ugovor o specijalizaciji po propisima o specijalističkom usavršavanju koji su bili na snazi 2008. godine s obvezom tužene liječnice ostanka u radnom odnosu kod tužitelja (bolnice) po završetku specijalizacije 10 godina te je bolnicu ova specijalizacija stajala 688.381,41 kn. Tužena je raskinula ugovor o radu nakon nešto više od 3 godine nakon položenog specijalističkog ispita. Sporno je, dakle, da li Bolnici pripada pravo zahtijevati od tužene liječnice isplatu sredstava utrošenih za specijalističko usavršavanje tj. svih isplaćenih bruto plaća te ostalih materijalnih naknada i troškova školarine.

Sud je zauzeo stajalište da se na ugovor o specijalizaciji ne mogu primijeniti isključivo odredbe Zakona o obveznim odnosima, a iz razloga što tada u RH niti jednim propisom nije bilo jasno određeno na koji način se zaključuje ugovor o specijalizaciji u dijelu koji se odnosi na obvezu rada nakon završetka specijalizacije, te presuđuje da Bolnica ima pravo samo na stvarne troškove specijalizacije koji uključuju odvojeni život, školarinu, i ostale materijalne naknade koje je tužena primala za vrijeme specijalizacije, time zanemarujući odredbu članka 9. ZOO-a[17], a isto tako i odredbu članka 8. ZOO-a po kojoj je svatko dužan suzdržati se od postupka kojim se može drugome prouzročiti šteta.

[16] Općinski sud u Dubrovniku, Stalna služba u Korčuli, nepravomoćna presuda Posl. br. 30. Pr-137/16 od 11.10.2017.

[17] članak 9. ZOO: „Sudionik u obveznom odnosu dužan je ispuniti svoju obvezu i odgovoran je za njezino ispunjenje.

KOMENTAR: Razvidno je da se sud, bez obzira na sklopljeni ugovor o specijalizaciji priklanja liječniku koji je u obvezi, zanemarujući činjenicu da je ugovor između dviju strana najjači pravni akt sklopljen slobodnim izražavanjem volja ugovornih strana, te da neizvršavanjem obveze od strane liječnika bolnici nastaje šteta. Nadalje, možda je važno naglasiti da se radi o Bolnici na otoku, koja će u budućnosti jako teško dobiti novog specijalizanta, odnosno, specijalistu, i time će i dalje trpiti štetu u nedostatku liječničkog kadra, a time i u odvijanju zdravstvene djelatnosti i zdravstvene zaštite.

5. PRIMJENA UGOVORA O MEĐUSOBNIM PRAVIMA I OBVEZAMA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA (UGOVORA O SPECIJALIZACIJAMA)

Činjenica je da su često ugovori o specijalizaciji za liječnike bili vrlo nepovoljni i nepravedni, jer su slijedom prijašnjih propisa o specijalističkom usavršavanju specijalizacije stajale od 500.000,00 kn d0 700.000,00 kn, a neke čak i više, ovisno o trajanju specijalizacije. Liječnici su, za slučaj ranijeg raskida ugovora o radu, a prije ispunjenja uvjeta iz ugovora o specijalizaciji, morali matičnoj ustanovi vratiti svoje bruto plaće, uključujući i materijalne troškove (odvojeni život, dar djeci, božićnice, regres, trošak prijevoza, naknade za slučaj smrti, i sl.), što je svakako bilo nerazumno u dijelu plaća, jer je liječnik ipak radio i zaradio svoju plaću, a uz to su još morali platiti matičnoj ustanovi i naknadu štete. Sve je to destimuliralo liječnike, pa smo ulaskom u Europsku uniju osjetili bijeg liječnika prema država članicama u potrazi za bolje plaćenim poslom, savršenijom tehnologijom i dostojanstvenim životom.

Razmatrajući kronologiju nastanka teksta ugovora o specijalizaciji koji su zdravstvene ustanove nudile svojim liječnicima, evidentno je da je i naše resorno Ministarstvo zdravstva lutalo u propisima, pa je tako Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 100/11) propisivao obvezu ugovaranja naknade štete u slučaju kad doktor medicine otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada[18], dapače, utvrđuje iznos naknade štete na odrediv način. Nadalje, propisuje da će iznos troškova specijalizacije odlukom utvrditi ministar, što ministar zdravstva i čini svojom Odlukom o iznosu troškova specijalizacije.[19]

[18] članak 11. - U ugovoru iz stavka 1. ovoga članka potrebno je ugovoriti i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad iz stavka 2. ovoga članka, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi iz stavka 1. ovoga članka, a koji ne može biti veći od 50% iznosa troškova specijalizacije iz članka 12. stavka 1. ovoga Pravilnika.

[19] „Narodne novine“ broj 133/11 - Trošak specijalizacije po godini specijalističkog usavršavanja utvrđuje se u iznosu od 100.000,00 kn neto.

Pravilnikom o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 133/11), naknadu štete sukladno ugovoru zdravstvene ustanove i specijalizanta snosi pravna, odnosno fizička osoba u kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze odrađivanja specijalizacije. Nadalje, smanjuje se rok odrađivanja specijalizacije, pa liječniku specijalisti koji se ugovorom obvezao nakon položenog specijalističkog ispita raditi u matičnoj ustanovi dvostruko vrijeme trajanja specijalizacije, ili čak i 10 godina, sada se ovaj rok odrađivanja duga smanjuje na jednostruko trajanje vremena koliko je trajala specijalizacija. Pravilnik propisuje i obvezu ustanova ponuditi izmijenjene ugovore o specijalizaciji[20] i ukoliko to ne učini, prijeti se oduzimanjem ovlaštenja za provođenje specijalističkog usavršavanja, zanemarujući činjenicu da nemaju sve ustanove ovo ovlaštenje, pa, prema tome, prema njima nije niti mogla biti poduzeta ovakva sankcija u slučaju nepoštivanja Pravilnika. Za napomenuti je da nisu sve ustanove poštivale ovaj dio Pravilnika te nisu nudile dodatke ugovora o specijalizaciji na način smanjivanja vremena ostanka liječnika u ustanovi po završenoj specijalizaciji, već su i dalje održale ugovore na snazi u dijelu koji je ugovarao ostanak u dvostrukom trajanju vremena koliko je trajala specijalizacija, ili 10 godina.

Pravilnik o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 54/12) mijenja članak 11. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 100/11) te propisuje da pri sklapanju ugovora o specijalizaciji obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije. I nadalje se propisuje obveza ugovaranja iznosa naknade štete[21] koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, razmjerno izvršenoj obvezi rada,

[20] Članak 2. - Članak 37. mijenja se i glasi: „Zdravstvene ustanove obvezne su u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika, specijalizantima ponuditi sklapanje ugovora o radu na neodređeno vrijeme ako s njima imaju sklopljene ugovore o radu na određeno vrijeme. Zdravstvene ustanove obvezne su u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika ponuditi specijalizantu sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama sukladno članku 11. ovoga Pravilnika. Zdravstvene ustanove obvezne su u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika ponuditi specijalistu koji je na dan stupanja na snagu ovoga Pravilnika u obvezi rada na temelju sklopljenog ugovora o specijalističkom usavršavanju, sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama sukladno članku 11. stavku 2. ovoga Pravilnika. Zdravstvenoj ustanovi koja ne postupi prema stavku 1., 2. i 3. ovoga članka oduzet će se ovlaštenje za provođenje specijalističkog usavršavanja.“

[21] sada se koristi terminologija „mora se“, koja zamjenjuje prijašnju terminologiju „potrebno je ugovoriti“

obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi. Pravilnik po prvi puta utvrđuje što obuhvaća trošak specijalizacije i kako se on utvrđuje.[22]

Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 62/16) ponovno mijenja iznos troška specijalizacije koji se sada svodi na minimum troškova i sada specijalizacija iznosi cca 40.000,00 kn do 60.000,00 kn.[23] Pravilnikom se utvrđuje i trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice važećoj u trenutku obavljanja programa, i utvrđuje se za cijelo razdoblje trajanja specijalizacije.

6. ODLUKA I RJEŠENJE USTAVNOG SUDA RH BROJ: U-II-187/2015 I DR. OD 11. SRPNJA 2017.[24]

Ustavni sud je zaključio kako je ministar resornog ministarstva prekoračio ovlasti u propisivanju Pravilnikom obveze sklapanja ugovora o međusobnim pravima i obvezama između specijalizanta i zdravstvene ustanove, najduljeg trajanja obveze ostanka na radu specijalizanta nakon završetka specijalizacije, uvjetovanja otkazivanja ugovora o radu prethodnom suglasnosti ministarstva, obveze zdravstvene ustanove u kojoj se specijalizant ili specijalist zaposlio na naknadu troškova specijalizacije, obveze specijalizanta i specijalista na naknadu troškova specijalizacije u slučaju otkazivanja radnog odnosa bez suglasnosti ministarstva, kao što ministru nije dana niti ovlast na utvrđivanje troškova specijalizacije.

Stoga se ukidaju i s danom 31. prosinca 2017. godine prestaju važiti odredbe članka 11., 11a i 12. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, 69/16, 6/17), te članka 17. i 18. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine" broj 62/16, 69/16). U ocjeni Ustavnog suda stoji i kako je Zakonom o zdravstvenoj

[22] Članak 12. mijenja se i glasi: „Troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje i druge troškove vezano uz specijalističko usavršavanje. Troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuju se u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice.

[23] Članak 12. mijenja se i glasi: „Troškovi specijalizacije obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i trošak dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju.

[24] „Narodne novine" broj 89/17

zaštiti nadležnom ministru dana ovlast za utvrđivanje grana specijalizacija, trajanje programa specijalizacija i užih specijalizacija te za utvrđivanje mjerila za prijem specijalizanata i načina polaganja ispita, kao i određivanja ovlaštene zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili zdravstvenog radnika koji obavlja privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža, i u tom je ista ovlast i ograničena.

Ono što je bitno napomenuti jest to da Ustavni sud u postupku ocjene suglasnosti propisa s Ustavom ukida, a ne poništava taj propis. Naime, za razliku od poništavanja koje djeluje unatrag (dakle poništava i sve proizvedene učinke, tzv. *ex tunc* učinak), pravni učinak ukidanja djeluje samo za ubuduće (tzv. *ex nunc* učinak), odnosno, od 01. siječnja 2018.

O navedenoj okolnosti Ustavni sud se izjasnio u nekoliko svojih odluka u kojima u bitnome ističe sljedeće: „Ukinuti zakon i drugi propis odnosno njegove ukinute odredbe prestaju važiti danom objave odluke Ustavnog suda o ukidanju u „Narodnim novinama", ako Ustavni sud ne odredi drugi rok. Te odluke Ustavnog suda imaju učinak samo za ubuduće (*pro futuro*)."[25]

Ovim odredbama određuje se samo učinak ukidanja zakona, ali ne i pravne posljedice koje je zakon izazvao za vrijeme prije ukidanja[26]. Međutim, posljedice ukidanja zakona na ugovorne odnose mogu se izvesti iz drugih zakonskih odredaba, posebno iz onih o obveznopravnim odnosima. Radi se o zaštiti od učinaka pojedinačnog akta koji je donesen prije ukidanja propisa, a zaštita se pruža zato što je kasnije ukinut propis na kojem se temelji pojedinačni akt. U tom slučaju pojedinačni akt nije nepostojeći, odnosno ništav akt, nego je pobojan, što znači da osoba čija su prava povrijeđena može, u zakonom određenim uvjetima, od nadležnog tijela tražiti izmjenu akta odgovarajućom primjenom odredaba o ponavljanju postupka. Ovakva zaštita temelji se na izloženom zaključku: ukinuti zakon protivan je Ustavu i prije njegovog ukidanja pa je zbog načela ustavnosti i zakonitosti, kao i zbog načela pravednosti, bilo neophodno predvidjeti pravnu zaštitu osoba koje trpe štetne posljedice učinaka neustavnog zakona i prije njegovog ukidanja. S obzirom da Ustavni zakon nema odredaba o pravnim posljedicama ukidanja zakona na ugovorne odnose koji se temelje na ukinutom zakonu, posljedice ukidanja zakona na ugovorne odnose mogu se izvesti iz drugih zakonskih odredaba.

Ukinuti zakon, odnosno ukinute zakonske odredbe bile su, nesumnjivo, protivne Ustavu i prije njihovog ukidanja, tj. prije objave odluke o ukidanju u "Narodnim novinama". Takvo pravno stajalište Ustavni sud je zauzeo u nekoliko navrata, i to u odlukama broj: U-I-206/1992, U-III-379/1993, U-III-731/1994 i U-I-52/1995.

[25] USRH broj U-III-2619/2010 od 16.03.2011.
[26] USRH broj U-III-81/2001 od 07.11.2002.

7. UMJESTO ZAKLJUČKA

Česte promjene propisa koji reguliraju specijalističko usavršavanje vrlo negativno i demotivirajuće djeluju kako na jednu, tako i na drugu ugovornu stranu u ugovoru o međusobnim pravima i obvezama. Sve je to utjecalo na odlaske liječnika iz zdravstvenih ustanova u druge zdravstvene ustanove, pa čak i izlazak iz hrvatskog zdravstvenog sustava, slijedom čega su neke jedinice lokalne i područne samouprave pribjegle pripomoći sustavu zdravstva i počele organizirano osiguravati i graditi stanove za mlade liječnike ne bi li ih zadržale na svom području, zanemarujući pri tom činjenicu da liječnici koji su na specijalizaciji uglavnom imaju već riješeno stambeno pitanje. Možda bi problem sustavno trebalo rješavati na nivou države osiguranjem drugih pogodnosti za liječnike u smislu boljih uvjeta rada, poreznih olakšica, kvalitetnijim i organiziranim daljnjim cjeloživotnim učenjem, ali i pokušajem privlačenja liječničkog kadra iz regije. Naši liječnici trebaju ići u inozemstvo po znanje i dodatna iskustva radi uvida u nove tehnologije, ali nakon toga vratiti se u Hrvatsku i primijeniti u našem sustavu. Naravno, država mora biti u mogućnosti za sve navedene beneficije iznaći financijska sredstva. Trebao bi se uvesti sistem stipendiranja mladih liječnika, kao i druge financijske pomoći, s obzirom na dugotrajno i vrlo zahtjevno školovanje, a potom i daljnje stručno usavršavanje uz pratnju napretka tehnologije i stručnih znanja.

Literatura:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16)
2. Zakon o obveznim odnosima („Narodne novine“ br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15)
3. Zakon o radu („Narodne novine“ broj 93/14)
4. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, ispr. 69/16, 6/17)
5. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine („Narodne novine“ broj 129/11)
6. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika („Narodne novine“ broj 33/94, 53/98, 64/98, 97/99, 84/01, 43/03, 121/03)
7. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, ispr. 69/16, 6/17)
8. Sanja Marković, odvjetnica: „Ugovor o specijalizaciji, posljedice neispunjenja ugovora kroz prizmu sudskih sporova“, Zbornik IV Kongresa pravnika u zdravstvu, Makarska 2011
9. http://www.obvk.hr/2017/02/24/specijalizanti-su-i-dalje-problem/
10. https://sudskapraksa.csp.vsrh.hr/
11. https://sljeme.usud.hr/

SUMMARY

SPECIALIST TRAINING FROM THE POSITION OF INSTITUTIONS WHICH PROVIDES SPECIALIST TRAINING

Objective: This paper describes part of case law and the fight of the employer, and his sacrifice, that in any attempt to retain medical specialists after completing the specialization. This is especially true of smaller hospitals and clinics that often specialists are leaving in search of further progress in the career or a better life future. This article discusses the practices, and propose new solutions with the help of local and regional authorities.

Materials and Methods: Through examples of case law of the Supreme Court, but the lower courts trying to show the inconsistency of court procedure, which causes legal uncertainty which should be a basic assumption of orderly life and activity, but also the protection of the rights and personal freedoms.

Results: Analysis of judicial practice shows insufficient knowledge of the matter, and the judicial decisions are manifested most often through merely reading and application of regulations, not taking into account the needs of healthcare institutions.

Conclusion: In order to ensure as much legal certainty as possible, the area of specialization should certainly be addressed by legal terminology, avoiding the retrospective application of regulations, otherwise we will never have a good, reliable and quality regulation regulating specialization. The profession, both medical and legal, must participate equally in the drafting of regulations, starting with its introductory and final clauses.

Key words: training, specialization, employer

OPOREZIVANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA POREZOM NA DODANU VRIJEDNOST

UDK: 614 : 336 (497.5)
Primljeno: 6. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

prof. dr. sc. Renata Perić, dekanica
redovita profesorica (trajno zvanje), Pravni fakultet
Sveučilišta u Osijeku,
rperic@pravos.hr

doc. dr. sc. Zoran Šinković,
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu,
zoran.sinkovic@pravst.hr

Zdravlje je glavni cilj prema kojemu svaka država treba razvijati i voditi svoju zdravstvenu politiku. Zdravstveni sustavi trebaju unaprijediti kvalitetu života. Stoga treba težiti ostvarenju načela vodoravne i okomite pravednosti u prikupljanju i trošenju novca za zdravstvene usluge odnosno postavljanju ispravnih pravnih i ekonomskih poticaja u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga što podrazumijeva i neke promjene u postojećem poreznom sustavu Republike Hrvatske, napose u sustavu poreza na dodanu vrijednost.

Ključne riječi: porez na dodanu vrijednost, zdravstvene usluge, zdravstveni sustavi.

1. UVOD

Posebna se briga o kvaliteti zdravstva počela pridavati 1995. godine kad je Vijeće Europe osnovalo odbor eksperata za kvalitetu, koji je sastavio niz preporuka za ministre zdravstva (prihvaćene su 1997. godine), prema kojima bi vlade država članica trebale uspostaviti sustav za trajno osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama. Ministri zdravstva prihvatili su suradnju u području kvalitete u zdravstvu i u svibnju 2000. godine usvojena je nova politika kvalitete u državama članicama Europske unije, koja je uvela koncept razmjene najbolje prakse. Slijedile su preporuke za sigurnost pacijenata i kvalitetu zdravstvenih usluga te prijedlog za poboljšanje sigurnosti pacijenata putem prevencije i kontrole infekcija.[1]

Zbog činjenice da je zdravstvo autonomno područje svake države članice, razvoj i harmonizacija zajedničkih politika i strategija upravljanja kvalitetom

[1] R. Ostojić, V. Bilas, S. Franc, Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Poslovna izvrsnost, god. VI., br. 2., Zagreb, 2012., str. 113.

u Europskoj uniji su otežani. Također, u zdravstvenu je djelatnost uključen velik broj ljudi, proizvoda i usluga koje su regulirane na razini integracije. Kao posljedica navedenoga postoji široki zakonski okvir koji uključuje područja regulirana isključivo na razini Europske unije, ali i područja regulirana samostalno od svake države članice.[2]

Drugim riječima zdravstveni sustavi država članica Europske unije različiti su i u njima se odražavaju različiti društveni izbori.[3] Međutim, unatoč organizacijskim i financijskim razlikama, izgrađeni su na zajedničkim vrijednostima koje je 2006. godine priznalo Vijeće ministara zdravstva:[4] na univerzalnosti, pristupu kvalitetnoj skrbi, pravednosti i solidarnosti.

Zbog povećanja međuovisnosti i zajedničkih izazova potrebna je uža suradnja. Države članice Europske unije usuglasile su se 2006. godine o zajedničkim ciljevima u pogledu dostupnosti, kvalitete i financijske održivosti zdravstvene zaštite u kontekstu otvorene metode koordinacije za socijalnu zaštitu i socijalnu uključenost. Vijeće ministara zdravstva uspostavilo je 2011. godine postupak razmatranja na razini Europske unije kako bi državama članicama pomoglo da omoguće moderne, odgovorne i održive zdravstvene sustave.[5]

Na razini Europske unije teži se:

1) Jačanju učinkovitosti zdravstvenih sustava (mjerenje učinkovitosti zdravstvenih sustava postajat će sve važnije, posebno zato što zdravstveni sustavi nisu jedini čimbenik za poboljšanje našeg zdravlja. Iako među državama članicama još uvijek postoje velike razlike u očekivanom trajanju života, ipak svi živimo dulje i boljeg smo zdravlja nego prethodne generacije. Do toga je, među ostalim, došlo i zbog znatnih postignuća ostvarenih u javnom zdravlju i izvan zdravstvenog sustava. Treba očekivati poboljšanja i u budućnosti, na primjer zbog toga što manje ljudi puši, manja je potrošnja alkohola, bolja je prehrana i više se ljudi bavi tjelesnim aktivnostima. Opći je konsenzus da se doprinos sektora zdravstvene zaštite zdravom stanovništvu znatno povećao u posljednjih pedeset do šezdeset godina),[6]

2 Ibid., str. 114.

3 Jedna od posljedica za europsko javno zdravstvo je produbljivanje trajnog zdravstvenog jaza između istočnih i zapadnih država Europske unije. Navedeno prema: D. Stuckler, S. Basu, M. McKee, Public Health in Europe: Power, Politics and Where Next?, Public Health Reviews, br. 32., 2013., str. 216. i 232.

4 Zaključci Vijeća Europe Komisije o zajedničkim vrijednostima i načelima zdravstvenih sustava Europske unije, SL C 146, 22. 06. 2006.

5 Komunikacija Europske Komisije O učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima, Bruxelles, 4. 4. 2014., COM(2014) 215 final., str. 2.

6 Ibid., str. 4.

2) Povećanje dostupnosti zdravstvenih sustava (pristup zdravstvenoj zaštiti rezultat je interakcije različitih čimbenika, uključujući pokrivenost zdravstvenim sustavom (odnosno tko ima pravo na zdravstvenu zaštitu), razinu pokrivenosti (odnosno na što sve građani imaju pravo), pristupačnost i dostupnost usluga zdravstvene zaštite. Na pristup zdravstvenoj zaštiti isto tako izravno utječu i modeli organizacije i upravljanja koji se upotrebljavaju u zdravstvenim sustavima. Pacijentu se pristup zdravstvenoj zaštiti može činiti otežanim ako su zdravstveni sustavi složeni i nedostaje im transparentnost),[7]

3) Poboljšanje otpornosti zdravstvenih sustava (suvremeni zdravstveni sustavi trebaju ostati dostupni i učinkoviti, a u isto vrijeme težiti dugoročnoj održivosti. Da bi to mogli postići, moraju ostati fiskalno održivi. Komisija u tom radu podržava države članice, daje analize i predviđanja te preporučuje reforme koje su dio procesa europskog semestra.

Zdravstveni sustavi trebali bi uzimati u obzir i čimbenike koji nisu fiskalni. Moraju biti sposobni učinkovito se prilagoditi okolinama koje se mijenjaju te utvrditi i primijeniti inovativna rješenja za suočavanje sa znatnim izazovima – nedostatkom stručnosti/sredstava u određenim područjima, neočekivanim povećanjima u potražnji (npr. zbog epidemija) itd. – uz ograničena sredstva. Drugim riječima, trebaju izgraditi i održati otpornost.[8] [9]

Europska kohezijska politika ima za cilj smanjiti regionalne nejednakosti odobravanjem sredstva iz strukturnih fondova. Zdravlje i sustav zdravstva su prepoznati kao važne odrednice blagostanja i konkurentnosti te su uključeni u programe regionalnog financiranja. Izdvojena su tri prioritetna područja ulaganja, s time da se dva odnose na izravna i neizravna ulaganja u zdravstvo, a treće se područje odnosi na ulaganja izvan zdravstvenog sektora, ali na neki način povezana s ovim sektorom. Odnosno putem porezne politike usluge kojih se koristi rasprostiru na širu zajednicu obično su u sustavu poreza na dodanu vrijednost oslobođene od plaćanja poreza na dodanu vrijednost, a pod navedenim uslugama se podrazumijevaju zdravstvene usluge. Stoga će u nastavku ovog rada biti više riječi o oporezivanju odnosno neoporezivanju zdravstvenih usluga porezom na dodanu vrijednost.

---

[7] Ibid., str. 8.

[8] Zdravstveni sustavi Europske unije nisu se jednako dobro nosili s gospodarskom krizom i neki od njih morali su provesti velike i ponekad teške reforme u vrlo kratkom razdoblju. Iskoristivši iskustvo iz nedavno provedenih reformi, Komisija je utvrdila čimbenike otpornosti kojima se nekim zdravstvenim sustavima pomoglo zaštititi dostupne i učinkovite usluge zdravstvene zaštite za njihovo stanovništvo.

[9] Vidjeti na primjer projekte ECHO: http://www.echo-health.eu, Eurohope http://www.eurohope.info, EuroREACH http://www.euroreach.net.

2. OPĆENITO O POREZU NA DODANU VRIJEDNOST

Porez na dodanu vrijednost jest porez koji se obračunava i plaća u svim fazama proizvodnog i prometnog ciklusa, ali tako da se u svakoj fazi oporezuje samo iznos dodane vrijednosti koja se ostvarila u toj fazi proizvodno-prometnog ciklusa.[10]

Općenito je prihvaćeno mišljenje da je širenje primjene poreza na dodanu vrijednost u suvremenim poreznim sustavima najvažnija promjena koja se dogodila u području oporezivanja u posljednjih 30 godina.[11]

Osnovna obilježja poreza na dodanu vrijednost jest da je to porez potrošnog tipa primjena kojeg se zasniva na sljedećim polaznim pravilima:

1) svaka isporuka dobara i usluga mora biti oporezovana porezom na dodanu vrijednost ako nije oslobođena posebnom odredbom,

2) niti jedna isporuka dobara i usluga ne smije biti obuhvaćena porezom na dodanu vrijednost dva ili više puta,

3) porez na dodanu vrijednost u isporukama dobara i usluga u poduzetničke svrhe mora biti putem «pretporeza» odbijen, kako bi se ostvarilo načelo njegove neutralnosti u poduzetničkim aktivnostima,

4) svaki poduzetnik zahtijeva od svojih dobavljača (poduzetnika) da na računima iskažu zaračunati porez na dodanu vrijednost kako bi ga oni mogli odbiti kao «svoj pretporez».[12]

Porezna oslobođenja sastavni su element svakog sustava poreza na promet (poreza na dodanu vrijednost).

Razlozi za propisivanje poreznih oslobođenja u sustavu poreza na dodanu vrijednost različiti su zbog ciljeva koji se žele time ostvariti. Tako na primjer, dobra koja se izvoze su oslobođena od plaćanja poreza na dodanu vrijednost jer će se njihovo oporezivanje obaviti po poreznim propisima države uvoznice i na taj način će se ostvariti načelo odredišta kao jedno od važnih načela poreza na dodanu vrijednost.[13]

No, pored ovog oslobođenja, na promet određenih dobara i usluga propisuju se oslobođenja od plaćanja poreza na dodanu vrijednost ili primjena nulte porezne stope iz najmanje sljedeća tri bitna razloga:

---

[10] Bo. Jelčić, O. Lončarić-Horvat, J. Šimović, H. Arbutina, N. Mijatović, Financijsko pravo i financijska znanost, Narodne novine, Zagreb, 2008., str. 389.

[11] K. Messere, Porezi dvadesetog stoljeća i njihova budućnost, Financijska teorija i praksa, br. 2., Zagreb, 2001., str. 264.

[12] O obilježjima poreza na dodanu vrijednost podrobnije vidjeti u: D. Birk, M. Desens, H. Tappe, Steuerrecht, 18. Auflage, C. F. Müller, Heidelberg, 2015/16., str. 337.-416.

[13] Bo. Jelčić, O. Lončarić-Horvat, J. Šimović, H. Arbutina, N. Mijatović, Financijsko pravo …… o. c., str. 423.-424.

1) dobra neoporezivanjem kojih se želi ublažiti regresivno djelovanje poreza na dodanu vrijednost (hrana),

2) usluge kojih se koristi rasprostiru na širu zajednicu (obrazovanje, zdravstvo, kultura, usluge socijalnih i vjerskih ustanova),

3) usluge za koje se smatra da je teško provesti njihovo oporezivanje porezom na dodanu vrijednost (financijske usluge).[14]

Usluge kojih se koristi rasprostiru na širu zajednicu (obrazovanje, zdravstvo, kultura, usluge socijalnih i vjerskih ustanova), kao što je već rečeno obično su u sustavu poreza na dodanu vrijednost oslobođene od plaćanja poreza na dodanu vrijednost, ali bez prava na odbitak pretporeza. Budući da je dodana vrijednost kod ovih usluga oslobođena od plaćanja poreza na dodanu vrijednost, a ona čini najveći dio cijene koju plaća krajnji potrošač, potrošači na taj način dobivaju jeftiniju cijenu ovih usluga.

3. ZAKONSKE I PODZAKONSKE ODREDBE VEZANE ZA OPOREZIVANJE ODNOSNO NEOPOREZIVANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA POREZOM NA DODANU VRIJEDNOST

Čl. 38. st. 1. Zakona o porezu na dodanu vrijednost[15] propisano je da se porez na dodanu vrijednost obračunava i plaća po stopi 25%.

Prema čl. 38. st. 2. Zakona o porezu na dodanu vrijednost porez na dodanu vrijednost se obračunava i plaća po sniženoj stopi 5% na isporuke sljedećih dobara i usluga vezanih za zdravstvo:

1) lijekove koji se izdaju na liječnički recept i koji imaju odobrenje nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode,[16]

2) medicinsku opremu, pomagala i druge sprave koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida propisane Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.[17]

---

[14] Ibid., str. 424.

[15] Narodne novine, br. 73/13, 148/13, 143/14, 115/16, Rješenje USRH 99/13, 153/13.

[16] Prema čl. 47. st. 1. toč. D Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine, br. 79/13, 85/13 – ispravak, 160/13, 35/14, 157/14, 130/15, 1/17, 41/17) pripadaju lijekovi koji se izdaju na liječnički recept prema odobrenju nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode prema posebnim propisima. Navedenim lijekovima smatraju se i lijekovi utvrđeni Odlukom o utvrđivanju Liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

[17] Prema čl. 47. st. 1. toč. E Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost medicinsku opremu, pomagala i druge sprave koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida propisane Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima

Prema čl. 39. st. 1. Zakona o porezu na dodanu vrijednost od plaćanja poreza na dodanu vrijednost (vezano za zdravstvene usluge) je oslobođeno:

1) bolnička i medicinska njega i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode,[18]

Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te Pravilnikom o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Medicinskom opremom, pomagalima i drugim spravama koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida smatraju se i proizvodi koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo – implantati, prema Listi proizvoda koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo. Medicinskom opremom, pomagalima i drugim spravama koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida smatraju se ostali medicinski proizvodi za nadomještanje tjelesnog oštećenja ili nedostatka koji se stavljaju u promet pod nazivom iz stupca 3 Popisa ortopedskih i drugih pomagala iz Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, te stupca 3 Popisa dentalnih pomagala i ortodontskih naprava iz Pravilnika o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osim zubnih nadomjestaka kad ih isporučuju dentalni tehničari i doktori dentalne medicine iz čl. 39. st. 1. toč. E Zakona o porezu na dodanu vrijednost i pomagala s Popisa ortopedskih i drugih pomagala iz Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje pod sljedećim nazivima: akumulator, vanjska zadnja guma, vanjska prednja guma, zračnica zadnja, zračnica prednja, puna guma prednja, puna guma zadnja, akumulator za elektromotorna invalidska kolica, tamna stakla, obično prozirno staklo, baterija 675A, baterija 675SP, baterija 312A, baterija 230A, baterija 13A, baterija LR-6, mikrofon, slušalica, kućište pomagala, preklopnik, potenciometar, ovjes vibratora, ovjes mikrofona, ovjes slušalice, kabel unutar slušnog pomagala, zvukovod, ušna kukica, pločica pojačala, mekana membrana, membrana vibratora, gornji dio uređaja, magnet, taster, zavojnica, poklopac akumulatora, pojačalo, regulator glasnoće, akumulatorska baterija, punjač baterije, zaštitni podmetač za krevet raznolikih veličina za jednokratnu uporabu, vlasulja za žene s kratkim vlaknom, vlasulja za žene s dugim vlaknom, vlasulja za muškarce i vlasulja za djecu.

[18] Prema čl. 39. st. 2. Zakona o porezu na dodanu vrijednost bolnička i medicinska njega i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode oslobođenje od plaćanja poreza na dodanu vrijednost ne primjenjuje se ako: 1) te isporuke dobara ili usluga nisu neophodne za isporuke oslobođene porezom na dodanu vrijednost ili 2) je njihova osnovna svrha ostvarenje dodatnih prihoda za navedene osobe, obavljanjem isporuka kojima izravno konkuriraju isporukama poreznih obveznika koji obračunavaju porez na dodanu vrijednost.

Prema čl. 39. st. 3. Zakona o porezu na dodanu vrijednost bolnička i medicinska njega

2) obavljanje medicinske njege u okviru bavljenja medicinskim i pomoćnim medicinskim zanimanjima, neovisno o pravnom obliku,[19]

3) isporuke ljudskih organa, krvi i majčinog mlijeka,[20]

4) usluge što ih obavljaju dentalni tehničari te isporuka zubnih/protetskih nadomjestaka koje isporučuju dentalni tehničari i doktori dentalne medicine, neovisno o pravnom obliku,[21]

5) usluge prijevoza bolesnih ili ozlijeđenih osoba u vozilima posebno izrađenima za tu svrhu koje obavljaju ovlaštene osobe,[22]

6) usluge i isporuke dobara povezane sa socijalnom skrbi, uključujući one što ih obavljaju i isporučuju domovi za starije i nemoćne osobe, ustanove, tijela s javnim ovlastima ili druge osobe slične prirode.[23]

---

i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode oslobođenje od plaćanja poreza na dodanu vrijednost odnose se ako ih obavljaju ostale osobe na koje nisu prenijete javne ovlasti, pod uvjetom da ne teže ostvarivanju dobiti te ako se dobit ipak ostvari da se ne raspodjeljuje, nego se koristi za nastavak ili poboljšanje obavljanja usluga.

19 Prema čl. 51. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost obavljanje medicinske njege u okviru bavljenja medicinskim i pomoćnim medicinskim zanimanjima čime se smatraju usluge i isporuke dobara doktora medicine, doktora stomatologije ili dentalne medicine, medicinskih sestara, primalja, fizioterapeuta, psihologa i usluge biokemijskih laboratorija povezane s liječenjem, oslobođeno je plaćanja poreza na dodanu vrijednost.

Uslugama i isporukama dobara iz st. 1. ovoga članka smatraju se sve one usluge i isporuke dobara koje porezni obveznici iz st. 1. ovoga članka mogu obavljati prema posebnim propisima koji uređuju njihovu djelatnost.

20 Prema čl. 52. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost porez na dodanu vrijednost ne plaća se na isporuke ljudskih organa i krvi, obavljene u svrhu liječenja prema posebnim propisima, te na isporuke majčinog mlijeka.

21 Prema čl. 53. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost usluge što ih obavljaju dentalni tehničari te zubni/protetski nadomjesci koje isporučuju dentalni tehničari i doktori dentalne medicine, oslobođene su plaćanja poreza na dodanu vrijednost, ako se obavljaju u skladu s posebnim propisima koji uređuju njihovu djelatnost.

22 Prema čl. 54. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost usluge prijevoza ozlijeđenih osoba u hitnim slučajevima ili bolesnih osoba u vezi s liječenjem u vozilima posebno izrađenima za tu svrhu oslobođene su plaćanja poreza na dodanu vrijednost pod uvjetom da te usluge obavljaju ovlaštene osobe u skladu s propisima o zdravstvenoj zaštiti.

23 Prema čl. 56. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost plaćanja poreza na dodanu vrijednost oslobođene su usluge i isporuke dobara povezane sa socijalnom skrbi, uključujući one što ih obavljaju i isporučuju domovi za starije i nemoćne osobe. Plaćanja poreza na dodanu vrijednost oslobođene su ove isporuke i kad ih obavljaju,

Prema čl. 44. st. 1. Zakona o porezu na dodanu vrijednost od plaćanja poreza na dodanu vrijednost (vezano za zdravstvene usluge) je oslobođeno:

1) uvoz terapeutskih tvari ljudskog podrijetla i reagensa za određivanje krvne grupe i tipizaciju tkiva koji se upotrebljavaju za nekomercijalne medicinske ili znanstvene svrhe, laboratorijskih životinja posebno uzgojenih i poslanih bez naknade za potrebe znanstvenih istraživanja, bioloških ili kemijskih tvari namijenjenih javnim ili privatnim ustanovama koje se uglavnom bave obrazovanjem ili znanstvenim istraživanjem te uvoz farmaceutskih proizvoda za ljudsku i životinjsku medicinsku uporabu na sportskim priredbama,[24]

obiteljski domovi, ustanove, tijela s javnim ovlastima ili druge organizacije sukladno posebnim propisima na području socijalne skrbi.

Uslugama i isporukama dobara iz st. 1. ovoga članka smatraju se sve one usluge i isporuke dobara koje se mogu obavljati prema posebnim propisima iz područja socijalne skrbi kojima se korisnicima socijalne skrbi osigurava stanovanje, prehrana, briga o zdravlju, odgoj i obrazovanje, psihosocijalna rehabilitacija, njega i druge slične potrebe.

[24] Prema čl. 86. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost oslobođenje od poreza na dodanu vrijednost odnosi se na sljedeće: a) životinje pripremljene i isporučene bez naknade za uporabu u laboratoriju, b) biološke ili kemijske tvari uvezene u skladu s ograničenjima i uvjetima propisanim Uredbom Vijeća (EZ) br. 1186/2009. od 16. studenoga 2009. godine kojom se uspostavlja sustav carinskih olakšica u Zajednici.

Prema čl. 86. st. 2. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost oslobođenje iz čl. 86. st. 1. ograničava se na životinje i biološke ili kemijske tvari koje su namijenjene za: 1) javne ustanove koje se uglavnom bave obrazovanjem ili znanstvenim istraživanjima, uključujući i odjele javnih ustanova koji se uglavnom bave obrazovanjem ili znanstvenim istraživanjima, 2) privatne ustanove koje se uglavnom bave obrazovanjem ili znanstvenim istraživanjima kojima su nadležna tijela izdala odobrenje za primanje takvih artikala uz oslobođenje od poreza na dodanu vrijednost.

Prema čl. 87. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost oslobođenje od poreza na dodanu vrijednost ostvaruje se za sljedeće: 1) terapeutske tvari ljudskoga podrijetla; 2) reagense za određivanje krvnih grupa; 3) reagense za tipizaciju tkiva.

Prema čl. 87. st. 3. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost oslobođenje od poreza na dodanu vrijednost ograničava se na proizvode koji: 1) su namijenjeni institucijama ili laboratorijima koje su odobrila nadležna tijela, za uporabu isključivo u nekomercijalne medicinske ili znanstvene svrhe, 2) posjeduju potvrdu o sukladnosti izdanu od ovlaštenog tijela u zemlji ili na području polaska, 3) su u spremnicima s posebnom identifikacijskom oznakom.

Prema čl. 87. st. 4. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost oslobođenje se odnosi i na posebna pakiranja nužna za prijevoz terapeutskih tvari ljudskoga podrijetla ili reagensa za određivanje krvnih grupa i tipizaciju tkiva, kao i na sva otapala i dodatke potrebne za njihovo korištenje koji se eventualno nalaze u pošiljkama.

Prema čl. 88. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost poreza na dodanu vrijednost su oslobođene pošiljke koje sadrže uzorke referentnih tvari koje je odobrila Svjetska zdravstvena organizacija za kontrolu kvalitete materijala koji se koriste u

2) uvoz dobara posebno izrađenih i prilagođenih za obrazovanje, zapošljavanje ili socijalnu rehabilitaciju slijepih ili drugih fizički ili mentalno hendikepiranih osoba, kada ih uvoze ustanove ili pravne osobe registrirane za obrazovanje ili pružanje pomoći takvim osobama, a dobivena su bez plaćanja naknade i bez komercijalne namjere darovatelja,

3) uvoz besplatno dobivenih dobara za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, koja radi besplatne podjele potrebitim osobama uvoze državne i druge humanitarne i dobrotvorne pravne osobe i ustanove te radi prikupljanja sredstava u korist potrebitih osoba na povremenim dobrotvornim priredbama. Plaćanja poreza na dodanu vrijednost oslobođen je i uvoz opreme koju pošiljatelj izvan Europske unije besplatno šalje navedenim organizacijama i ustanovama u svrhu zadovoljavanja njihovih operativnih potreba i ostvarivanja njihovih humanitarnih ciljeva. Oslobođenje se ne odnosi na alkohol i alkoholna pića, duhanske prerađevine, kavu i čaj te na motorna vozila, osim vozila hitne medicinske pomoći.

4. ODABRANA MIŠLJENJA SREDIŠNJEG UREDA POREZNE UPRAVE U ZAGREBU VEZANA ZA OPOREZIVANJE ODNOSNO NEOPOREZIVANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA POREZOM NA DODANU VRIJEDNOST

U nastavku ovog rada bit će prikazano nekoliko zanimljivih i važnih mišljenja Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu vezanih za oporezivanje odnosno neoporezivanje zdravstvenih usluga porezom na dodanu vrijednost.

1) Oslobođenja od plaćanja poreza na dodanu vrijednost iz čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona o porezu na dodanu vrijednost

Odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 73/13 do 115/16, u daljnjem tekstu: Zakon) propisano je oslobođenje od plaćanja PDV-a za bolničku i medicinsku njegu i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode. Slijedom navedenog,

proizvodnji medicinskih proizvoda i koje su namijenjene primateljima s odobrenjem nadležnih tijela država članica za prijem takvih pošiljki.

Prema čl. 89. st. 1. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost farmaceutski proizvodi humane i veterinarske medicine za ljudsku i životinjsku uporabu na međunarodnim sportskim priredbama oslobođeni su poreza na dodanu vrijednost pri uvozu, u količinama potrebnim za zadovoljavanje njihovih potreba tijekom njihova boravka u Republici Hrvatskoj.

ustanove u javnom i privatnom vlasništvu oslobođene su plaćanja PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona kada obavljaju zdravstvene usluge.

U vezi navedenog oslobođenja ističemo da je odredbama čl. 133. Direktive Vijeća 2006/112/EZ (u daljnjem tekstu: Direktiva), državama članicama Europske unije dana mogućnost propisivanja uvjeta za primjenu pojedinačnog oslobođenja iz čl. 132. st. 1. toč. (b), (g), (h), (i), (l), (m) i (n) Direktive, i osobama koje nisu tijela s javnim ovlastima, s tim da država članica može propisati jedan od uvjeta ili više njih koji trebaju biti zadovoljeni. Sukladno navedenom, odredba čl. 133. toč. (a) Direktive prenesena je u čl. 39. st. 3. Zakona kojim je propisano da su plaćanja PDV-a oslobođene isporuke dobara ili usluga iz st. 1. toč. b), g), h), i), l), m) i n) toga članka, ako ih obavljaju ostale osobe na koje nisu prenijete javne ovlasti, pod uvjetom da ne teže ostvarivanju dobiti te ako se dobit ipak ostvari da se ne raspodjeljuje, nego se koristi za nastavak ili poboljšanje obavljanja usluga. S tim u vezi i sukladno mišljenju Ministarstva zdravstva, KLASA: 023-03/16-01/368, UR. BROJ: 534-02-1-1/4-16-2 od 16. prosinca 2016. godine, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti moraju zadovoljiti iste uvjete i sličan postupak prilikom osnivanja kao i zdravstvene ustanove te se smatra da navedenu djelatnost obavljaju u istim ili sličnim uvjetima kao zdravstvene ustanove. Međutim, trgovačka društva se osnivaju prema Zakonu o trgovačkim društvima, za samostalno i trajno obavljanje djelatnosti radi ostvarivanja dobiti proizvodnjom, prometom dobara ili pružanjem usluga na tržištu te se ne smatraju ostalim osobama iz čl. 39. st. 3. Zakona i ne mogu primijeniti oslobođenje od plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona kada obavljaju zdravstvene usluge.[25]

2) Oslobođenja od plaćanja poreza na dodanu vrijednost iz čl. 39. st. 1. toč. c) i e) Zakona o porezu na dodanu vrijednost

Sukladno izmijenjenim odredbama čl. 39. st. 1. toč. c) i e) Zakona koje su stupile na snagu 1. siječnja 2017. godine, plaćanja PDV-a oslobođeno je obavljanje medicinske njege u okviru bavljenja medicinskim i pomoćnim medicinskim zanimanjima kao i usluga što ih obavljaju dentalni tehničari te isporuka zubnih/protetskih nadomjestaka koje isporučuju dentalni tehničari i doktori dentalne medicine, neovisno o pravnom obliku isporučitelja. Naime, prema presudama Suda Europske unije oslobođenje iz odredbe čl. 132. st. 1. toč. (c) Direktive, koja je prenesena u čl. 39. st. 1. toč. c) Zakona, ne ovisi o pravnom obliku poreznog obveznika koji pruža medicinsku skrb, već za primjenu oslobođenja iz čl. 132. st. 1. toč. (c) Direktive samo dva uvjeta trebaju biti ispunjena: mora se raditi o medicinskim uslugama i moraju ih

[25] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-3., od 12. siječnja 2017. godine.

pružati kvalificirane osobe. Prema tome, oslobođenje iz čl. 39. st. 1. toč. c) i e) Zakona i dalje se primjenjuje na zdravstvene usluge obavljene u okviru privatne prakse, ali primjena navedenog oslobođenja ne može biti ograničena pravnim oblikom isporučitelja te su njime obuhvaćene i zdravstvene usluge koje primjerice obave kvalificirani zdravstveni radnici temeljem ugovora o djelu. Nadalje, u pojedinim slučajevima kvalificirani zdravstveni radnici mogu zdravstvene usluge obavljati u okviru pravne osobe koju su zajednički osnovali te je sukladno praksi Suda Europske unije u takvim slučajevima moguće primijeniti oslobođenje iz čl. 39. st. 1. toč. c) Zakona.[26]

3) Područje primjene oslobođenja od plaćanja poreza na dodanu vrijednost za zdravstvene usluge prema Zakonu o porezu na dodanu vrijednost

Oslobođenje od plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. b) i c) Zakona namijenjeno je regulaciji svih oslobođenja za zdravstvene usluge, ali ima različita područja primjene. U svrhu utvrđivanja područja primjene, ističemo da je prema sudskoj praksi Suda Europske unije mjesto izvršenja usluge, a ne priroda usluge, važniji kriterij za jasno razlikovanje oslobođenja iz čl. 132. st. 1. toč. (b) i (c) Direktive. Nadalje, navodi se da se toč. (b) čl. 132. st. 1. Direktive oslobađaju usluge koje sadrže brojne vidove medicinske skrbi u bolnicama i drugim sličnim ustanovama koje ispunjavaju socijalne svrhe, poput zaštite zdravlja ljudi, dok se toč. (c) oslobađaju usluge koje se pružaju izvan bolnica i drugih sličnih ustanova, bez obzira pružaju li se u stanu pružatelja usluga, stanu pacijenta ili na nekom drugom mjestu. Sukladno navedenom, zdravstvene usluge koje trgovačka društva obave u istim uvjetima u kojima se te usluge obavljaju u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama i dalje su obuhvaćene odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona te stoga oporezive PDV-om, međutim, ako zdravstvene usluge obave izvan bolničkih uvjeta, odnosno izvan uvjeta u kojima te usluge obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva od 1. siječnja 2017. godine mogu primijeniti oslobođenje iz čl. 39. st. 1. toč. c) Zakona, ako te usluge obavi kvalificirana osoba. Primjerice, u slučaju kada tri doktora medicine zajednički osnuju društvo s ograničenom odgovornošću koje kao pravna osoba obavlja isporuke zdravstvenih usluga pacijentima u vlastitim prostorijama za savjetovanje u uvjetima koji nisu bolnički, svaki je doktor kvalificiran i obavlja zdravstvene usluge, neovisno o tome što je isporuku obavilo trgovačko društvo koje se osniva s ciljem ostvarivanja dobiti, tako obavljene isporuke zdravstvenih usluga oslobođene su plaćanja PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. c) Zakona. Navedeno se odnosi na zdravstvene

[26] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-3., od 12. siječnja 2017. godine.

usluge koje se obavljaju u okviru medicinskih zanimanja kao što su psiholog, radni terapeut, fizioterapeut i slično. U vezi navedenog, napominjemo da se porezni obveznici koji obavljaju zdravstvene usluge izvan bolničkih uvjeta, odnosno izvan uvjeta u kojima te usluge obavljaju zdravstvene ustanove i oslobođeni su plaćanja PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. c) i e) Zakona, s 1. siječnja 2017. godine brišu iz registra obveznika PDV-a, ako su samo s te osnove bili upisani u isti te su iznimno obvezni nadležnoj ispostavi Porezne uprave podnijeti zahtjev za brisanje iz registra obveznika PDV-a najkasnije do 31. siječnja 2017. godine. Navedeni porezni obveznici imaju obvezu ispraviti odbitak pretporeza za gospodarska dobra i zalihe sukladno odredbama čl. 63., čl. 64. i čl. 65. a Zakona.[27]

4) Oslobođenja bez prava na odbitak pretporeza prema čl. 39. i čl. 40. Zakona o porezu na dodanu vrijednost – pojašnjenje poreznog tretmana isporuka zdravstvenih usluga koje obavi trgovačko društvo

U vezi dopuna odredbi čl. 39. st. 1. toč. c) i e) Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 73/13 do 115/16, u daljnjem tekstu: Zakon o PDV-u) i očitovanja Središnjeg ureda Porezne uprave, KLASA: 410-19/16-02/155, URBROJ: 513-07-21-01/17-3 od 12. siječnja 2017. godine. Zdravstvene usluge koje trgovačko društvo obavi u istim uvjetima u kojima se te usluge obavljaju u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama, primjerice specijalnim bolnicama, poliklinikama, domovima zdravlja obuhvaćene su odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona o PDV-u, međutim oporezive su PDV-om jer se trgovačka društva osnivaju radi ostvarivanja dobiti te se ne smatraju ostalim osobama iz čl. 39. st. 3. Zakona o PDV-u. Stoga se na njih ne može primijeniti oslobođenje od plaćanja PDV-a iz toč. c) Zakona o PDV-u. Zdravstvene usluge koje trgovačko društvo obavi izvan bolničkih uvjeta, odnosno izvan uvjeta u kojima te usluge obavljaju zdravstvene ustanove, primjerice u stanu pružatelja usluga, stanu pacijenta ili na nekom drugom mjestu oslobođene su plaćanja PDV-a prema čl. 39. st. 1. toč. c) Zakona o PDV-u, ako ih obavljaju kvalificirane osobe. Usluge dentalnih tehničara i isporuke zubnih/protetskih nadomjestaka koje isporučuju dentalni tehničari i doktori dentalne medicine u okviru trgovačkog društva obuhvaćene su odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona o PDV-u obzirom da se obavljaju u uvjetima u kojima te isporuke obavljaju zdravstvene ustanove (primjerice dentalni laboratoriji u poliklinikama), međutim oporezive su PDV-om jer se trgovačka društva osnivaju radi ostvarivanja dobiti te se ne smatraju ostalim

[27] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-3., od 12. siječnja 2017. godine.

osobama iz čl. 39. st. 3. Zakona o PDV-u. Stoga se na njih ne može primijeniti oslobođenje od plaćanja PDV-a iz točke e) Zakona o PDV-u.[28]

5) Oslobođenja bez prava na odbitak pretporeza prema čl. 39. i čl. 40. Zakona o porezu na dodanu vrijednost

Porezni obveznik iz dostavnog popisa postavio je upit o primjeni oslobođenja od plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 73/13 do 115/16, u daljnjem tekstu: Zakon) na usluge medicine rada. U upitu se navodi da porezni obveznik planira uspostaviti poslovnu suradnju s nekoliko izabranih medicina rada u svrhu utvrđivanja zdravstvenog stanja i sposobnosti za plovidbu njihovih pomoraca prema utvrđenim i dogovorenim standardima pregleda. Odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona propisano je oslobođenje od plaćanja PDV-a za bolničku i medicinsku njegu i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode. Smatra se da su zdravstvene usluge u vezi sa specifičnom zdravstvenom zaštitom radnika koje pružaju ugovorni subjekti Hrvatskog zavoda za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, primjerice liječnički pregledi i dijagnostički postupci radi utvrđivanja radne sposobnosti, ocjena zdravstvenog stanja radnika u odnosu na zahtjeve radnog mjesta, preventivni pregledi radnika prema obvezama poslodavaca proisteklih iz posebnih propisa ili kolektivnih ugovora, u izravnoj vezi s liječenjem i zdravstvenom zaštitom te su stoga oslobođene plaćanja PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona. Napominjemo da se prema odredbama čl. 50. st. 3. toč. 2. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 79/13 do 1/17) usluge koje se ne obavljaju u svrhu zdravstvene zaštite kao što su zdravstveni pregledi u vezi s utvrđivanjem sposobnosti za držanje i nošenje oružja, zdravstveni pregledi o sposobnosti za upravljanje motornim vozilima, ne smatraju uslugama oslobođenim plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. točke b) Zakona te su stoga oporezive PDV-om.[29]

6) Neresorbirajući kirurški konac – primjena ispravne stope poreza na dodanu vrijednost

Navedenim dopisom dostavili ste nam upit o primjeni stope PDV-a prilikom uvoza neresorbirajućeg kirurškog konca. U upitu navodite da se

[28] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-4., od 30. siječnja 2017. godine.

[29] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/186., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-4., od 2. veljače 2017. godine.

u aktivnostima carinskih tijela prilikom puštanja robe u slobodan promet pojavljuju učestala pitanja carinskih djelatnika i gospodarskih subjekata te da je uočen nejednak tretman u vezi primjene stope PDV-a prilikom uvoza kirurškog konca. Nadalje, navodite da smo se odgovorom, KLASA: 410-19/15-01/88, URBROJ: 513-07-21-01/16-8 od 9. svibnja 2016. očitovali da se prilikom uvoza kirurškog konca primjenjuje stopa PDV-a 5% te da se u očitovanju pozivamo na tumačenje pojma medicinskog proizvoda za ugrađivanje izdanog od strane Agencije za lijekove i medicinske proizvode (u daljnjem tekstu: HALMED), KLASA: 530-02/15-01/63, URBROJ: 381-13/86-15-02 od 10. rujna 2015., prema kojemu se svaki medicinski proizvod koji je namijenjen djelomičnom uvođenju u ljudsko tijelo kirurškom intervencijom i koji ostaje u tijelu nakon postupka najmanje 30 dana smatra medicinskim proizvodom za ugrađivanje. U upitu navodite da se u praksi u uvozu pojavljuje neresorbirajući kirurški konac (u predmetnom slučaju s iglom) koji se vadi iz tijela tjedan dana nakon šivanja te da je na osnovu zahtjeva Područnog carinskog ureda Zagreb – Carinskog ureda Zagreb II, HALMED dao svoje mišljenje, KLASA: 530-02/15-01/63, URBROJ: 381-13-07/117-16-04 od 17. srpnja 2016. da se takav proizvod ne može smatrati medicinskim proizvodom za ugradnju. Obzirom na navedeno, postavlja se pitanje koju stopu PDV-a primijeniti prilikom uvoza neresorbirajućeg kirurškog konca. Medicinskom opremom, pomagalima i drugim spravama koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida smatraju se proizvodi koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo – implantati, prema Listi proizvoda koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo, te ostali medicinski proizvodi za nadomještanje tjelesnog oštećenja ili nedostatka koji se stavljaju u promet pod nazivom iz stupca 3 Popisa ortopedskih i drugih pomagala iz Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO). U proizvode koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo – implantate, prema Listi proizvoda koji se kirurškim putem ugrađuju u ljudsko tijelo, navedene su, između ostalog, žice pod rednim brojem 33. čl. 47. st. 1. toč. e) Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine broj 79/13 do 1/17, u daljnjem tekstu: Pravilnik o PDV-u) i to za šivanje, za fiksaciju, za serklažu, za vezivanje, za ligature i drugo. Mišljenjem, KLASA: 530-02/15-01/63, URBROJ: 381-13/86-15-02 od 10. rujna 2015., HALMED se očitovao kako slijedi: «Kako se sterilni kirurški konci ugrađuju kirurškim putem, uglavnom se resorbiraju i zadržavaju u ljudskom organizmu od 45 dana do 2 godine u potpunosti odgovaraju definiciji implantata odnosno medicinskim proizvodima za ugradnju». Nadalje, odgovorom, KLASA: 530-02/15-01/63, URBROJ: 381-13-07/117-16-04 od 17. srpnja 2016. koje ste nam dostavili u privitku dopisa,

HALMED se očitovao kako slijedi: «S obzirom da se neresorbirajući konac za uporabu u dentalnoj medicini uobičajeno vadi tjedan dana nakon postupka šivanja, ne može ga se smatrati medicinskim proizvodom za ugradnju na koji se može primijeniti mišljenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode KLASA: 530-02/15-01/63, URBROJ: 381-13/86-15-02 od 10. rujna 2015. godine». Uzimajući u obzir navedeno, zaključujemo da podjela kirurškog konca obzirom na njegovu mogućnost resorbiranja u ljudskom organizmu nije jasno određena te smo mišljenja da se za potrebe oporezivanja PDV-om kirurški konac može smatrati žicama navedenim pod rednim brojem 33. čl. 47. st. 1. toč. e) Pravilnika o PDV-u, neovisno o tome je li resorbirajući ili neresorbirajući, obzirom da je njegova namjena u medicini ista odnosno da se koristi za šivanje, za fiksaciju, za serklažu, za vezivanje, za ligature i drugo. Stoga, kako ne bi dolazilo do nejednakog tretmana u primjeni stope PDV-a, pri isporuci, odnosno uvozu kirurškog konca primjenjuje se stopa PDV-a od 5% u smislu odredbi čl. 38. st. 2. toč. e) Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine broj 73/13 do 115/16) i čl. 47. st. 1. toč. e) Pravilnika o PDV-u, neovisno o tome je li kirurški konac resorbirajući ili neresorbirajući.[30]

7) Oporezivanje porezom na dodanu vrijednost krvnih pripravaka

Navedenim dopisom dostavili ste nam upit u vezi oporezivanja porezom na dodanu vrijednost (u daljnjem tekstu: PDV) krvnih pripravaka koji se ne izdaju na liječnički recept i nemaju odobrenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode (u daljnjem tekstu: HALMED), obzirom na, kako navodite, izmjene Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 73/13 do 115/16, u daljnjem tekstu Zakon o PDV-u). Nadalje ste naveli da su na Listi lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Lista lijekova HZZO-a) iskazane cijene krvnih pripravaka bez PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. d) Zakona o PDV-u. Obzirom na naše odgovore KLASA: 410-19/14-01/492, URBROJ: 513-07-21-01/14-3 od 9. listopada 2014. i KLASA: 410-19/14-01/07, URBROJ: 513-07-21-01/15-2 od 8. siječnja 2015. postavljeno je pitanje da li se oslobođenje od plaćanja PDV-a temeljem odredbe čl. 39. st. 1. toč. d) Zakona o PDV-u može primijeniti na krvne pripravke. U vezi oporezivanja lijekova sniženom stopom PDV-a od 5% smo se očitovali odgovorom KLASA: 410-19/14-01/07, URBROJ: 513-07-21-01/15-2 od 8. siječnja 2015. u kojem smo, između ostalog, naveli: «Odredbama čl. 38. st. 2. toč. d) Zakona i čl. 47. st. 1. toč. d) Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine broj 79/13, 85/13, 160/13, 35/14 i 157/14, u daljnjem tekstu: Pravilnik) propisano je da se PDV po sniženoj stopi 5% plaća

[30] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/15-01/88., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-11., od 6. travnja 2017. godine.

na lijekove koji se izdaju na liječnički recept prema odobrenju nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode prema posebnim propisima. Navedenim lijekovima smatraju se i lijekovi utvrđeni Odlukom o utvrđivanju Liste lijekova HZZO-a». Napominjemo da su 1. siječnja 2015. stupile na snagu odredbe Zakona o PDV-u i Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine broj 79/13 do 41/17, u daljnjem tekstu: Pravilnik o PDV-u) o primjeni stope PDV-a od 5% na lijekove koji se izdaju na liječnički recept i koji imaju odobrenje nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode (HALMED, Europska komisija). Navedeno uključuje i lijekove sa Liste lijekova HZZO-a. Nadalje, prema odredbama čl. 39. st. 1. toč. d) Zakona o PDV-u i čl. 52. Pravilnika o PDV-u PDV-a su oslobođene isporuke ljudskih organa i krvi, obavljene u svrhu liječenja prema posebnim propisima, te isporuke majčinog mlijeka. Lijek iz ljudske krvi ili ljudske plazme je, sukladno odredbama čl. 3. toč. 12. Zakona o lijekovima (Narodne novine broj 76/13 i 90/14) industrijski proizveden lijek, koji se temelji na sastojcima krvi kao što su: albumin, čimbenici zgrušavanja i imunoglobulini ljudskog podrijetla, uzimajući u obzir načelo samodovoljnosti u opskrbi ovim lijekovima. «Krv» je krv prikupljena od davatelja krvi u antikoagulantnu otopinu za preradu u krvne pripravke za transfuzijsko liječenje ili za daljnju preradu sukladno odredbama čl. 2. st. 1. toč. 1. Zakona o krvi i krvnim pripravcima (Narodne novine broj 79/06 i 124/11). Odredbama toč. 4. i 5. istog članka navedenog Zakona o krvi i krvnim pripravcima je propisano da je «krvni sastojak» dio krvi prikupljene od davatelja (eritrociti, leukociti, trombocit, plazma) te da je «krvni pripravak» bilo koji terapijski pripravak za transfuzijsko liječenje proizveden iz ljudske krvi ili krvnog sastojka. Prema navedenom, lijekovi koji se proizvode iz ljudske krvi koji se izdaju na liječnički recept i imaju odobrenje nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode te lijekovi iz ljudske krvi koji su na Listi lijekova HZZO-a podliježu oporezivanju stopom PDV-a od 5% sukladno odredbama čl. 38. st. 2. toč. d) Zakona o PDV-u. Slijedom navedenog, oslobođenje od plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. d) Zakona o PDV-u se može primijeniti na isporuke krvnih sastojaka kao što su krvna plazma i krvne stanice ljudskog podrijetla (eritrociti, leukociti i trombociti), obavljene u svrhu liječenja prema posebnim propisima, ali se ne može primijeniti na isporuku krvnih pripravaka.[31]

8) Oslobođenja bez prava na odbitak pretporeza prema čl. 39. i čl. 40. Zakona o porezu na dodanu vrijednost

Porezni obveznik iz dostavnog popisa postavio je upit o primjeni

[31] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/17-02/193., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-2., od 17. srpnja 2017. godine.

oslobođenja od plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. b) i čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 73/13 do 115/16, u daljnjem tekstu: Zakon) na usluge zdravstvenog pregleda osoba za potrebe sklapanja ugovora o osiguranju života. U upitu se navodi da osiguravajuće društvo naručuje navedene usluge od zdravstvenih ustanova te se postavlja pitanje jesu li te usluge oslobođene plaćanja PDV-a ili oporezive, odnosno radi li se o uslugama koje ulaze u kategoriju transakcija u okviru djelatnosti osiguranja. Odredbama čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona propisano je oslobođenje od plaćanja PDV-a za bolničku i medicinsku njegu i s time usko povezane djelatnosti koje obavljaju tijela s javnim ovlastima ili koje, u uvjetima koji su u socijalnom smislu slični uvjetima koji se primjenjuju na tijela s javnim ovlastima, obavljaju bolnice, centri za liječenje ili medicinsku dijagnostiku i druge priznate ustanove slične prirode. Prema odredbama čl. 50. st. 3. toč. 2. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine od broja 79/13 do 41/17, u daljnjem tekstu: Pravilnik) usluge koje se ne obavljaju u svrhu zdravstvene zaštite kao što su zdravstveni pregledi u vezi s utvrđivanjem sposobnosti za držanje i nošenje oružja, zdravstveni pregledi o sposobnosti za upravljanje motornim vozilima, vještačenja za sudske i druge postupke kao što je utvrđivanje očinstva, ne smatraju se uslugama oslobođenim plaćanja PDV-a iz čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona.

Sukladno odredbama čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona, PDV-a su oslobođene transakcije osiguranja i reosiguranja, uključujući s njima povezane usluge što ih obavljaju posrednici u osiguranju i reosiguranju i zastupnici u osiguranju. Nadalje, prema odredbama čl. 65. Pravilnika, poslovima osiguranja smatra se sklapanje i ispunjavanje ugovora o neživotnom i životnom osiguranju, osim obveznih socijalnih osiguranja. Plaćanja PDV-a oslobođene su usluge povezane s osiguranjem i reosiguranjem koje obavljaju posrednici u osiguranju i reosiguranju te zastupnici u osiguranju. Slijedom navedenog, obzirom da usluge zdravstvenog pregleda za životna, putna i druga osiguranja nisu u izravnoj vezi s liječenjem i pružanjem zdravstvene zaštite, ne mogu biti oslobođene od plaćanja PDV-a temeljem čl. 39. st. 1. toč. b) Zakona. Međutim, ako osiguravajuće društvo temeljem rezultata zdravstvenog pregleda procjenjuje rizik odnosno prihvatljivost pojedine osobe u svrhu sklapanja ugovora o osiguranju života, smatra se da obavlja transakciju u vezi s osiguranjem. Prema tome, ako je zdravstveni pregled osobe sastavni dio postupka odobrenja osiguranja koje će uslijediti nakon toga, u tom je slučaju oslobođen plaćanja PDV-a sukladno odredbama čl. 40. st. 1. toč. a) Zakona.[32]

[32] Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/17-02/210., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-2., od 28. kolovoza 2017. godine.

5. ZAKLJUČAK

Današnji zdravstveni sustavi, pa tako i hrvatski, nikada nisu bili pod većim pritiskom ubrzanih društvenih promjena, a oslanjanje na trenutna znanja i iskustva ključ je odgovora na buduće izazove. S tim izazovima ponajviše se treba nositi javni zdravstveni sustav, tj. javno zdravstvo, koje je u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. opisano kao znanost i umijeće sprječavanja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva.[33]

Svaka socijalna država treba težiti ostvarenju zdravstvenih ciljeva a to su: osiguranje novčanih sredstava za zdravstvenu zaštitu, postavljanje ispravnih ekonomskih poticaja u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga, osiguranje da korisnici imaju odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj zaštiti, osigurati financiranje javno-zdravstvenih usluga od opće važnosti, vodoravna i okomita pravednost u prikupljanju i trošenju novca za zdravstvene usluge.[34]

Osim organizacije, upravljanja i financiranja zdravstvenog sustava, Republika Hrvatska mjerama gospodarske i socijalne politike stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva. Mjerama porezne i gospodarske politike potiče razvijanje zdravih životnih navika. U svrhu održivog razvoja i unapređenja kvalitete osigurava razvoj znanstvene djelatnosti na području zdravstvene zaštite.[35] [36]

---

[33] Podrobnije vidjeti u: Das deutsche Gesundheitssystem Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten Gesundheit Hand in Hand Herausgeber: BKK Bundesverband, Druck: WOESTE Druck und Verlag GmbH & Co. KG, Zweite Auflage, Essen, 2009.

[34] Istraživanja analize učinkovitosti i efikasnosti zdravstvenog sustava, s primarnim naglaskom na analizu bolnica, postaju sve češća, ali i sve značajnija za procjenu ukupne uspješnosti zdravstvene politike u nekoj državi. Istraživanja ove vrste različitog su obuhvata, od onih u kojima se vrši mjerenje efikasnosti cijelog sustava zdravstvene zaštite i to uglavnom usporedbom sustava više država preko mjerenja efikasnosti bolnica, do mjerenja efikasnosti pojedinih odjela bolnice ili nekih usluga ili pojedinih liječnika i/ili drugih zaposlenika. Navedeno prema: A. Afonso, M. St. Aubyn, Non-parametric Approaches to Education and Health, Efficiency in OECD Countries, Journal of Applied Economies, VIII., 2005., str. 227.-246.

[35] Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 2012., str. 19.

[36] Osim izazova po hrvatski zdravstveni sustav u smislu financijske održivosti (premali broj onih koji plaćaju doprinose, sustav ovisi o plaćama što ga čini ovisnim o tržištu rada i slično), treba uzeti u obzir i starenje hrvatskog stanovništva te smanjenje udjela radno aktivnog stanovništva. Neslužbena ekonomija se smatra dosta raširenom pa su potrebni dodatni napori kako bi se riješio taj problem i potaknuli financijski tijekovi u sustav zdravstvene zaštite. Dodatno, izazovi održivosti financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava rezultat su: 1) prevelike javne potrošnje na zdravstvenu zaštitu

Stoga je nužno uvesti i neke promjene u porezni sustav Republike Hrvatske, koje se odnose na zdravstveni sustav i to:

1) U pogledu opće stope poreza na dodanu vrijednost Direktiva Europske unije o zajedničkom sustavu poreza na dodanu vrijednost predviđa samo donju granicu opće stope za isporuku dobara i obavljenih usluga koja ne može iznositi manje od 15%.

Osim toga, Direktiva predviđa da države članice mogu primjenjivati jednu ili dvije snižene stope na isporuku određenih kategorija dobara i obavljenih usluga, predviđenih Direktivom, koje se utvrđuju kao postotak oporezivog iznosa koji ne može biti manji od 5%.[37]

Izuzetak od pravila predstavlja primjena posebnih stopa poreza na dodanu vrijednost na određene isporuke koja je dozvoljena pojedinim državama članicama Europske unije. Tako, na primjer, pojedine države članice (Irska, Francuska, Luksemburg, Španjolska) primjenjuju posebnu sniženu stopu koja je niža od 5% na određene isporuke koja se naziva super snižena stopa. Na primjer, u Španjolskoj se primjenjuje super snižena stopa od 4% na određene usluge kao što su održavanje i prilagođavanje prijevoznih sredstava za osobe s invaliditetom. U Francuskoj se također primjenjuje super snižena stopa poreza na dodanu vrijednost od 2,1% na niz isporuka, između ostalog, na isporuku farmaceutskih proizvoda.[38]

---

kao udjel BDP-a koja je jedna od najvećih u regiji, 2) neproporcionalno visokih i često neopravdanih izdataka za lijekove, 3) relativno visokih doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje koji imaju utjecaja i na međunarodnu konkurentnost nacionalnih kompanija jer utječu na visinu plaća, a tako i na ukupne troškove finalnog proizvoda na tržištu uslijed čega je i došlo do smanjenja istih, 4) nedostatka privlačenja inozemnih investitora koji potencijalno mogu imati pozitivnu ulogu za rast i razvoj nacionalne ekonomije, 5) netransparentnosti financiranja, 6) neprikladnog i nestručnog upravljanja zdravstvenim ustanovama, 7) nedovoljno razvijene konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite, 8) nedostatnih napora u prevenciji bolesti što bi također pomoglo u zadržavanju troškova, odnosno poticanju učinkovitosti, 9) problema distribucije sredstava, 10) predugih rokova plaćanja, 11) utjecaja ekonomske situacije, 12) nedostatka nadzora. Nadzor predstavlja temelj učinkovitog sustava zdravstva, a bez učinkovitog i pravilno postavljenog sustava nadzora ne mogu se primijetiti, izmjeriti ili prevenirati neke neuobičajene pojave. Navedeno prema: Ibid., str. 195.

37 COUNCIL DIRECTIVE (EU) 2016/856 of 25. May 2016. mending Directive 2006/112/EC on the common system of value added tax, as regards the duration of the obligation to respect a minimum standard rate: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32016L0856.

38 European Commission, VAT rates applied in the Member States of the European Union, situation as at 1st January 2017., Chapter IV: LIST OF SUPER-REDUCED RATES (LESS THAN 5%) APPLIED IN THE MEMBER STATES.

Prilogom III. Direktive Europske unije o zajedničkom sustavu poreza na dodanu vrijednost moguće je primijeniti snižene porezne stope na primjer za: 1) farmaceutski proizvodi koji se obično koriste za zdravstvenu njegu, sprečavanje bolesti, za liječenje u medicinske i veterinarske svrhe, uključujući proizvode koji se koriste za kontracepciju i sanitarnu zaštitu, 2) medicinska oprema, pomagala i ostala sredstva koja se obično koriste za olakšavanje ili liječenje invalidnosti, isključivo za osobnu uporabu osoba s invaliditetom, uključujući popravke takve robe i isporuke auto sjedalica za djecu, 3) isporuka zdravstvenih i stomatoloških usluga i termalno liječenje, ukoliko te usluge nisu izuzete u skladu s Direktivom, 4) usluge kućne njege kao što je kućna pomoć i briga o mladima, starima, bolesnim osobama i osobama s invaliditetom.[39]

Kao što je već rečeno u Republici Hrvatskoj se lijekovi koji se izdaju na liječnički recept i koji imaju odobrenje nadležnog tijela za lijekove i medicinske proizvode, te medicinska oprema, pomagala i druge sprave koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti isključivo za osobnu uporabu invalida propisane Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje oporezuju porezom na dodanu vrijednost po stopi od 5%. Republika Hrvatska treba (trebala se) izboriti da ta stopa od 5% bude niža na primjer, za isporuku farmaceutskih proizvoda, pomagala i druge sprave koje se koriste za ublažavanje liječenja invalidnosti i slično, a da se pritom poštuje pravna stečevina Europske unije (izuzeci su dozvoljeni ako za to postoje pravni i ekonomski opravdani razlozi) s jedne strane i specifičnosti u kojima se nalazi hrvatski zdravstveni sustav s druge strane.

2) Država je važan čimbenik koji zakonskom regulativom potiče društveno odgovorno ponašanje poduzetnika kroz različite porezne olakšice, odnosno odricanjem prihoda od poreza kroz olakšice pomaže stvaranju dodane vrijednosti za društvo. Zakon o porezu na dobit[40] uređuje koja se darovanja (donacije) smatraju porezno priznatim troškom. Prema čl. 7. st. 1. toč. 10. i st. 7. Zakona o porezu na dobit porezna osnovica se povećava za darovanja, a

[39] O stopama poreza na dodanu vrijednost podrobnije vidjeti u: H. Šimović, M. Deskar Škrbić, Efikasnost poreza na dodanu vrijednost u Hrvatskoj, EFZG serija članaka u nastajanju, Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2016., str. 2.-16., L. Bettendorf, S. Cnossen, The Long Arm of the European VAT, Exemplified by the Dutch Experience, CESifo Working Paper, No. 4730., 2014., A. A. Tait, Value Added Tax: International Practice and Problems, Washington, International Monetary Found, 1988., S. Cindori, S. Pogačić, Problematika utvrđivanja broja i visine stopa poreza na dodanu vrijednost, Ekonomska misao i praksa, br. 2., Zagreb, 2010., str. 10.-14.

[40] Narodne novine, br. 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16.

darovanjima se smatraju darovanja u naravi ili novcu, učinjena u tuzemstvu za kulturne, znanstvene, odgojno-obrazovne, zdravstvene, humanitarne, sportske, vjerske, ekološke i druge općekorisne svrhe udrugama i drugim osobama koje navedene djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima, ako su veća od 2% prihoda ostvarenog u prethodnoj godini. Iznimno, svota može biti i veća od 2% prihoda prethodne godine ako je dana prema odlukama nadležnih ministarstva o provedbi financiranja posebnih programa i akcija.

U darovanja iz čl. 7. st. 7. Zakona o porezu na dobit spada i plaćanje troškova za zdravstvene potrebe fizičkih osoba (operativne zahvate, liječenja, nabavu lijekova i ortopedskih pomagala) rješavanje kojih nije plaćeno osnovnim, dopunskim, dodatnim i privatnim zdravstvenim osiguranjem niti na teret sredstava fizičke osobe, a pod uvjetom da je darovanje odnosno plaćanje troškova obavljeno na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove te na temelju vjerodostojnih isprava.[41]

Drugim riječima porezna osnovica povećava se za darovanja iznad svote propisane čl. 7. st. 7. Zakona o porezu na dobit[42] odnosno svota darovanja koja je veća od 2% od ukupno ostvarenog prihoda prethodne godine ne može biti porezno priznat trošak. Kao što je već rečeno iznimno, svota može biti i veća

---

[41] Identično je regulirano i u čl. 8. st. 1. toč. 4. Zakona o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 115/16.

Čl. 4. st. 2. Pravilnika o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 10/17., regulirano je da se u skladu s čl. 8. st. 1. toč. 4. Zakona o porezu na dohodak dohodak ne utvrđuje po osnovi primitaka koje fizičke osobe ostvaruju darovanjima u novcu i dobrima dobivenima od pravnih i fizičkih osoba za zdravstvene potrebe, pod propisanim uvjetima i do visine stvarno nastalih izdataka za tu namjenu. Od tih primitaka ne utvrđuje se dohodak pod uvjetom da: 1) zdravstvene potrebe koje se financiraju danim darovanjima nisu plaćene iz osnovnog, dopunskog, dodatnog ili privatnoga zdravstvenog osiguranja niti na teret sredstava fizičke osobe, 2) su novčana sredstva (darovanja) isplaćena na žiroračun fizičke osobe primatelja darovanja ili zdravstvene ustanove u tuzemstvu ili u inozemstvu za te svrhe te 3) davatelj i primatelj darovanja o navedenim darovanjima i njihovu korištenju posjeduju vjerodostojne isprave (potvrde o primitku dobara, isprave o izvršenoj doznaci na žiroračun primatelja, račune za izvršene zdravstvene usluge i drugo).

Ako primljena darovanja nisu u cijelosti ili dijelom utrošena za zdravstvene potrebe primatelja, neutrošena novčana sredstva ili vrijednost darovanja smatraju se oporezivim primitkom.

Davatelj darovanja obvezan je voditi evidenciju o danim darovanjima, neovisno u kojem obliku, koja osobito sadrži sljedeće podatke: nadnevak isplate odnosno davanja, ime i prezime primatelja darovanja te njegov OIB, način isplate (na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove ili u dobrima) i iznos koji se daruje.

[42] Čl. 30. st. 1. Pravilnika o porezu na dobit, Narodne novine, br. 95/05, 133/07, 156/08, 146/09, 123/10, 137/11, 61/12, 146/12, 160/13, 12/14, 157/14, 137/15, 1/17.

od 2% od ukupno ostvarenog prihoda prethodne godine ako je dana prema odlukama nadležnih ministarstva o provedbi financiranja posebnih programa i akcija.

Trebalo bi izmijeniti zakonske odredbe Zakona o porezu na dobit na način: «da se darovati može i iznad 2% od ukupno ostvarenog prihoda prethodne godine kao porezno priznati trošak na primjer, najviše do 10% od ukupno ostvarenog prihoda prethodne godine kao porezno priznati trošak a posebice kad se radi o zdravstvenim općekorisnim svrhama.

3) Prema postojećim podacima, odnosno bazama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), zdravstvenih radnika, uključujući i zdravstvene suradnike, ima 59.426, time su obuhvaćeni svi pružatelji zdravstvene zaštite koji imaju ugovorni odnos s HZZO-om. Od navedenog broja udio doktora/magistra farmacije je 26,9%, odnosno 15.986. Doktora na specijalizaciji je 1.665 (2,8% od ukupnog broja zdravstvenih radnika, odnosno 10,42% od ukupnog broja doktora/magistra farmacije), ukupan broj doktora specijalista je 8.134 (13,69% od ukupnog broja zdravstvenih radnika, 50,88% od ukupnog broja doktora/magistra farmacije).[43] Stoga je nužno osigurati cjeloživotno obrazovanje zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja – dodjeljivanje većeg broja specijalizacija (subspecijalizacija), odlazaka na znanstvene i stručne skupove u tuzemstvo i inozemstvo, odlazaka na usavršavanja u inozemstvo. Trebalo bi raditi na permanentnom stručnom osposobljavanju i usavršavanju nezdravstvenog osoblja, npr. ekonomista i pravnika zaposlenih u bolničkim ustanovama, u Službi za unutarnju reviziju, Službi za poslove upravnog postupka u HZZO-ou i drugim pravnim službama. Posebno trebaju biti educirani pravnici i drugi referenti koji su zaposleni u Službi za poslove upravnog postupka HZZO-a jer rješavaju o pravnim pitanjima iz područja financiranja javnog zdravstva.

Izobrazba zdravstvenih radnika odnosno njihovo stručno usavršavanje (na primjer, odlazak na konferencije, kongrese, simpozije, znanstvene i stručne skupove i slično) u načelu uvijek treba biti oslobođeno od plaćanja poreza na dodanu vrijednost – ovdje se radi o izravnoj vezi s liječenjem jer će zdravstveni radnici znanja stečena na usavršavanju primjenjivati svakodnevno u liječenju pacijenata, a pod uvjetom da se radi o programima odnosno skupovima koje organiziraju hrvatsko/međunarodno stručno ili znanstveno društvo (na primjer, akademije, medicinski fakulteti, pravni fakulteti, zdravstvene ustanove, državna tijela nadležna za zdravstvo i znanost i slično) a koji su verificirani od strane nadležnih tijela.

[43] Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020., Ministarstvo zdravlja, Zagreb, 2015., str. 12.-13.

POPIS LITERATURE

A. Afonso, M. St. Aubyn, Non-parametric Approaches to Education and Health, Efficiency in OECD Countries, Journal of Applied Economies, VIII., 2005.

L. Bettendorf, S. Cnossen, The Long Arm of the European VAT, Exemplified by the Dutch Experience, CESifo Working Paper, No. 4730., 2014.

D. Birk, M. Desens, H. Tappe, Steuerrecht, 18. Auflage, C. F. Müller, Heidelberg, 2015/16.

S. Cindori, S. Pogačić, Problematika utvrđivanja broja i visine stopa poreza na dodanu vrijednost, Ekonomska misao i praksa, br. 2., Zagreb, 2010.

Das deutsche Gesundheitssystem Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten Gesundheit Hand in Hand Herausgeber: BKK Bundesverband, Druck: WOESTE Druck und Verlag GmbH & Co. KG, Zweite Auflage, Essen, 2009.

European Commission, VAT rates applied in the Member States of the European Union, situation as at 1st January 2017., Chapter IV: LIST OF SUPER-REDUCED RATES (LESS THAN 5%) APPLIED IN THE MEMBER STATES.

Bo. Jelčić, O. Lončarić-Horvat, J. Šimović, H. Arbutina, N. Mijatović, Financijsko pravo i financijska znanost, Narodne novine, Zagreb, 2008.

Komunikacija Europske Komisije O učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima, Bruxelles, 4. 4. 2014., COM(2014) 215 final.

K. Messere, Porezi dvadesetog stoljeća i njihova budućnost, Financijska teorija i praksa, br. 2., Zagreb, 2001.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 2012.

R. Ostojić, V. Bilas, S. Franc, Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Poslovna izvrsnost, god. VI., br. 2., Zagreb, 2012.

Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020., Ministarstvo zdravlja, Zagreb, 2015.

D. Stuckler, S. Basu, M. McKee, Public Health in Europe: Power, Politics and Where Next?, Public Health Reviews, br. 32., 2013.

H. Šimović, M. Deskar Škrbić, Efikasnost poreza na dodanu vrijednost u Hrvatskoj, EFZG serija članaka u nastajanju, Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2016.

A. A. Tait, Value Added Tax: International Practice and Problems, Washington, International Monetary Found, 1988.

Zaključci Vijeća Europe Komisije o zajedničkim vrijednostima i načelima zdravstvenih sustava Europske unije, SL C 146, 22. 06. 2006.

Pravni propisi

Pravilnik o porezu na dobit, Narodne novine, br. 95/05, 133/07, 156/08, 146/09, 123/10, 137/11, 61/12, 146/12, 160/13, 12/14, 157/14, 137/15, 1/17.

Pravilnik o porezu na dodanu vrijednost, Narodne novine, br. 79/13, 85/13 -ispravak, 160/13, 35/14, 157/14, 130/15, 1/17, 41/17.

Pravilnik o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 10/17.

Direktiva Vijeća 2006/112/EZ od 28. studenoga 2006. o zajedničkom sustavu poreza na dodanu vrijednost (SL L 347, 11. 12. 2006.) kako je zadnje izmijenjena Direktivom Vijeća (EU) 2016/1065 od 27. lipnja 2016. o izmjeni Direktive 2006/112/EZ u vezi s

tretmanom vrijednosnih kupona (SL L 177, 1. 7. 2016.).
Direktiva Vijeća 2008/9/EZ od 12. veljače 2008. kojom se utvrđuju detaljna pravila za povrat poreza na dodanu vrijednost, predviđen u Direktivi 2006/112/EZ, poreznim obveznicima koji nemaju poslovni nastan na području države članice povrata nego u nekoj drugoj državi članici (SL L 44, 20. 2. 2009.).
Trinaesta Direktiva Vijeća 86/560/EEZ od 17. studenoga 1986. o usklađivanju zakona država članica vezano za porez na promet – postupci za povrat poreza na dodanu vrijednost poreznim obveznicima koji nemaju poslovni nastan na području Zajednice (SL L 326, 21. 11. 1986.).
Direktiva Vijeća (EU) 2016/856 od 25. svibnja 2016. o izmjeni Direktive 2006/112/EZ o zajedničkom sustavu poreza na dodanu vrijednost, u pogledu trajanja obveze poštovanja najniže standardne stope (SL L 142, 31. 5. 2016.).
Direktiva Vijeća (EU) 2016/1065 od 27. lipnja 2016. o izmjeni Direktive 2006/112/EZ u vezi s tretmanom vrijednosnih kupona (SL L 177, 1. 7. 2016.).
Zakon o porezu na dobit, Narodne novine, br. 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16.
Zakon o porezu na dodanu vrijednost, Narodne novine, br. 73/13, 148/13, 143/14, 115/16, Rješenje USRH 99/13, 153/13.
Zakon o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 115/16.
Uredba Vijeća (EZ) br. 1186/2009. od 16. studenoga 2009. godine kojom se uspostavlja sustav carinskih olakšica u Zajednici.

Mišljenja Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu

Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-3., od 12. siječnja 2017. godine.
Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/155., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-4., od 30. siječnja 2017. godine.
Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/16-02/186., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-4., od 2. veljače 2017. godine.
Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/15-01/88., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-11., od 6. travnja 2017. godine.
Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/17-02/193., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-2., od 17. srpnja 2017. godine.
Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-19/17-02/210., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/17-2., od 28. kolovoza 2017. godine.

Internet izvori

COUNCIL DIRECTIVE (EU) 2016/856 of 25. May 2016. mending Directive 2006/112/EC on the common system of value added tax, as regards the duration of the obligation to respect a minimum standard rate: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32016L0856.
http://www.echo-health.eu.
Eurohope http://www.eurohope.info.
EuroREACH http://www.euroreach.net.

SUMMARY

TAXATION OF HEALTH SERVICES WITH VALUE ADDED TAX

Health is the main goal that every country needs to develop and guide its health policy. Health systems need to improve the quality of life. It is therefore necessary to strive for the realization of the principle of horizontal and vertical justice in the collection and spending of money for health services, or the establishment of proper legal and economic incentives in the use and provision of health services, which implies some changes in the existing tax system of the Republic of Croatia, particularly in the value added tax system.

Keywords: Value Added Tax, Health Services, Health Systems.

PRAVNI ASPEKTI PREKOGRANIČNE MOBILNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA – EUROPSKA I GLOBALNA PERSPEKTIVA

UDK: 314.7.044/.045 : 614.253.5 (4 - 6 EU)
Primljeno: 11. listopada 2017.
Izvorni znanstveni rad

izv. prof. dr. sc. Ines Medić
Pravni fakultet, Sveučilište u Splitu
ines.medic@pravst.hr

Danas se prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika generalno smatra sredstvom razvoja i bolje distribucije globalnog zdravlja. Međutim, posljedice prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika mogu imati i pozitivne i negativne efekte, pa se sve više pozornosti poklanja pokušajima mapiranja i kvantificiranja te stvaranju adekvatnog pravnog okvira prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika. S ciljem utvrđivanja različitih elemenata mobilnosti koji imaju potencijal utjecati na stabilnost nacionalnih zdravstvenih sustava, u radu se razmatra: mobilnost kao proces, faktore koji na nju utječu, instrumente pravne regulacije mobilnosti, izvore prava EU te Svjetske zdravstvene organizacije. Cilj je rada identificiranje čimbenika koji, u okviru postojećeg ili stvaranjem novog zakonodavnog okvira, mogu pomoći uspostavljanju ravnoteže na globalnom tržištu zdravstvenih usluga.

Ključne riječi: prekogranična mobilnost, zdravstveni radnici, pravna regulacija, Europska unija, globalna perspektiva

I. UVOD

Danas se prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika[1] smatra sredstvom razvoja i bolje distribucije globalnog zdravlja.[2] Naime, slobodu zdravstvenih radnika da pružaju svoje usluge na globaliziranom tržištu potrebno je promatrati u kontekstu globalnog manjka ljudskih potencijala u segmentu zdravstva.[3] S

[1] Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji „zdravstvenim radnikom" smatra se „svaka osoba uključena u aktivnosti čiji je primarni cilj poboljšanje zdravlja". Vidi: WHO: The World Health Report 2006 – working together for health, Geneva, 2006. Dostupno na: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf , preuzeto 25. 9. 2017.

[2] International Organization for Migration (IOM): Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move, Geneva, 2003.

[3] **Aluttis, C./Bishaw, T./Frank, M.W.**: The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration, Global Health Action, Vol. 7., 2014.. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926986/ , preuzeto 15. 9. 2017.

obzirom na manjak podataka vezanih uz manjkavu statistiku, kompleksnost migracijskih putova i definiciju statusa zdravstvenog radnika – migranta u državi primateljici, vrlo je teško govoriti o migraciji zdravstvenih radnika u egzaktnim brojkama.[4]

Ipak, to nije spriječilo pokušaje mapiranja i kvantificiranja prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika. Tako je, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2006. godine, na globalnom planu nedostajalo gotovo 4,3 milijuna liječnika, babica, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika. Ukupno 75 država (od kojih je veći broj u Africi) nije uspijevalo osigurati ni „minimalni broj zdravstvenih radnika neophodnih za ostvarivanje osnovnih zdravstvenih usluga" (barem 2,5 zdravstvena radnika na 1000 stanovnika).[5] Prema studiji koju je 2007. godine provela Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj (dalje: OECD), gotovo sve europske OECD države bilježe manjak zdravstvenih radnika i pojačano se oslanjaju na uvoz zdravstvenih radnika iz drugih zemalja.[6] I tzv. PROMeTHEUS studija[7] iz 2011. godine upućuje na to da se, za razliku od Estonije, Slovačke i Poljske, države poput Velike Britanije, Švicarske i Slovenije u većoj mjeri oslanjaju na uvoz zdravstvenih radnika.[8]

Kad govorimo o uvozu zdravstvenih radnika, mislimo prvenstveno na one zdravstvene radnike koji su se školovali u inozemstvu. Dakle, potrebno je napraviti distinkciju između zdravstvenih radnika koji su rođeni u inozemstvu i onih koji su školovani u inozemstvu. Naime, kad govorimo o prekograničnoj mobilnosti zdravstvenih radnika u pravilu govorimo o mobilnosti zdravstvenog osoblja koje je svoju naobrazbu steklo u inozemstvu, dakle, domaćih i stranih državljana koji su se školovali u inozemstvu. Odatle slijedi da se u tu kategoriju ne ubrajaju zdravstveni djelatnici rođeni u inozemstvu, a koji su svoju zdravstvenu naobrazbu stekli u državi u kojoj rade.[9]

---

4 **Bach, S.**: Migration patterns of physicians and nurses: still the same story?, Bull World Health Org., 82(8), Aug. 2007, str. 624-5.

5 WHO: The World Health Report 2006, vidi bilj. 1

6 Organisation for Economic co-operation and Development (OECD): Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration, 2007. Dostupno na: http://www.who.int/hrh/migration/2007_annual_report_international_migration.pdf , preuzeto 13. 8. 2017.

7 The Health Professional Mobility in the European Union Study (PROMeTHEUS).

8 **Wismar, M./ Maier, C./Glinos, I./Bremner, J./Dussault, G./Figueras, J.**: Health professional mobility and health systems in Europe: an introduction, u: Wismar, M./ Maier, C.B./ Glinos, I.A./ Dussault, G./Figueras, J. (eds.): Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2011., str. 3–22.

9 OECD, vidi bilj. 6.

S obzirom da prekogranična mobilnost zdravstvenih djelatnika ima potencijal u većoj ili manjoj mjeri utjecati na stabilnost nacionalnih zdravstvenih sustava, u daljnjem tekstu osvrnut ćemo se na: mobilnost kao proces, faktore koji na nju utječu, instrumente pravne regulacije mobilnosti, izvore prava EU te Svjetske zdravstvene organizacije. Cilj je ovog rada identificiranje čimbenika koji, u okviru postojećeg ili stvaranjem novog zakonodavnog okvira, mogu pomoći uspostavljanju ravnoteže na globalnom tržištu zdravstvenih usluga.

II. PREKOGRANIČNA MOBILNOST KAO PROCES

S obzirom na različite okolnosti u pozadini migracija i iskustva vezana uz migracije mogu biti različita. Naime, nije svejedno radi li se o privremenoj ili trajnoj migraciji, o državljaninu EU ili treće države, o tražitelju azila ili supsidijarne zaštite.

Primjerice, uklanjanjem pravnih i regulatornih barijera radi olakšanja kretanja radnika teritorijem EU, stvoren je višeznačni pojam migranta. Državljani trećih država postali su dvostruki autsajderi: stranci za nacionalna tijela i državljani trećih država za EU i države članice.[10] Za razliku od državljana država članica, „osuđeni" su na imigracijske zakone i graničnu kontrolu u državama članicama. K tome, „velikodušnost" EU prema državljanima država članica potencijalni je generator jačanja imigracijske kontrole u odnosu na državljane trećih država, kao mjere kontrole priliva stranih zdravstvenih radnika.[11] To opet vodi ka pojavi nedokumentiranih prekograničnih migracija zdravstvenih radnika, dakle, državljana država EU ili trećih država bez dozvole za boravak i rad, koji rade neprijavljeni.[12] Takva radna snaga često je sustavno i disporporcionalno izložena nestabilnim radnim uvjetima ili uživa manje prava i ima manje profesionalnih mogućnosti što vodi ka jačanju nejednakosti unutar istog zdravstvenog sustava.[13]

---

[10] **Ferrera, M.**: The bondaries of welfare – European integration and the new spatial politics of social protection, Oxford University Press, 2005. Vidi i: Glinos, I.A.: Going beyond numbers: A Typology of health professional mobility inside and outside the European Union, Public and Society, 33, 2014., str. 32.

[11] Vidi: **Young, A.**: A major destination country: The United Kingdom and its changing recruitment policies, u: Wismar, M./Maier, C.B./ Glinos, I.A./ Dussault, G./Figueras, J. (eds.): Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2011.

[12] **Humfries, E./Tyrell, S./McAleese, P./Bidwel, S. /Thomas, C.**: Norm and Brain gain, waste and drain – a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland, Human Resources for Health, 2013.

[13] **Glinos, I.A.**: Going beyond numbers: A typology of health professional mobility inside and outside the European Union, Policy and Society, 33(1), 2014., str. 25.-37. (dalje: Glinos 2014).

Nadalje, za razliku od tržišta rada općenito, u slučaju zdravstvenih radnika imigracija je mnogo skuplji, administrativno složeniji i rizičniji proces, nego kad je riječ o drugim skupinama radnika.[14] Naime, ove profesije zahtijevaju priznavanje diplome, često i proces (pre)kvalifikacije, potrebu za učenjem novog jezika (ili stručne terminologije), prilagodbu na različitu kliničku praksu, itd.

Već samo priznavanje diplome, u ovisnosti o državljanstvu radnika migranta, može biti relativno jednostavan ili pak krajnje mukotrpan proces. U slučajevima u kojima se ne primjenjuje Direktiva o priznavanju kvalifikacija, postupak može trajati i po nekoliko godina. Nema nikakve garancije da će njihove diplome zapravo biti priznate. Čak i kad to je slučaj, postoje brojne druge zapreke na putu do zapošljavanja na razini na koju su navikli, tako da nerijetko završavaju radeći na nižoj razini od one na koju su navikli ili koju su očekivali.[15] S obzirom da takav ishod predstavlja svojevrstan oblik deprofesionalizacije, u kombinaciji s drugim faktorima povezanim s prilagodbom na novu sredinu može voditi ka frustraciji.

I znanje jezika testira se unaprijed. Određene studije pokazuju da je samoprocjena poznavanja i upotrebe jezika često subjektivna, te da literarna pismenost ne mora nužno korespondirati s verbalnom pismenosti.[16] Stoga je česta i potreba za učenjem novog jezika (ili stručne terminologije) što također može trajati prilično dugo. Ipak, vrijedno je truda jer određena istraživanja pokazuju da visina primanja nerijetko korelira s razinom znanja jezika države odredišta.[17]

Razlike postoje i u sustavu licenciranja radnika migranata. Tako je moguće da unutar jedne države postoji više različitih sustava licenciranja, primjerice radnici migranti koji imaju više od dvadeset godina iskustva podvrgavaju se nadzoru kroz određeno vrijeme s velikim izgledima za dobivanje licence.

[14] **Rutten, M.**: The economic impact of medical migration: a receiving country's perspective, The World Economy, 2009., str. 291.-325.; Bärninghausen, T./Bloom, D.E.: The global health workforce, u: Glied, S./Smith, P.C. (eds.): Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press, 2011., str. 486.-519.

[15] **Tjadens, F./Roerink, H.**: Arbeidsmigratie door verpleegkundigen naar Nederland. Een inventarisatie van ervaringen, feiten en meningen, Utrech: NIZW IC/LOIB, September 2002., prema : Tjadens, F.: International mobility of health professionals to and from the Netherlands. Macro-report in the framework of the FP7-Mohprof-project. Alpen aan den Rijn, Health and Social Care Associates, 2009.

[16] **Sharieff, W./Zakus, D.:** Resource utilisation and costs borne by international medical graduates in their pursuit for practice license in Ontario, Canada, Pakistan Journal of Medical Sciencces, 22(2), 2006., str. 110.-115.

[17] **Ferrer, A./Green, D.A./Riddell, C.W.**: The effect of literacy on immigrant earnings, Journal of Human Resources, 41(2), 2006., str. 380.-410.

Nasuprot tome, radnici migranti koji imaju manje od dvadeset godina iskustva moraju polagati ispit, što je u pravilu povezano s manjim izgledima za dobivanje licence.[18]

Konačno, i sami imigracijski postupci nerijetko su dugotrajni i prilično skupi.[19]

III. FAKTORI KOJI UTJEČU NA PREKOGRANIČNU MOBILNOST

Postoji cijeli niz faktora koji utječu na prekograničnu mobilnost. Tako je moguće govoriti o faktorima koji utječu na odljev zdravstvenog kadra (tzv. *push factors*), faktorima koji utječu na priljev zdravstvenog kadra u određeni zdravstveni sustav (tzv. *pull factors*), faktorima koji utječu na ostanak u državi porijekla (tzv. *stick factors*) i faktorima koji utječu na ostanak u državi odredišta (tzv. *stay factors*).[20]

S obzirom da je riječ o veoma značajnoj problematici, ne čudi ni veliki broj istraživanja utjecaja navedenih faktora na odluku o ostanku ili o napuštaju države porijekla.[21] Faktori koji utječu na odljev zdravstvenog kadra (*push factors*) mogu biti: visoka gustoća populacije, visoka razina obrazovanja, nemogućnost specijalizacije, izrazito nezadovoljavajući radni uvjeti, nova sistematizacija radnih mjesta koja utječe na primanja, povećanje opsega poslova, dugotrajna recesija, politički nestabilna okolina, niske upisne kvote za zdravstvene studije, sve veći značaj multikulturalnosti, itd. Dakle, mogu se definirati kao interni, s obzirom da se radi o faktorima koji su imanentni državi porijekla, a uzrokuju napuštanje zdravstvenog sustava unutar kojeg su stekli svoju naobrazbu.[22]

---

[18] **Kugler, A./Sauer, R.M.**: Doctors without borders? Relicencing requirements and negative selection in the market for physicians, Journal of Labour Economics, 23(3), 2005., str. 437.-465.

[19] **Chandra, A./Willis, V.K.**: Importing nurses: combating the nursing shortage in America, Hosp. Top, 83(2), Spring 2005, str. 33.

[20] Tako: **Tjadens, F./Weilandt, C./Eckert, J.**: Mobility of Health Professionals, Health sysems, Work Conditions, Patterns of Health Worker's Mobility and Implications for Policy Makers, Springer, 2013., str. 33.-55.

[21] Vidi primjerice: **Tjadens, F.**: International mobility of health professionals to and from the Netherlands. Macro-report in the framework of the FP7-Mohprof-project. Alpen aan den Rijn, Health and Social Care Associates, 2009. Dostupno na: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/NL-MOHPROF%20MACRO%20-%20FINAL%20(2).pdf , preuzeto 12. 8. 2017.

[22] **de Mesquita J.B./Gordon, M.**: The international migration of health workers: a human rights analisys, Medact, 2005. Dostupno na: http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/BUEhres.pdf , preuzeto 12. 8. 2017.

Nasuprot tome, oni faktori koji utječu na priljev zdravstvenog kadra u određeni zdravstveni sustav (*pull factors*) su, primjerice: pojačana potreba za radnom snagom, rast i razvoj zdravstvenog sektora, kraće radno vrijeme, bolja primanja, visoka kvaliteta življenja i mogućnost napredovanja, ekonomski rast i želja za usavršavanjem u inozemstvu, geografska blizina, zajednički jezik, obiteljski razlozi, i sl. Dakle, mogu se opisati kao eksterni, s obzirom da se odnose na okolnosti koje privlače inozemne zdravstvene djelatnike u određeni zdravstveni sustav.[23]

Faktori koji utječu na ostanak u državi porijekla (*stick factors*) mogu biti: strah od remećenja društvenih i obiteljskih veza, religijske i kulturološke razlike, sigurnost rada u javnom sektoru u državi porijekla, mogućnosti školovanja djece, negativna iskustva poznanika koji su već emigrirali, poteškoće u pribavljanju radne vize, strah od rasizma u državi odredišta, nedostatak sredstava potrebnih za preseljenje, slabo poznavanje jezika države odredišta, itd.[24]

Među faktorima koji utječu na ostanak u državi odredišta (*stay factors*) su: strah od nemogućnosti nošenja s teškim radnim uvjetima u državi porijekla, strah od nemogućosti reintegracije zbog predugog izbivanja, strah od remećenja potrošačkih navika stečenih u državi odredišta, bolja šansa za profesionalni napredak u državi odredišta, bolji životni uvjeti u državi odredišta, bolja primanja, zadovoljstvo poslom, obitelj i prijatelji, itd.[25]

Iako ih je načelno moguće svrstati u različite kategorije, novija istraživanja pokazuju da je ekspresija pojedinih faktora izravno uvjetovana konkretnim okolnostima. Drugim riječima, ekspresija većine faktora uvjetovana je financijskim, političkim, socijalnim i osobnim okolnostima, pa se svaki od navedenih faktora ovisno o konkretnim okolnostima može manifestirati kao faktor odljeva ili priljeva.[26]

IV. INSTRUMENTI PRAVNE REGULACIJE PREKOGRANIČNE MOBILNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika je kompleksan i dinamičan proces koji može uključivati mnogo postaja na migracijskoj ruti od kojih,

[23] Aluttis, C./Bishaw, T./Frank, M.W., op. cit., bilj. 3

[24] Vidi: **Moataz A., J./Khalifa H., D./Samuilova, M./Kundacina, J./Möllering, A.**: Egypt, Mobility of Health Professionals, International Organization for Migration (IOM), Brussels, April, 2012., str. 10.

[25] Vidi: **Hazarika, I./Bhattacharryya, S./Srivastava, A.**: India, Mobility of Health Professionals, Public Health Foundation of India, New Delhi, April, 2011., str. 13.

[26] **Dussault, G./Fronteira, I./ Cabral, J.**: Migration of health personnel in the WHO European Region, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.

najčešće, jedna postaje odskočna daska za odlazak u drugu državu. U kombinaciji s fakultativnom ili nepostojećom registracijom, različitim profesionalnim kvalifikacijama i drugim faktorima, sve češće se postavlja pitanje kako uskladiti migracije s individualnim interesima pacijenata i zdravstvenih radnika te s potrebama nacionalnih zdravstvenih sustava.[27] Drugim riječima, kako osigurati pravo pacijenata na zdravstvenu zaštitu u državi porijekla i državi odredišta s jedne strane, i pravo na slobodu kretanja zdravstvenih radnika, s druge strane.

Jedan od najčešće korištenih pravnih instrumenata je međudržavni ugovor. Unatoč postojanju brojnih varijacija,[28] najčešći su ipak bilateralni ugovori kojima se regulira protok radnika ili obrazovna potpora. Iako ne postoje studije koje bi omogućile dublji uvid u broj i sadržaj ovih ugovora, u okviru EU načelno je moguće razgraničiti četiri temeljna tipa.[29] U prvi spadaju ugovori koji limitiraju ili isključuju zapošljavanje radnika iz država kojima nedostaje tog profila radnika.[30] U drugi spadaju ugovori kojima je cilj olakšati profesionalnu mobilnost uspostavljanjem zajedničkog sustava priznavanja kvalifikacija.[31] Treći tip su ugovori kojima se potiče aktivno useljavanje, kakav je, primjerice, ugovor između Njemačke i Hrvatske.[32] Konačno, četvrti tip čine ugovori kojima se dopušta privremeno otvaranje tržišta rada radnicima iz novih država članica do konačnog proširenja i uspostavljanja pune mobilnosti.[33]

Za razliku od 60-ih godina prošlog stoljeća kada su ovakvi ugovori služili primarno kao sredstvo poticanja aktivnog useljavanja, danas je njihova uloga znatno proširena u smislu jačanja regionalne integracije, uspostavljanja ekonomskih veza, jačanja kulturnih veza, osiguranja zaštite radnika migranata

[27] **Plotnikova, E.**: The role of bilateral agreements in the regulation of health workers migration, u: Buchan, J./Wismar, M./Glinos, I.A./Bremner, J.: Health Professional Mobility in a Changing Europe, The European Observatory in Health Systems and Policies, 2014., str. 325.

[28] Kakvima se koriste, primjerice, Austrija i Velika Britanija ili Francuska (*conventions d'établissements, accord de réciprocité, and convention médicale transfrontalière*).

[29] **Glinos, I.A./Wismar, M./Maier, C.B./Palm, W./Figueras, J.**: Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case-studies, u: Wismar, M./Maier, C.B./ Glinos, I.A./ Dussault, G./Figueras, J. (eds.): Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2011., str. 57. i 58.

[30] Kakve imaju Velika Britanija i Italija.

[31] Primjerice između Belgije i Južne Afrike, Francuske i država sjeverne i centralne Afrike ili između nordijskih država.

[32] Odnosi se na medicinske sestre. Sličan tip ugovora ima i Velika Britanija sa Španjolskom, Austrijom i Italijom, s tim da se isti odnose na mobilnost liječnika.

[33] Takvi su ugovori između Mađarske i Norveške, te Velike Britanije i Poljske.

i osiguranja povratka radnika u državu porijekla po isteku ugovora.[34] Iako je, gledajući s ekonomskog aspekta, očit pozitivan utjecaj ovih instrumenata, njihov utjecaj na tržište rada je u opadanju. Čak ih je i Svjetska trgovačka organizacija okarakterizirala kao neučinkovite, previše birokratizirane i spore mehanizme,[35] koji su nespojivi s načelom nediskriminacije.[36] S obzirom da informacijska tehnologija znatno olakšava međunarodnu potragu za poslom, u novije vrijeme jača utjecaj različitih agencija, obiteljskih veza i društvenih mreža.[37] Stoga, iako i dalje ostaju nezaobilazna komponenta diplomatske etikete u međunarodnim odnosima, bilateralni ugovor u privlačenju radne snage gube svoju raniju poziciju.[38]

U novije vrijeme sve je veći značaj određenih regionalnih i globalnih dokumenata.

IV. IZVORI PRAVA EU

Pravni sustav Europske unije uspostavljen je primarno s ciljem utemeljenja "jedinstvenog tržišta", baziranog na "integraciji" unutarnjih tržišta država članica. Već na prvi pogled jasno je da je fokus na ekonomskim aspektima, što ukazuje da EU u startu formalno nije namjeravala utjecati na zdravstvenu politiku država članica. Međutim, vrijeme je pokazalo suprotno.

Naime, profesionalci zaposleni u zdravstvenom sektoru prvi su podvrgnuti odredbama sekundarnog europskog zakonodavstva kojima se olakšava sloboda kretanja područjem EU. Temeljem čl. 47/3 Ugovora o EZ, donesena je najprije tzv. „Liječnička direktiva",[39] koja je poslužila kao predložak za kasnije sektorske direktive.[40] Tim je direktivama normirana procedura za automatsko priznavanje

[34] Plotnikova, E., op. cit., bilj. 27, str. 338.

[35] **Nielson, J.**: Promoting labor mobility: international migration and trade agreements. The UNITAR/UNFPA/IOM/ILO Key Migration Workshop Series, 15 May 2006, United Nations Institute for Training and Research, New York

[36] World Trade Organization (WTO): Understanding the WTO: basics. Principles of the trading system. Worled Trade Organization, Geneva. Dostupno na: http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/fact2_e.htm#seebox, Sl. l. EZ L 165/1, od 7.7.1993.

[37] **Milio, S. et al.**: Brain drain, Brain exchange and brain circulation. The case of Italy viewed from a gobal perspective, Aspen Institute Italia, March 2012. Dostupno na: http://www.lse.ac.uk/businessAndConsultancy/LSEEnterprise/pdf/Brain-Drain-(English).pdf , preuzeto 4. 8. 2017.

[38] Plotnikova, E., op. cit., bilj. 27, str. 338.-339.

[39] Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications.

[40] Koje su se odnosile na medicinske sestre, stomatologe, primalje, farmaceute i veterinare.

profesionalnih kvalifikacija u državama članicama EU. Međutim iste su naknadno konsolidirane u jednu direktivu, tzv. **Direktivu o priznavanju stručnih kvalifikacija**.[41] Navedenom Direktivom implementirane su odrednice Ugovora o EZ o ukidanju prepreka slobodnome kretanju osoba i usluga između država članica EU, država članica Europskog gospodarskog prostora koje nisu u EU i Švicarske; što za državljane tih država uključuje, posebice, pravo na obavljanje određene profesije u svojstvu samostalno zaposlene osobe ili zaposlene osobe u državi članici različitoj od one u kojoj su stekle svoje stručne kvalifikacije.

Direktivom 2005/36/EZ jamči se osobama koje su stekle stručne kvalifikacije u jednoj od država članica pristup istoj profesiji i ista prava prilikom obavljanja te profesije u drugoj državi članici kao i državljanima te države članice. Cilj je Direktive poboljšanje pravila važećih sustava priznavanja kvalifikacija u svjetlu dosadašnjih iskustava te istovremeno održanje načela i jamstva slobode poslovnog nastana koja su ugrađena u te sustave. Direktiva se primjenjuje na sve državljane država članica koji žele obavljati uređenu profesiju u državi članici različitoj od one u kojoj su stekli svoje stručne kvalifikacije, bilo u svojstvu zaposlene osobe ili osobe koja samostalno obavlja profesionalnu djelatnost. Pri tome se pod uređenom profesijom podrazumijeva profesionalna djelatnost kod koje je pristup i obavljanje, odnosno način obavljanja na temelju odgovarajućih propisa, izravno ili neizravno uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija.

Priznavanjem stručnih kvalifikacija država članica domaćin nositelju omogućava pristup profesiji za koju je osposobljen u matičnoj državi članici kao i obavljanje te profesije pod uvjetima koji vrijede za njezine državljane. U postupku priznavanja stručnih kvalifikacija Direktiva garantira automatsko uzajamno priznanje većine medicinskih kvalifikacija u EU pod uvjetom da države članice ostvare određene minimalne garancije kvalitete (izražene u obliku duljine trajanja naobrazbe).

Direktiva se primjenjuje na državljane svih država članica koji žele obavljati neku reguliranu djelatnost, bilo kroz samozapošljavanje ili kao zaposlenici u državi članici različitoj od one u kojoj su stekli svoje profesionalne kvalifikacije. Direktiva

[41] Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council, of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (text with EEA relevance), Sl. l. EZ L 255/22 od 30. 09. 2005. Ovom direktivom zamijenjene su brojne ranije direktive: Direktiva 89/48/EEC, Direktiva 92/51/EEC, Direktiva 1999/42/EEC - općem sustavu priznavanja profesionalnih kvalifikacija; te Direktiva 77/452/EEC, Direktiva 77/453/EEC, Direktiva 78/686/EEC, Direktiva 78/687/EEC, Direktiva 78/1026/EEC, Direktiva 78/1207/EEC, Direktiva 80/154/EEC, Direktiva 80/155/EEC, Direktiva 85/384/EEC, Direkktiva 85/433/EEC i Direktiva 93/16/EEC – koje se odnose na sljedeće profesije: medicinske sestre odgovorne za opću skrb, stomatološku praksu, veterinarsku kirurgiju, babice, arhitekte, farmaceute i liječnike.

normira "slobodu pružanja usluga" i "slobodu poslovnog nastana"[42] i to temeljem kriterija identificiranih od strane Suda EU.[43] U pogledu slobode pružanja usluga, Direktiva predviđa da svaki državljanin države članice koji je zakonito nastanjen u toj državi članici može pružati usluge na privremenoj (*temporary*) ili povremenoj (*occasional*) osnovi u drugoj državi članici temeljem svog profesionalnog naslova bez potrebe traženja priznavanja njegovih profesionalnih kvalifikacija. Međutim, pružatelj usluga mora osigurati dokaz o dvogodišnjem profesionalnom iskustvu u odnosnoj profesiji, ako ista nije regulirana u toj drugoj državi članici (npr. alternativna medicina). U pogledu slobode poslovnog nastana, radi se o stvarnoj slobodi osoba koje su stekle određenu profesiju u nekoj od država članica, da se nastane na području druge države članice s ciljem obavljanja te profesionalne djelatnosti na trajnoj osnovi.

Direktivom su predviđena tri sustava priznavanja kvalifikacija:

- opći sustav priznanja kvalifikacija, za sve profesije koje ne potpadaju pod specifične odredbe o priznavanju kvalifikacija i za određene situacije gdje migrant profesionalac ne zadovoljava uvjete normirane drugim shemama priznavanja (poglavlje I);[44]
- sustav automatskog priznavanja kvalifikacija dokazanih profesionalnim iskustvom u određenim industrijskim, obrtničkim i trgovačkim aktivnostima (poglavlje II); te
- sustav automatskog priznavanja kvalifikacija za zanimanja za koje su minimalni uvjeti osposobljavanja usklađeni na europskoj razini:[45] liječnik, medicinska sestra, stomatolog, veterinarski kirurg, primalja, farmaceut i arhitekt (poglavlje III).

Direktiva državama članicama ostavlja mogućnost da odobre *part-time* izobrazbu za sve navedene profesije, pod uvjetom da cjelokupno trajanje, nivo i kvaliteta takve izobrazbe nije niža u odnosu na kontinuiranu *full-time* izobrazbu. Također, normira i postupanje u slučajevima kad formalne kvalifikacije za ove

[42] U predmetu C-55/94 *Gebhard*, ECR I-4165, točka 25. Sud EU je pojam poslovnog nastana definirao kao stvaranje mogućnosti "da se na stabilan i kontinuiran način sudjeluje u gospodarskom životu države koja nije država njegovog porijekla, te iz toga može izvući korist, čime se promiče gospodarsko i socijalno preplitanje unutar zajednice na području samostalnih djelatnosti."

[43] Trajanje (*duration*), učestalost (*frequency*), redovitost (*regularity*), i kontinuitet (*continuity*) pružanja usluga.

[44] Međutim, ako nadležna tijela države priznanja utvrde značajne razlike između osposobljavanja stečenog u državi porijekla osposobljavanja za istu aktivnost u toj državi, mogu po vlastitom izboru tražiti od te osobe da prođe provjeru osposobljenosti ili razdoblje prilagodbe.

[45] Ti su uvjeti sadržani u tekstu same Direktive za svaku pojedinu profesiju, uključujući i minimalnu duljinu studija.

profesionalne aktivnosti, koje imaju državljani države članice ne zadovoljavaju uvjete navedene u Direktivi. Odredbe navedene Direktive implementirane su i u hrvatsko zakonodavstvo.

Direktiva o priznavanju stručnih kvalifikacija izmjenjena je 2013. godine, **Direktivom 2013/55/EU**[46] kojom se predviđa uvođenje Europske strukovne iskaznice (EPC)[47] i priznavanje stručnih kvalifikacija putem jedinstvene kontaktne točke.[48] Iskaznica zainteresiranim građanima omogućuje jednostavnije i brže priznanje kvalifikacija, putem standardiziranog elektroničkog postupka.[49] Iskaznica se temelji na uporabi Informacijskog sustava unutarnjeg tržišta (IMI) i izdaje se, za točno određena zanimanja,[50] u obliku elektroničke potvrde.

Direktiva o određenim vidovima organizacije radnog vremena (*The working time directive*),[51] rezultat je socijalnog akcijskog plana Komisije s ciljem garantiranja minimalnih prava radnicima na teritoriju EU. Iako nije izravno usmjerena na zdravstveni sektor ima potencijal proizvesti duboke, pa čak i neželjene, učinke na zdravstveni sektor.[52] "Ova direktiva postavlja minimalne zahtjeve za organizaciju radnog vremena kako bi se zdravlje i sigurnost radnika zaštitili od nepovoljnih učinaka predugog radnog vremena, neodgovarajućih stanki, neodgovarajućih dnevnih, tjednih i godišnjih odmora te od nepovoljnih učinaka noćnog ili smjenskog rada."[53] Direktivom je utemeljeno osnovno načelo

---

[46] Već 2013. godine donesena je Direktiva 2013/55/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 20. studenoga 2013. o izmjeni Direktive 2005/06/EZ o priznavanju stručnih kvalifikacija i Uredbe (EU) br. 1024/2012 o administrativnoj suradnji putem Informacijskog sustava unutarnjeg tržišta („Uredba IMI"), Sl. l. EZ L 354/132, 28. 12. 2013. Primjenjuje se od 18. siječnja 2016. godine.

[47] Recital 4.-6., čl. 4.a-4.e

[48] Recital 30.

[49] Čl. 57.a.

[50] Za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, za fizioterapeute, farmaceute, i dr.

[51] Directive 2003/88/EC of the European Parlament and of the Council, of 4 November 2003, concerning certain aspects of the organisation of working time, Sl. l. EZ L 299/9 od 18. 11. 2003. Dana 18. 3. 2015. zaključena je javna rasprava o mogućim izmjenama i dopunama navedene direktive.

[52] **Peeters, M./McKee, M./Merkur, S.**: EU law and health professionals, u: Baeten, R./ Mossialos, E./Hervey, T. (eds.): Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy, Health economics, policy and management, Cambridge University Press, 2010., str. 623.

[53] **Radošević-Vidaček, B./Košćec, A.:** Europska direktiva o radnom vremenu: između zaštite zdravlja radnika i kompetitivne ekonomije, Sigurnost 49 (1) 9 – 18 (2007). Direktiva je od prvog prihvaćanja (93/104/EC) doživjela određene promjene (2000/34/ EC i 2003/88/EC) kako zbog zahtjeva za poboljšanjem sigurnosti i zdravlja radnika, tako i zbog zahtjeva za većom kompetitivnošću europskog gospodarstva. Na osnovi praćenja procesa primjene direktive Europska komisija je od 2004. godine na ovamo

da ni jedan radnik ne može biti obvezan raditi više od 48 sati tjedno, a također i minimalni dnevni odmor.

Primjenjuje se na sve radnike u zdravstvenom sektoru, iako je u određenim državama članicama postojao otpor primjeni navedene direktive na zdravstvene radnike. Međutim, odluke Suda EU u predmetima SIMAP[54] i Jaeger[55] anulirale su i te dileme. Odlukom u slučaju SIMAP definirano je ukupno vrijeme koje radnik mora biti prisutan na radnom mjestu kao stvarno radno vrijeme, u svrhu računanja radnog vremena i odmora, dok je odlukom u slučaju Jaeger potvrđeno da isto vrijedi i u slučaju kada je radniku dozvoljeno spavanje za vrijeme u kojem njegove usluge nisu potrebne (što je posebno važno zdravstvenom osoblju).

Tijekom 2011. godine donesena je i **Direktiva Europske komisije i Vijeća o pravima pacijenata u prekograničnom pružanju zdravstvene zaštite**,[56] koju su države članice bile dužne implementirati u svoje zakonodavstvo do 25. listopada 2013. godine. Navedenom Direktivom normirano je pravo pacijenata na pristup zdravstvenoj skrbi u drugoj državi članici pod uvjetom da se radi o medicinski neophodnom tretmanu koji je dostupan i u okviru nacionalnog zdravstvenog sustava, bez obzira radi li se o državnim bolnicama ili o privatnim pružateljima usluga.

Što se tiče njezinog učinka na prekograničnu mobilnost zdravstvenih radnika, Direktiva predviđa obvezu država članica da „omoguće suradnju između pružatelja zdravstvene zaštite, kupaca i regulatora iz različitih država članica na nacionalnoj, regionalnoj ili lokalnoj razini kako bi se osigurala sigurna, kvalitetna i učinkovita prekogranična zdravstvena zaštita. To bi moglo biti od posebne važnosti u pograničnim područjima gdje prekogranično pružanje usluga može biti najučinkovitiji način organizacije zdravstvenih usluga za lokalno stanovništvo, ali gdje odvijanje prekograničnog pružanja usluga na trajnoj osnovi zahtijeva suradnju između zdravstvenih sustava različitih država članica.“[57] Također navodi da suradnja može obuhvatiti „praktične mehanizme za osiguranje kontinuiteta zdravstvene zaštite ili

izradila nekoliko prijedloga izmjena direktive. Međutim, između predstavnika europskih poslodavaca i radnika, kao i između Europskog parlamenta i nekih članica Europskog vijeća postojale su nesuglasice pa odluka o dopunjenom prijedlogu izmjena direktive još nije donesena. Vidi: Peeters, M./McKee, M./Merkur, S., op. cit., bilj. 52, str. 629.-632.

54 *Sindicato de Médicos de Assistencia Pública v. Conselleria da Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana*, 2000.

55 *Landeshauptstadt Kiel v Norbert Jeager*, 2003.

56 The Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare, Sl. l. EU L 88/45 od 4. 4. 2011.

57 Recital 80.

praktično pojednostavljivanje prekograničnog pružanja zdravstvene zaštite od strane zdravstvenih stručnjaka na privremenoj ili povremenoj osnovi" te da takvo pružanje usluga ne bi trebalo „biti ograničeno zbog bilo čega povezanog sa stručnim kvalifikacijama".[58]

Premda navedene europske regulatorne mjere predstavljaju veliki korak naprijed, prema čl. 152. Ugovora iz Maastrichta, takvi regulatorni standardi ne spriječavaju države članice da uspostave i više standarde, jer se ovi harmonizirani standardi zapravo smatraju minimalnom osnovom.

V. AKTI SVJETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Kao što je razvidno iz prethodnih izlaganja, EU ima veliki broj zakonodavnih instrumenata (uključujući uredbe, direktive i odluke) kojima može odgovoriti na izazove prekogranične mobilnosti općenito i prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika. Pored toga, postoje budžeti za javno zdravlje i istraživanje te socijalni razvoj i socijalnu koheziju koji omogućavaju aktivnu regulaciju tržišta rada od strane država članica. Upravo te činjenice diferenciraju reakciju EU u pogledu prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika u odnosu na globalni odgovor artikuliran od strane Svjetske zdravstvene organizacije, u obliku Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personel iz 2010. godine (Pravila postupanja u prekograničnom novačenju zdravstvenih radnika, dalje: Pravila postupanja),[59] koji se oslanja isključivo na dobrovoljnost obvezivanja od strane država ugovornica.[60]

Pravila postupanja smatraju se prekretnicom u debati o migracijama zdravstvenih radnika.[61] Naime, riječ je o prvom aktu utemeljenom na kolektivnom prepoznavanju etičkih pitanja u podlozi prekograničnih migracija zdravstvenih radnika, koji je usvojen s ciljem izbjegavanja novačenja zdravstvenih radnika iz onih zdravstvenih sustava koji i sami pate od manjka zdravstvenog osoblja. Bitno je istaknuti da je riječ o *soft law-u*, dakle dokumentu koji se temelji na dobrovoljnosti, a predviđa da se uvjeti za novačenje zdravstvenih radnika definiraju bilateralnim ugovorima između države porijekla i države odredišta, stvarajući tako *win-win* situaciju za obje države. Očito je da se time „ublažavaju

---

58 *Ibidem*.

59 Potpisale su ga 193 države članice Svjetske zdravstvene organizacije. Dostupno na: http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf , preuzeto 30. 6. 2017.

60 Wismar, M./ Maier, C./Glinos, I./Bremner, J./Dussault, G./Figueras, J., op. cit., bilj. 8, str. 7.

61 **Glinos, I.A.**: Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement, Health Policy 119, 2015., str. 1529.-1536. (dalje: Glinos (2015)).

negativni učinci" i „maksimiziraju pozitivni učinci migracije", osobito u odnosu na zemlje u razvoju, zemlje u tranziciji i druge potencijalno ugrožene zemlje.[62] Ipak, da bi se postigli očekivani učinci potrebno je uvesti sustavno i učinkovito praćenje migracijskih tijekova, što u mnogim zemljama još uvijek nije slučaj.[63]

Pored toga, Pravila postupanja naglašavaju da u cijelosti respektiraju pravo svakog pojedinog zdravstvenog radnika na migraciju pa bi, stoga, države porijekla unutar nacionalnog zdravstvenog sustava trebale poraditi na identifikaciji i eliminaciji onih faktora koji potiču odljev zdravstvenog kadra u inozemstvo. Kako su faktori koji utječu na odljev zdravstvenog osoblja uglavnom interne naravi, odgovornost za poboljšanje retencije zdravstvenog kadra, a time i osiguranje prava na zdravstvenu zaštitu vlastitih građana, je u rukama svake pojedine države. Nasuprot tome, države odredišta trebale bi se fokusirati na dugoročno planiranje svojih potreba za zdravstvenim radnicima, te osiguravanje kapaciteta za njihovu lokalnu produkciju umjesto uvoza. Pored toga, od država odredišta traži se i tehnička i fincijska podrška državama porijekla, s ciljem ublažavanja trenutnih učinaka prekogranične migracije zdravstvenih radnika.[64]

Imajući sve navedeno u vidu, slobodno možemo reći da Pravila postupanja zapravo predstavljaju i platformu za razvoj nacionalnih zakonodavnih okvira za etičko prekogranično novačenje zdravstvenih radnika.

Iako su Pravila postupanja prvi gobalni pokušaj koordiniranja međunarodne suradnje nacionalnih zdravstvenih sustava u odnosu na prekogranične migracije zdravstvenih radnika, i kao takva nesporno hvale vrijedna inicijativa, njihova dobrovoljna priroda ujedno je njihova velika slabost. Nedostatak kontrole u njihovoj provedbi mogao bi rezultirati inertnošću na strani država odredišta. Naime, nedostatak kontrole, s jedne strane, i očita financijska korist, s druge strane, ne predstavljaju dovoljan poticaj promjeni politike prekograničnog novačenja zdravstvenih radnika.

Posebno je pitanje i značaj Pravila postupanja za države članice Europske unije. S obzirom da su sve države članice EU potpisale Pravila postupanja te da europske institucije višekratno ponavljaju kako je obveza svake države članice da se pobrine za kadrovske probleme unutar vlastitog zdravstvenog sustava, a bez ugrožavanja zdravstvenih sustava zemalja u razvoju; očito je da je namjera država članica EU poštovati načela Pravila postupanja u odnosima s trećim državama.

---

62 Tako čl. 3.4. Pravila postupanja.

63 Glinos, I.A./Wismar, M./Maier, C.B./Palm, W./Figueras, J., op. cit., bilj. 29, str. 67.–86.

64 **Buchan, J.**: Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?, u: Dubois, C.A/, McKee, M./Nolte, E. (eds.): Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, 2006., str. 41–62.

Štoviše, neke su države članice (koje se tradicionalno oslanjaju na novačenje zdravstvenog kadra iz zemalja u razvoju), kao što je to Velika Britanija, Irska ili Nizozemska, razvile i nacionalna pravila postupanja o etičkom novačenju zdravstvenih radnika iz zemalja u razvoju.[65] Međutim, u odnosima između država članica vrijedi drukčija logika. Naime, kretanje zdravstvenih radnika područjem Europske unije ne temelji se na migraciji, koju je moguće ograničiti imigracijskim zakonima i tržišnom politikom, nego na „pravu na mobilnost".[66] Sloboda kretanja, zajamčena pravom EU, ne može se ograničiti niti aktom vlade niti drugim faktorima. Stoga, unutar EU, europsko zakonodavstvo ima prednost pred Pravilima postupanja.

VI. UTJECAJ PREKOGRANIČNE MOBILNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA NA NACIONALNE ZDRAVSTVENE SUSTAVE

Prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika je integralna, a za ključne čuvare globalne ekonomije ujedno i blagotvorna, komponenta globalizacijskog procesa.[67] Pa ipak, debate koje se bave prekograničnom mobilnosti zdravstvenih radnika sugeriraju da socijalne posljedice te vrste mobilnosti upućuju na potrebu razmatranja različitih političkih ciljeva i intervencija u odnosu na cirkulaciju drugih profesija. Naime, pružanje zdravstvenih usluga vezano je uz boravak zdravstvenih radnika na istom teritoriju na kojem su i njihovi pacijenti, pa prekogranične migracije zdravstvenog osoblja imaju potencijal oslabljivanja zdravstvenog sustava države porijekla, ali i potencijal osnaživanja zdravstvenog sustava države odredišta. Na taj način, prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika izravno utječe i na zdravlje populacije unutar određenog zdravstvenog sustava. Stoga ne čudi što se i u kontekstu utjecaja prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika na nacionalne zdravstvene sustave često govori o „odljevu" (*brain drain*) ili „priljevu mozgova" (*brain gain*),[68] iako postoje i države u kojima se taj proces odvija u oba smjera.[69]

Odljev mozgova, implicira gubitak vitalnih ljudskih potencijala određene države, u smislu vještina, znanja i sposobnosti upravljanja. U pravilu ide od država u razvoju prema visoko razvijenim državama. Naime, u mnogim zemljama u

[65] Glinos (2015), op. cit., bilj. 61, str. 1529.

[66] Više o tome vidi u: Glinos (2014), op. cit., bilj. 13, str. 32.

[67] **Adlung, R.**: Health Services in a Globalizing World, Eurohealth, 8(3), 2002., str. 18.-21.

[68] **Bach, S.**: International mobility of health professionals: Brain drain or brain exchange, Research Paper, UNU-WIDER, United Nations University (UNU), No. 2006/82

[69] **Costigliola, V.**: Mobility of medical doctors in cross-border healthcare, EPMA Journal, 2, 2001., str. 334.-335.

razvoju zdravstveni sustavi pate od nedostatka financijskih sredstava, što za zdravstvene radnike znači niska primanja, loše radne uvjete i općenito vrlo malo poticaja,[70] što u pravilu dovodi do odljeva mozgova. Na taj način država koja je investirala u edukaciju i trening zdravstvenog radnika gubi znanje, vještinu, novac, vrijeme i mogućnosti.[71] Međutim, potrebno je imati u vidu da ni odljev mozgova ne mora biti problem ako je riječ samo o privremenim migracijama. Zdravstveni radnici migranti koji se nakon određenog vremena vraćaju u državu porijekla ponovno postaju nacionalni resurs, moguće i veći nego pri odlasku, ako su u međvremenu stekli nova znanja i vještine.

Iako je iz pozicije zemalja u razvoju priljev mozgova u razvijene zemlje moguće promatrati kao dobitak, riječ je o dobitku koji trajno ništa ne rješava. Naime, u pravilu niske obrazovne kvote u razvijenim državama konstantno kumuliraju manjak odgovarajućeg zdravstvenog kadra, pa je to segment na kojem bi, s ciljem dugoročnog rješenja problema, trebalo ozbiljno poraditi.

U mnogim državama, problem je i postojanje dvostrukih standarda. Primjerice, svojedobno je Nelson Mandela tražio od Ujedinjenog Kraljevstva da odustane od novačenja medicinskih sestara iz Južne Afrike dok je istodobno Južna Afrika zapošljavala preko 78% stranih liječnika.[72]

Pitanje je, koliko je u današnje vrijeme uopće opravdano prekograničnu mobilnost zdravstvenih radnika promatrati kroz prizmu oprečnosti, kao što su to *brain drain* i *brain gain*. U vremenu u kojem je globalizacija općeprihvaćen proces, a tehnologija povezuje čitav svijet, očito je da postoji i „treći put" – put suradnje ili *brain exchange*.[73] Brza komunikacija, jednostavna i brza putovanja te pojačana suradnja između zemalja u razvoju i razvijenih zemalja omogućuju protok ideja i ljudskog potencijala u oba smjera. Stoga kompetitivnost u privlačenju najsposobnijeg kadra ne treba promatrati samo u kategorijama odljeva i priljeva mozgova iz zemalja u razvoju u razvijene zemlje, nego kao globalnu pojavu i poticaj kompetitivnosti u privlačenju najsposobnijeg kadra među državama općenito. Zadatak je nacionalnih država poduzeti odgovarajuće

[70] **Wibulpolprasert, S.**: Inequitable distribution of doctors: can it be solved?, Human Resources Health Development, 3, 1999, str. 2–22.

[71] **Dodani, S./LaPorte, R.E.**: Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain?, Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 98(11), Nov. 2005, str. 487.-491.

[72] **Martineau, T./ Decker, K./Bundred, P.**: Briefing Note on International Migration of Health Professionals: Leveling the Playing Field for Developing Country Health Systems, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, 2002. Dostupno na: https://assets.aspeninstitute.org/content/uploads/files/content/images/martineau_0.pdf , preuzeto 23. 7. 2017.

[73] Milio, S. et al., op. cit., bilj. 37.

mjere na obrazovnom i socijalnom planu kojima će, u uvjetima mobilnosti, osigurati stabilnost svojih zdravstvenih sustava.

U Europi, pitanje utjecaja prekogranične mobilnosti zdravstvenih radnika na nacionalne zdravstvene sustave počelo se ozbiljnije razmatrati tek s prvim valom proširenja EU 2004. godine, koje je značajno značajno proširilo procjep između bogatijih i „siromašnijih" država članica. Stoga je pristupanje novih država članica kumuliralo strah od pojačanih migracija zdravstvenih radnika iz država središnje, istočne i južne Europe u države zapadne Europe u mjeri u kojoj bi moglo utjecati na funkcioniranje nacionalnih zdravstvenih sustava, u smislu dostupnosti, kvalitete i održivosti. Međutim, pokazalo se da sloboda kretanja zdravstvenih radnika kratkoročno nije dovela do masivnih transnacionalnih migracija.[74] Razlozi za to su višestruki: od nepoznavanja jezika, što je u zdravstvenom sektoru veliki hendikep, do određenih restrikcija u odnosu na slobodu kretanja državljana novih država članica, u smislu određivanja radnih kvota kroz određeni tranzicijski period. U međuvremenu, kriza javnih financija udružena s ekonomskom nestabilnošću, visokim stopama nezaposlenosti i relativno niskim primanjima rezultirala je i manjkom sredstava u zdravstvenim sustavima,[75] a također i promjenom migracijskih obrazaca.

Međutim, već 2008. godine donesena je Zelena knjiga o radnoj snazi EU-a za zdravlje[76] u kojoj je predloženo nekoliko mogućih mjera za rješavanje glavnih izazova u zdravstvenom sektoru, uključujući i razmjenu dobre prakse o mobilnosti zdravstvenih radnika te ponovno razmatranje načela zapošljavanja osoblja iz zemalja izvan EU. Nastavno na Zelenu knjigu, u travnju 2012. godine, donesen je Akcijski plan za radnu snagu EU-a za zdravlje[77] kojim su utvrđeni najveći izazovi zdravstvenim sustavima država članica EU te predložene odgovarajuće aktivnosti. Tako se predlaže: unaprjeđenje planiranja i predviđanja radne snage u zdravstvu, predviđanje budućih potreba za vještinama i unaprjeđenje kontinuiranog stručnog razvoja i cjeloživotnog učenja, zapošljavanje i zadržavanje zdravstvenih radnika te etičko zapošljavanje zdravstvenih radnika.

---

74 **Gerlinger, T./Schmucker, R.**: Transnational migration of health profesionals in the European Union, Cad. Saüde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2, 2007, str. 189.

75 *Ibidem.*

76 Commission Green Paper (COM (2008) final) on the EU workforce for health, od 10. 12. 2008. Dostupno na: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex:52008DC0725 , preuzeto 27. 8. 2017.

77 Action Plan (SWD (2012) 93 final) for the EU health workforce, od 18.4.2012. Dostupno na: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex:52012SC0093 , preuzeto 27. 8. 2017.

VII. ZAKLJUČAK

Kao što je već spomenuto, danas se prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika smatra sredstvom razvoja i bolje distribucije globalnog zdravlja.[78] Nesporno je da postoji čitav niz pozitivnih učinaka prekogranične mobilnosti zdravstvenog osoblja, međutim, prekogranična mobilnost, u mjeri u kojoj ugrožava funkcioniranje nacionalnog zdravstvenog sustava, može biti, i najčešće jest, simptom većih sistemskih problema unutar nacionalnog zdravstvenog sektora. Određena istraživanja pokazuju da se, neovisno o atraktivnosti faktora koji utječu na privlačenje u državu odredišta, bez vrlo jakog poticaja u državi porijekla zdravstveno osoblje najčešće ne uključuje u prekograničnu mobilnost.[79] Prema nekim autorima, čak niti značajna razlika u primanjima u državi porijekla i državi odredišta ne mora biti dovoljno jak poticaj prekograničnoj mobilnosti ako postoji mogućnost da se ta razlika s vremenom smanji.

Protok zdravstvenih radnika preko nacionalnih granica, bilo unutar teritorija EU bilo iz trećih država u EU, dijelom uzrokovan i rastom aktivnog novačenja od strane nekih država, pred nacionalne države i međunarodne agencije stavlja čitav niz izazova. Naime, istraživanja nesporno pokazuju da je riječ o fenomenu kod kojeg odluke i aktivnosti poduzete u jednoj državi mogu proizvesti značajne i izravne učinke u drugoj državi. Odljev zdravstvenih radnika u pravilu pogoršava stanje unutar nacionalnog zdravstvenog sustava o kojem je riječ, te tako pridonosi lošijim ishodima liječenja. Stoga države porijekla moraju postati aktivni faktori u kreiranju nacionalnog zakonodavnog okvira i nacionalnih politika kojima će pojačati broj i intenzitet faktora relevantnih za postizanje željenog cilja. U tom smislu, države porijekla mogu usvojiti neku od sljedećih mjera: uvesti restriktivne mjere kojima se odgađa prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika, odgovoriti zahtjevima tržišta i promovirati emigraciju i/ili kombinirati ove dvije strategije.[80]

Međutim, s obzirom da je riječ o problemu koji prelazi nacionalne granice, rješenje istog trebalo bi tražiti i na međunarodnom nivou. Iz regionalne prespektive to je EU, a na globalnom nivou Svjetska zdravstvena organizacija. Unatoč činjenici da je utjecaj EU u sferi zdravstvene politike zapravo često sporadičan i nenamjeravan, nikako nije zanemariv. Zapravo, ministarstva zadužena za zdravlje

---

78 International Organization for Migration (IOM): Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move, Geneva, 2003.

79 **Kingma, M.**: Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy, Cornell University Press, 2006.

80 **Cabanda, E.**: Identifying the role of the sending state in the emigration of health professionals: a review of the empirical literature, Migration and development 6(2), 2017, str. 215.-231.

i socijalnu skrb diljem Europe polako počinju shvaćati da pravo EU proizvodi duboke posljedice na organizaciju nacionalnih zdravstvenih sustava te na nacionalne zdravstvene politike, i to izravno i neizravno. Međutim, s obzirom da EU i nadalje nema izričito ovlaštenje za harmonizirajuću legislativnu djelatnost u sferi zdravstva, a da Sud EU (u konkretnim slučajevima) na zdravstveni sektor primjenjuje politike usmjerene prema širim načelima (slobodnom kretanju roba, usluga, osoba i kapitala), postavlja se pitanje pravne sigurnosti. Deregulirajuća, tržišno orjentirana pravila europskog prava imaju potencijal dovesti u pitanje neka od temeljnih načela na kojima počivaju europski zdravstveni sustavi, kao što su: načelo teritorijalnosti, načelo solidarnosti u pružanju usluga, te jednake dostupnosti neovisno o sredstvima. Ipak, na to ne treba gledati samo u negativnom kontekstu, nego kao priliku za daljni razvoj nacionalnih zdravstvenih politika u državama članicama.[81]

Neovisno o kojem je međunarodnom tijelu riječ načelno su moguća dva pristupa – ne reagiranje ili upravljanje migracijama temeljem odgovarajućih pravila postupanja, koja će omogućiti *win-win* situaciju ili barem onemogućiti *win-lose* situacije.[82] U tom pravcu ide i vizija Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj bi do 2030. godine trebalo ostvariti univerzalnu dostupnost zdravstvene zaštite, što iziskuje kombinaciju usvajanja učinkovitih politika na nacionalnoj, regionalnoj i globalnoj razini te odgovarajuće investicije kojima bi se realizirale postojeće i predstojeće potrebe.[83]

---

[81] **Hervey, T. K.**: EU law and national health policies: problem or opportunity?, Health Economics, Policy and Law, (2007) 2, str. 1.

[82] Buchan, J., op. cit., bilj. 64, str. 59.

[83] World Health Organization (WHO): Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, Geneva, 2016. Dostupno na: http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1 , preuzeto 1. 10. 2017. Prema projekcijama Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske banke upućuju da bi do 2030. godine u zdravstvenom i socijalnom sektoru trebalo stvoriti još otprilike 40 milijuna novih radnih mjesta, što će rezultirati potrebom za 18 milijuna dodatnih zdravstvenih radnika.

SUMMARY

LEGAL ASPECTS OF CROSS-BORDER MOBILITY OF HEALTH WORKERS - THE EUROPEAN AND GLOBAL PERSPECTIVE

Today, cross-border mobility of health workers is generally considered a means of development and a better distribution of global health. However, the consequences of cross-border healthcare workers' mobility may have both positive and negative effects, thus giving more attention to mapping and quantifying efforts and creating an adequate legal framework for cross-border healthcare workers. With the aim of identifying various elements of mobility that have the potential to affect the stability of national health systems, the paper discusses mobility as a process, factors influencing it, instruments of legal regulation of mobility, sources of EU law and the World Health Organization. The aim of the work is to identify the factors that can, within the existing or creating a new legislative framework, help to balance the global healthcare market.

Key words: cross-border mobility, health workers, legal regulation, European Union, global perspective

SAŽECI I PREZENTACIJE

LOŠA KOMUNIKACIJA KAO LIJEČNIČKA POGREŠKA

Primljeno: 16.listopada 2016.

doc. dr.sc. Iris Jerončić Tomić
prof. dr.sc. Rosanda Mulić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
iris.jeroncic@mefst.hr

Uvod: SZO definira komunikaciju kao petu vještinu neophodnu za zdrav i sretan život. U današnje vrijeme s izazovima tehnologije prepoznata je promjena u kulturi komunikacije. Loša komunikacija razlog je povećanja otuđenosti, nerazumijevanja, nesuglasnosti pa i sukoba liječnika i bolesnika. Ona je pogreška koja omogućava druge pogreške u postupku liječenja. Ako bolesnik ne dobije točnu informaciju o onome što se dogodilo, može biti motiviran na tužbu prema zdravstvenoj ustanovi ili njenom djelatniku. U zemljama zapadnog svijeta 70% tužbi prema zdravstvenim djelatnicima nastaje zbog greški u komunikaciji. Pravo bolesnika na obaviještenost jedno je od temeljnih bolesnikovih prava, uređenih odredbama Zakona o zaštiti prava pacijenata, temeljenim na međunarodnim konvencijama i deklaracijama iz područja zdravstva.

Metode: Istraživanje je provedeno na slučajnom uzorku od 100 ispitanika. Upotrijebili smo Upitnik za procjenu komunikacije (G. Makoul) sastavljen od 15 pitanja. U statističkoj obradi podataka koristili smo T – test. Prilikom obrade podataka koristili smo statistički paket Medical filter version 15. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti P < 0,0001.

Rezultati: Od 100 ispitanika, 76% su žene, a 24% muškarci. Po dobi sudjelovalo je 47% mladih ispitanika (< od 45), 28% od 45 – 55 i 24% > od 55 godina. 70% imalo je visoku školsku spremu, a 30% srednju i nižu. Maksimalan broj bodova je 75, naš prosjek je 57. Muškarci su bolje ocijenili razgovor nego žene. Mlađi ispitanici kritičniji su prema razgovoru i lošije su ga ocijenili. Nije postojala razlika u ponuđenim odgovorima između pojedinih razreda školske spreme.

Najlošije je ocijenjeno pitanje broj 10 (Poticao me na pitanja) s ocjenom 2,9 od strane ispitanica. Lošije ocjene ispitanici su dali pitanjima: Poticao me na pitanja i Uključio me u donošenje odluke onoliko koliko sam želio. Rezultati ukazuju na paternalistički odnos liječnika prema bolesniku zaostao iz prošlog vremena komunikacije i edukacije sa slabijim uključivanjem bolesnika kao ravnopravnog, aktivnog sudionika u procesu liječenja.

Zaključak: Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije preduvjet je djelovanja za mnoge profesije. U zdravstvu je kvalitetna komunikacija s bolesnikom temelj uspješnog liječenja. Izravnim kontaktom moguće je postići zadovoljavajuću razinu suradljivosti bolesnika, zadobiti njegovo povjerenje, provesti ga unutar sustava, liječiti i izliječiti. Liječnik mora obavijestiti bolesnika osobno i pravovremeno o svim okolnostima od kojih bi mogla zavisiti njegova odluka o pristanku na liječenje ili odbijanju liječenja. Informacije je liječnik dužan dati bez bolesnikovog traženja i sukladne su pristupu personalizirane medicine. Liječnik je dužan obavijestiti bolesnika radi njegove sigurnosti i opasnosti od nastanka štete po njegovo zdravlje. Dobra informiranost je uvjet pristanka na medicinske intervencije, a informirani bolesnici su aktivni sudionici u procesu liječenja i partnerskom odnosu sa zdravstvenim djelatnicima. Kako bismo smanjili mogućnost nastanka pogreške u cilju očuvanja ugleda struke i zaštite bolesnikovih prava trebali bismo osmisliti i primijeniti obrasce kao i protokol priopćavanja posebno teških vijesti, primjer „Calgary – Cambridge guides". Ovakav pristup mijenja stav bolesnika prema dokumentu kojeg potpisuje i od ironičnog naziva „neinformirani pristanak" postaje stvaran informirani pristanak. Informacije pružaju osjećaj kontrole nad događajima tijekom bolesti, a osjećaj kontrole umanjuje strah što bolesniku daje mogućnost da poznatu Hipokratovu rečenicu doživi u novom obliku: „Neka riječ bude tvoj lijek".

Ključne riječi: komunikacija, informiranost bolesnika, personalizirana medicina

SUMMARY

POOR COMMUNICATION AS A MEDICAL MISTAKE

In summary we analized definition of communication as the fifth skill necessary for a healthy and happy life. In research of this topic is used the questionnaire for assessment of communication (G. Makoul) consisting of 15 questions. There was no difference in the answers offered between individual grades of school education. On the end is concluded that the doctor is obliged to notify the patient for his safety and the danger of the damage caused to his health. Right information is a condition of consent to medical interventions, and informed patients are active participants in the treatment process and in partnership with healthcare professionals.

Key words: communication, patient information, personalized medicine

MEDICINSKO-PRAVNA VEZA IZMEĐU IZVANBOLNIČKE I BOLNIČKE GINEKOLOŠKE I OPSTETRIČKE SKRBI I PRAKSE

Primljeno: 16. listopada 2017.

doc.dr.sc. Ivan Fistonić,
sudski ekspert za ginekologiju i opstetriciju,
Institut za žensko zdravlje, Zagreb
institut@izz.hr
dr.med. Amila Filipović;
sudski ekspert za ginekologiju i opstetriciju;
Poliklinika Medikol, Zagreb
ginekologija@medikol.hr

Carski rez (CR) je, ako se izuzme epiziotomija, najčešća operacija uopće. Iako rizičan po majku i dijete, uz više troškove no vaginalni porođaj, svaka treća žena u SAD rađa carskim rezom, a trend je i dalje uzlazan.[1] Nakon ujednačene stope od oko 20%, koja je obilježila 80-e i 90-e godine prošlog stoljeća, u periodu od 13 godina (1996-2009) raste i zadržava se na oko 32%.[2,3] Ovom je porastu prethodio, po prvi put zabilježen u razvijenom svijetu, pad stope CR od 23,7% 1987. g. na 20,8% 1997. g. Ovaj kratki umanjujući trend pripisuje se, u to vrijeme rastućem, trendu pokušaja vaginalnog porođaja nakon prethodnog carskog reza (*trial of labour after cesarean, TOLAC*).[4] Nakon stacionarnog perioda, u Republici Hrvatskoj je stopa CR sa 11,9% (2001) porasla na 19,7% (2014). Globalni trend se i dalje nastavlja,[5] usprkos preporukama nekih zdravstvenih administracija da se stopa održi na 15% .[6]

Klasične indikacije za CR su u potpunosti jasno deklarirane i obavezne, a poznati su i neželjeni mogući događaju koji prate carski rez.[7] Oporavak majke je nakon CR puno duži no nakon vaginalnog porođaja. Učestalija je pojava endometritisa, većeg gubitka krvi, anesteziooloških komplikacija, tromboembolijskih incidenata, infekcije rane, abnormalne placentacije, jatrogenih ozljeda (mokraćni mjehur, mokraćovod), a trudnoće koje slijede su rizičnije *per se* (ruptura). Izraženiji su i neonatalni rizici: respiratorni distres zbog anestezije i tranzijentna tahipneja uz posljedičnu plućnu hipertenziju, jatrogena ozljeda, itd. Uz to, CR je skuplja opcija porođaja pa su troškovi osiguravatelja znatno veći.

Istovremeno, carski rez umanjuje stopu intrapartalne hipoksije i neonatalnog mortaliteta, a izbjegava se zastoj ramena u porodu te ozljede brahijalnog pleksusa.[8]

Razlozi za porast stope carskih rezova

Diskusiju potiče razmišljanje da je viša prosječna dob majke u trenutku rađanja ključni uzrok povišene stope carskih rezova zbog učestalijih patoloških trudnoća koje korespondiraju s dobi. Istinita je tvrdnja da u RH situacija nije bitnije promijenjena: od 2001. pa do 2014., dob u kojoj žene najčešće rađaju je između 25 i 34 (stopa oko 65%) godina te iako majke jesu u prosjeku starije, i dalje su u istoj dobnoj skupini.[9] Ipak, znatno je smanjena stopa rađanja u biološki i medicinski optimaloj dobi (20-24 g) u korist dobne skupine 35-39 godina.[10]

Jedna od najčešćih indikacija za carski rez je disproporcija većih mjera djeteta i zdjeličnog kanala, odnosno zastoj porođaja - inercija. Malo je vjerojatna promjena mjera zdjelice u zadnjih nekoliko dekada, ali je zato dokazana makrosomija djeteta u istom periodu.[11] Pretilost majki i prekomjerni porast tjelesne težine trudnice, dodatni su činitelji za zastoj porođaja.[12-13]

U novije vrijeme, uz klasične se indikacije sve više primjenjuje algoritam za elektivni carski rez u situaciji prvorotkinje s fetusom u stavu zatkom i dovršenju trudnoće nakon prethodnog carskog reza. U ovom kontekstu u RH postoji samo jedna, vrlo sažeta Nacionalna klinička preporuka za dovršenje trudnoće/poroda iza carskog reza koju je objavilo Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu Hrvatskoga liječničkog zbora.[14]

Ne-medicinske indikacije za carski rez

Poseban "indikacijski" entitet je elektivni carski rez na zahtjev (*cesarean delivery by maternal request, CDMR*). Problematika je kompleksna, ne uključuje samo razmišljanja i emocije trudnice već ovisi i o socijalnoj percepciji te sugestijama medicinskih profesionalaca.[15] Razlozi su brojni, od naoko medicinskih (visoki stupanj kratkovidnosti, izbjegavanje inkontinencije u budućnosti), subjektivnih (bojazan od bolnog vaginalnog porođaja - tokofobija, tuđa ili osobna trauma prethodnih porođaja) do potpuno prozaičnih (ciljani izbor datuma rođenja djeteta). Ne-medicinska sklonost opstetričara proizlazi iz bržeg i jednostavnijeg zahvata za razliku od dugotrajnog i neizvjesnog vaginalnog poroda, defenzivnosti zbog bojazni od litigacije, većeg profita, itd.[16,17]

U SAD je udio CDMR oko 4% svih carskih rezova,[18] a u RH je procjena 3,4%.[9] U nekim je državama ovaj odnos značajnije viši u odnosu na uobičajene indikacije (Brazil, Tajvan, Čile). Stopa carskog reza je izraženija u privatnim ustanovama (>40%) u odnosu na javne (oko 20%), iako velika većina trudnica u općoj populaciji izražava želju za vaginalnim porođajem.[19,20]

Kako postupiti?

Nedavni Cochran Database Review, na temu carskog reza iz nemedicinskih razloga, zaključuje da nema dokaza, temeljenih na randomiziranim kontroliranim studijama, da se planirani carskog reza bez jasne medicinske indikacije uvede u dnevnu praksu.[15]

Carski rez treba poduzeti samo onda kada postoji jasna medicinska indikacija, preporuka je Svjetske zdravstvene organizacije.[21]

Američko društvo ginekologa i opstetričara (*The American Congress on Obstetricians and Gynecologists, ACOG*) je objavilo preporuke za prevenciju nepotrebnih carskih rezova.[22] Nije uputno izvoditi carski rez na zahtjev prije 39. tjedna trudnoće. Carski rez u ovom kontekstu ne smije biti motiviran neadekvatnim uvjetima za uspješnu kontrolu boli, a posebno ga treba izbjegavati u žena koje planiraju buduće trudnoće zbog rizika za predležeću ili uraslu posteljicu, odnosno povišene pojavnosti histerektomije koja raste svakim sljedećim carskim rezom.

Postoje dokazi da trajna potpora tijekom trudnoće i porođaja od strane osobe koja uživa bezgranično povjerenje trudnice (*doula*), značajno umanjuje stopu carskih rezova.[23] Isti pozitivni efekti, uz povoljne ekonomske učinke, proizlaze iz prakse prijema u rađaonicu tek kada je porođaj uznapredovao (dilatacija > 4 cm).[24]

U RH ne postoje istraživanja, preporuke ili smjernice o problematici carskog reza na zahtjev ni s koje stručne ili znanstvene razine. U virtualnom prostoru se mogu pronaći samo istraživanja i komentari nekih relevantnih udruga.[9] Stoga je potrebno konsenzusom stručnih društava i zdravstvene administracije formirati smjernice kojima bi se potaknulo porodničare da angažiraju više vremena za pretporođajne konzultacije kojima bi predlagali vaginalni porođaj kao optimalni izbor za majku i dijete. Ginekolozi primarne zdravstvene zaštite imaju ključnu ulogu u smislu edukacije trudnica kroz koju prenose informacije, brišući nedoumice i pogrešne percepcije, ističući prednost carskog reza kao nezaobilaznog zahvata u indiciranim situacijama, ali visoko rizičnom ako je nepotrebno indiciran.

Literatura:

1. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtain SC. Births: preliminary data for 2014. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64:1–19.
2. Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief*.2010;35:1–8.
3. 3. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth*. 2011;38:99–104.
4. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States. C*lin Perinatol*. 2011;38:179–192.
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ljetopis HZJZ 2014. http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/12/ljetopis_2014.pdf.
6. U.S. Department of Health and Human Services: Office of Disease Prevention and Health Promotion--Healthy People 2010. *Nasnewsletter*. 2000;15:3.
7. Cunningham F G, et al. *Williams Obstetrics*. 24th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2014.
8. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA*. 2002;287:2684–2690.
9. http://www.roda.hr/portal/porod/kako-radamo/zasto-je-stopa-carskih-rezova-u-stalnom-poratu-u-hrvatskoj.html
10. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi_2015.pdf
11. Stotland NE, Caughey AB, Breed EM, Escobar GJ. Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;87:220–226.
12. Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al; FASTER Research Consortium. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1091–1097.
13. Stotland NE, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain, macrosomia, and risk of cesarean birth in nondiabetic nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2004;104:671–677.
14. Nacionalna klinička preporuka za dovršenje trudnoće/poroda iza carskog reza. Gynaecol Pernatol 2010; 19(2):119-126.
15. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 3: CD004660.
16. Deng W, Klemetti R, Long Q, Wu Z, Duan C, et al. Cesarean section in Shanghai: women's or healthcare provider's preferences? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:285.
17. Cheng YW, Snowden JM, Handler SJ, et al. Litigation in obstetrics: does defensive medicine contribute to increases in cesarean delivery? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27:1668–1675.
18. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*. 2005;105:751–756.
19. Angeja A, Caughey AB, Vargas J, et al. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *Obstet Gynecol*. 2004;103:117S.
20. Sparks TN, Yeaton-Massey A, Granados JM, et al. Preference toward future mode of delivery: how do antepartum preferences and prior delivery experience contribute? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28:1673–1678.

21. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):904-7.
23. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD003766.
24. 60. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, et al. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. *Birth*. 2015;42:219–226.

SUMMARY

MEDICAL-LEGAL CONNECTION BETWEEN EXTERNAL AND HOSPITAL GINECOLOGICAL AND OPSTETRIC CARE AND PRACTICES

In the Republic of Croatia there are no research, recommendations or guidelines on the issue of the caesarean section at the request of any professional or scientific level. Only the researches and comments of some relevant associations can be found in the virtual space. Therefore, the consensus of professional societies and health administrations should form guidelines that would encourage family members to engage more time for pre-trial counseling to suggest vaginal delivery as the optimal choice for mother and child.

Key words: medical aspect, legal aspect, caesarean section

.

TKO JE ŽENA, TKO (ŠTO) JE DIJETE

Primljeno: 29. rujna 2017.

doc.dr.sc. Marija Selak
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
marija.selak@gmail.com

Aktualiziranje priče o pravu na pobačaj podsjetilo je na nužnost rasvjetljavanja etičke, ali i kontekstualne dimenzije ove problematike. U razgovoru o pravima žene i djeteta često se preskače ukazati kome sve i zašto služi pravo na pobačaj. Ima li njegovo postojanje značaj i za žene koje bi, prema suvremenim standardima, „trebale" pobaciti, ali to odbijaju učiniti? U vremenu segregacije na temelju genotipa, gdje prenatalna dijagnostika opravdava pobacivanje djece s genskim „greškama", neke hrabre majke ipak rađaju. U tom smislu može se postaviti pitanje nalazi li se temelj njihovog samopoštovanja upravo u činjenici da je to bio njihov vlastiti izbor, a ne nametnuta odluka države. Daljnje problematiziranje društveno-povijesnih okolnosti nameće pitanje koliko one određuju naša prava i odgovornosti. Ima li pravo na pobačaj jednaku težinu u svakom društvu? Što znači pravo na pobačaj u Americi, a što u Africi? Je li borba za njega danas ista kao prije pedeset godina kada se za ženska prava u cjelini tek trebalo izboriti? Kakvo svjetlo na pravo na pobačaj baca činjenica da je kontracepcija u većini zemalja postala lako dostupna? Treba li društvena (r) evolucija utjecati na promjenu zakona? Ako treba, čini li ga ona izlišnim, ili bi ga trebala učiniti restriktivni(ji)m? Na tom tragu u ovom radu pokušat će se dati odgovor na pitanje ima li slobode bez života, odnosno je li, kako se u etičkoj teoriji često ističe, odluka između dobra i zla neodvojiva od pojma slobode, dok realizacija slobode kao mogućnosti izbora ima inherentnu vrijednost.

Ključne riječi: pobačaj, žena, dijete, etika, život, sloboda, izbor

WHO IS A WOMAN, WHO (WHAT) IS A CHILD?

Reopening the story about the right to abortion reminds us on the necessity of enlightening the ethical and the contextual dimension of this question. When we discuss rights of a woman and a child we often skip to point out why does the right to abortion actually exist or what is its purpose. Does its existence have a meaning for women which, according to contemporary standards, "should" abort, but refuse to do so? In times of segregation grounded on one's genotype where prenatal diagnostic justifies abortion of children with genetic "errors", some brave mothers still give birth. Thus, one could ask a question does the ground of their self-respect lie in a fact that it was their own choice and not an imposed decision of the state. Further problematising of socio-historical circumstances opens the question in which measure do they determine our rights and responsibilities. Does the right to abortion have the same weight in every society? What does the right to abortion mean in America and what does it mean in Africa? Is the fight for the right to abortion today the same as it was fifty years ago when a broader battle for women's right just started? Does the fact that contraception is now accessible change anything? Should social (r)evolution affect the change of the law? If so, does it make it redundant or it should make it more restrictive? Following that ground in this paper I will try to give the answer to the question does the freedom without life exist and is the decision between good and evil, as it is often emphasised in the ethical theory, inseparable from the notion of freedom, while the realisation of freedom as the possibility to choose has inherent value.

Key words: abortion, woman, child, ethics, life, freedom, choice

CARSKI REZ KAO PRAVO POJEDINCA

Primljeno: 12. listopada 2017.

mr.sc. Jasna Karačić,
Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata
jasnakaracic@hotmail.com

Svi ljudi rađaju se slobodni i jednaki u dostojanstvu i pravima, obdareni razumom i sviješću, a poštivanjem ljudskog dostojanstva kao temeljnog obilježja čovjeka otvoren je put ljudskim pravima. Veliki napredak u znanosti na području medicine otvara mogućnosti za cijeli niz novih medicinskih postupaka na dobrobit čovjeka pojedinca i čovječanstva u cjelini, ali istodobno u sebi krije i moguću opasnost od posljedica pojedinih dostignuća. Uzimajući u obzir i potencijalne i stvarne rizike shvatilo se da je nužno zakonodavnim oblicima osigurati i zaštititi prava pojedinca pri korištenju zdravstvene zaštite.

Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi uređuje ljudska prava i vrijednosti u zdravstvu. Prema Deklaraciji svatko ima pravo da ga se poštuje kao ljudsko biće, svatko ima pravo na očuvanje fizičkog i mentalnog integriteta i zaštitu svoje osobnosti, svatko ima pravo na poštivanje svojih moralnih i kulturnih vrijednosti te vjerskih i filozofskih uvjerenja jednako kao i na najveću moguću zaštitu svoga zdravlja.

Zakon uređuje visoke moralne, etičke i građanske norme ponašanja i korisnika i davatelja zdravstvenih usluga. Uz već priznata prava građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite utemeljena na odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, prvi put se uvodi i pravo na tzv. »drugo mišljenje« te definira kontrolni mehanizam poštivanja prava pacijenata osnivanjem posebnih povjerenstava na nacionalnoj i regionalnoj razini.

Medicina usmjerena čovjeku kao medicina modernog doba zahtjeva privrženost u relaciji liječnik- pacijent te ne dopušta generaliziranje bolesti ili zdravstvene usluge zdravog pojedinca. Danas je sve više zahtjeva za carskim rezom od strane rodilja-budućih majki, ali ne da bi se djeca rodila kao"carevi" već buduće majke misle kako bi tako lakše prošle zahtjevan put rađanja.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), u posljednjih petnaestak godina broj carskih rezova u Hrvatskoj konstantno se povećavao, a takav je trend zabilježen u cijeloj Europi.

Prema izvješću HZJZ-a, porast broja carskih rezova povezuje se s tumačenjem prava pacijenata, odnosno prava rodilje na odluku o načinu

dovršetka poroda. Veliku ulogu ima i povećan oprez liječnika zbog sve češćih tužbi za eventualnu stručnu pogrešku uslijed komplikacija pri porodu.

Za carski rez postoje indikacije koje su relativne i apsolutne, no nikako želja rodilje ne smije biti indikacija za navedeno. Potrebno je educirati buduće majke o samom zahvatu, da bi na vrijeme znale da je taj zahvat nužna potreba jer kao i kod svake operacije, i kod carskog reza moguće su komplikacije i za majku i za bebu.

Postoje situacije kada je vaginalni porod moguć, no ipak zbog sigurnosti majke i bebe se preporučuje carski rez. Apsolutne indikacije su one kod kojih je vaginalni porod nemoguć i uvijek se porod mora dovršiti carskim rezom. Prema uputama specijalista ginekologije to su nisko sijelo posteljice, prijevremeno odljuštenje posteljice (abrupcija), uska zdjelica, disproporcija u veličini djeteta i zdjelice, ispadanje pupkovine, prijeteća i započeta djetetova patnja pri nezrelom nalazu, poprečni položaj djeteta, abnormalni stavovi glavice, prijeteći razdor maternice, kao i tumori zdjelice.

Za razliku od rodilja, koje su rodile prirodnim putem i u bolnici ostaju u prosjeku tri dana, oporavak nakon carskog reza traje duže, te se u bolnici ostaje oko pet dana nakon operacije, i oporavak kod kuće je nešto duži.

S obzirom na to da je u Republici Hrvatskoj pravo na zdravlje ustavna kategorija za sve građane, a kao potpisnici Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića u pogledu primjene biologije i medicine, obvezali smo se na uređenje našega zakonodavstva u smislu omogućavanja primjene odredbi Konvencije. Tako je i donesen *Zakon o zaštititi prava pacijenata* koji štiti i liječnike i pacijente ako se pridržavaju načela "primum non nocere".

Svjesni smo da su tužbe pacijenata sve češće i da u praksi kad se stvarno dogodi pogreška, teško je dokaziva, kao sto se teško ili nikako dođe do odštete. A mnogi još ne razlikuju liječničku grešku od propusta ili nesavjesnog liječenja. Greška u radu se može dogoditi svakome, no propust i nebriga, tj. Nesavjesno liječenje je nešto sto čak i visokom odštetom ne može donijeti satisfakciju majci ili djetetu koji su pretrpjeli štetu po zdravlje.

Zato je vrlo važno zadržati povjerenje između ginekologa i rodilje, te provoditi edukaciju kako bi spriječili sve ono na što možemo djelovati preventivno.

ZNAK PRISTUPAČNOSTI KAO DIO MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Primljeno: 6. listopada 2017.

Zoran Jablanov, mag.iur., univ. spec. med. iur.
Dom zdravlja Dubrovnik
pravnik@dom-zdravlja-dubrovnik.hr

Medicinsku dokumentaciju uz različite dokumente, kao što su: otpusno pismo, liječničko uvjerenje, rentgenološki snimci, laboratorijske pretrage, temperaturno terapijsko dijetetske liste, uputnice, operacijske liste, CT nalazi, anamneze, potvrde o smrti i sl. su i podaci o zdravstvenom stanju pacijenta kojim raspolaže i koje čuva sam pacijent (npr. knjižica dijabetičkih bolesnika, trudnička knjižica, razni lančići, značke, narukvice i sl.) koji upozoravaju na postojanje neke bolesti, preosjetljivost na neke lijekove, krvnu grupu i sl.

U navedeno svrstavamo i znak pristupačnosti.



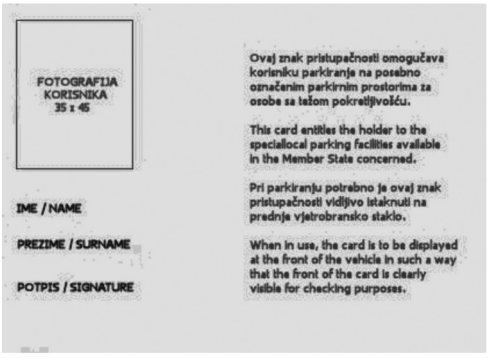
IZGLED PREDNJE STRANE ZNAKA PRISTUPAČNOSTI

pravokutnog je oblika, veličine 106 x 148 mm, svjetlo plave je boje osim simbola osobe s invaliditetom u bijeloj boji, koji ima tamno plavu podlogu, podijeljen je uzdužno na dva dijela i na prednjoj strani i na poleđini.Lijevi dio prednje strane sadrži:1. simbol osobe s invaliditetom u bijeloj boji na tamno plavoj podlozi,2. datum isteka znaka pristupačnosti,3. serijski broj znaka pristupačnosti,4. naziv i žig nadležnog tijela. Desni dio prednje strane sadrži:– velikim tiskanim slovima ispisane riječi: »ZNAK PRISTUPAČNOSTI« a ispod toga riječi »PARKING TICKET«. Na dnu kartice nalaze se riječi »EUROPSKA ZAJEDNICA« i riječi »EUROPEAN COMMUNITY« a kao pozadina oznaka »HR« unutar prstena od 12 zvijezda koji simbolizira Europsku uniju.



IZGLED POLEĐINE ZNAKA PRISTUPAČNOSTI

Lijevi dio poleđine sadrži:1. fotografiju nositelja znaka pristupačnosti,2. ime nositelja znaka pristupačnosti,3. prezime nositelja znaka pristupačnosti,4. potpis nositelja znaka pristupačnosti. Desni dio poleđine sadrži:»Ovaj znak pristupačnosti omogućava korisniku parkiranja na posebno označenom parkirnim prostorima za osobe sa težom pokretljivošću«»Pri parkiranju potrebno je ovaj znak pristupačnosti vidljivo istaknuti na prednje vjetrobransko staklo«Tekst poleđine znaka je na hrvatskom i engleskom jeziku.



TKO IMA PRAVO NA ZNAK PRISTUPAČNOSTI?

Osoba sa 80 ili više posto tjelesnog oštećenja, odnosno osobe koje imaju oštećenja donjih ekstremiteta 60 ili više posto.

Vozilo udruge osoba s invaliditetom.

TKO IZDAJE ZNAK PRISTUPAČNOSTI I KOJA SE DOKUMENTACIJA PODNOSI?

Ured državne uprave u županiji nadležan za promet, odnosno upravno tijelo Grada Zagreba nadležno za promet.

Osoba s invaliditetom podnosi zahtjev za izdavanje znaka pristupačnosti nadležnom tijelu uz koji prilaže nalaz i mišljenje ovlaštenog vještaka Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, odnosno nalaz i mišljenje drugostupanjskog liječničkog povjerenstva nadležnog za davanje nalazi i mišljenja prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji ili prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata.

Udruga osoba s invaliditetom uz zahtjev prilaže rješenje o registraciji i dokaz da su njeni članovi osobe s invaliditetom.

KAKVO PRAVO DAJE ZNAK PRISTUPAČNOSTI?

Parkiranje vozila kojima se prevoze osobe s invaliditetom na parkirališna mjesta koja su za tu svrhu posebno obilježena.

Važi samo kada vozilom upravlja osoba s invaliditetom ili se ta osoba nalazi u vozilu.

Mjesto rezervirano za parkiranje vozila osoba s invaliditetom mora imati na kolniku ucrtane rubne crte i simbol koji označava parkirno mjesto rezervirano za osobe s invaliditetom žute boje



Mjesto mora biti obilježeno i znakom »parkirališta« s dopunskom pločom koja označava parkirno mjesto rezervirano za osobe s invaliditetom.








AKO STE UZELI MOJE MJESTO,
HOĆETE LI UZETI
I MOJU INVALIDNOST?

PRAVNA REGULATIVA SESTRINSTVA

Primljeno: 16. listopada 2017.

Dijana Zoričić, mag.iur.
Ivona Tenšek, mag.iur.
Odvjetnički ured Dijana Zoričić
Zagreb, D. Gervaisa 14
ured@ou-dvzoricic.hr

Medicinske sestre, kao ravnopravni suradnici u multidisciplinarnim zdravstvenim timovima, čine većinu medicinskog osoblja. S obzirom na brojnost medicinskih sestara i njihovu specifičnu ulogu, potreban je kvalitetan pravni okvir koji će urediti samu djelatnost profesije.

Broj zakona povezanih sa sestrinstvom je znatan, a temeljnim propisom Zakonom o sestrinstvu, usklađenim sa zakonodavstvom Europske Unije, uređuje se sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, određuju se uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti i kompetencije, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj.

Cilj ovog rada je prikazati pravni okvir kojim je uređena sestrinska djelatnost u Republici Hrvatskoj i time ukazati na prava i obveze medicinskih sestara, perspektivu njihove profesije, djelotvornosti i problematiku obrazovnog sustava.

Usporedbom nacionalne i europske regulative prikazat će se utjecaj pravne regulative Europske unije na izmjene odredaba Zakona o sestrinstvu i pokazati rješenja nekih Europskih zemalja na tekuće probleme sestrinske struke.

Obradit će se i usvojene Direktive Europske unije koje se odnose na obrazovanje, djelokrug i kompetencije medicinskih sestara uz mogućnost da se stečenim stručnim kvalifikacijama u jednoj od država članica pristupi istoj profesiji u drugoj državi članici, ne dovodeći u pitanje stručnost.

Ključne riječi: medicinske sestre, Zakon o sestrinstvu, EU direktive, regulative sestrinstva

SUMMARY

NURSING LEGISLATION IN CROATIA

Nurses, as equal associates in multidisciplinary health teams, make the majority of medical staff in Croatia. Considering the large number of nurses and their specific role in medical system, quality legal framework which regulates the activities of profession is required.

The number of laws related to the nursery is considerable but the basic Nursing Act, in compliance with EU legislation, regulates the content and mode of action, the standard of education, the conditions for carrying out the duties and competence, quality control and professional supervision of nurses in Croatia.

The aim of this paper is to present the legal framework regulating the nursing activity in the Republic of Croatia and thereby indicate the rights and responsibilities of nurses, the perspective of their profession, effectiveness and problems of the education system.

Comparison of national and European regulations will show the impact of European union legislation on the national nursing regulations and will present decisions of few European countries on current nursing profession problems.

The paper will also review adopted EU Directives relating to education, competence of nurses and the possibility that acquired qualifications in one member state are valid in another member state, without prejudice to the competence.

Key words: nurses, Nursing Act, EU directives, nursing regulations