

**PRAVNI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U SPLITU**

**ZBORNIK RADOVA S
MEĐUNARODNOG KONGRESA**

**„1. KONGRES KOKOZA I
3. HRVATSKI KONGRES
MEDICINSKOG PRAVA
S MEĐUNARODNIM
SUDJELOVANJEM“**

22. - 24. ožujka 2019. godine

**Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. KONGRES KOKOZA I 3.
HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM
SUDJELOVANJEM “**

Nakladnik

Sveučilište u Splitu
Pravni fakultet
Domovinskog rata 8
21000 Split

Organizatori

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

CIP - Katalogizacija u publikaciji
SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA
U SPLITU

UDK 34:61(062)
61:34(062)

KONGRES KOKOZ (1 ; 2019 ; Rabac)
Zbornik radova s međunarodnog kongresa
“1. kongres KOKOZA (Koordinacije komora u
zdravstvu) i 3. hrvatski kongres
medicinskog prava s međunarodnim
sudjelovanjem : <Rabac>, 22.-24. ožujka
2019. g. / <urednici Anita Kurtović-Mišić
... et al.>. - Split : Pravni fakultet
Sveučilišta, 2019.

Bibliografija uz svaki rad. - Summaries.

ISBN 978-953-8116-2-4

1. Hrvatski kongres medicinskog prava s
međunarodnim sudjelovanjem (3 ; 2019 ;
Rabac)
I. Medicinsko pravo -- Zbornici

170728053

Urednik nakladničke djelatnosti

Doc.dr.sc. Zoran Šinković, 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
prof.prim.dr.sc. Lada Zibar
Prof.dr. sc. Damjan Korošec,
Prof.dr.sc. Dragan Ljutić
doc. dr. sc. Ivan Vukušić

Tehnički urednik

Doc. dr. sc. Ivan Vukušić

Priprema i tisak

DES

Naklada 300 kom.

Ovaj Zbornik predstavlja rezultat međunarodnog kongresa
„1. KONGRES KOKOZA I 3. HRVASTKI KONGRES MEDICINSKOG
PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM“
održanog u Rapcu 22. - 24. ožujka 2019. godine.

**MEĐUNARODNI KONGRES
„1. KONGRES KOKOZA I 3. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG
PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM “**

Datum održavanja

22. - 24. ožujka 2018. godine

Suorganizatori

Hrvatska komora dentalne medicine
Hrvatska ljekarnička komora
Hrvatska komora medicinskih sestara
Hrvatska komora primalja
Hrvatska komora fizioterapeuta
Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Pokrovitelji

Ministarstvo znanosti i obrazovanja
Ministarstvo zdravstva

Voditelj kongresa

prof.dr.sc. Anita Kurtović Mišić, prof.dr.sc. Jozo Čizmić
Ada Barić Grgurević, dr.med., Dragan Soldo, dr.med.

Organizacijski odbor

izv.prof.dr.sc. Mirko Klarić, prof.dr.sc. Anita Kurtović Mišić
prof.dr.sc. Jozo Čizmić, prof.dr.sc. Dragan Ljutić, dr.sc. Krešimir Luetić, dr.med.
Dragan Soldo, dr.med., Ada Barić Grgurović, dr.med.

Radni jezik: hrvatski, slovenski

Mjesto održavanja

Rabac
Hotel Tui Family Life Belevue

SADRŽAJ

ČLANCI

Prof.dr.sc Jozo Čizmić

Kućni red stacionarnih zdravstvenih ustanova - prava i obveze pacijenta 1

Izv.prof. dr.sc. Marija Boban

E-zdravlje, zaštita osobnih podataka u novim uvjetima 41

Doc.dr.sc Maja Proso

Pravo pacijenta na zaštitu (osobnih) podataka o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti..... 73

Doc.dr.sc. Blanka Kačer i izv. prof.dr.sc. Suzana Kraljić

Građansko pravni aspekti krionike i neuroprezervacije kao prava pacijenta 87

Prof.dr.sc. Hrvoje Kačer i doc.dr.sc. Blanka Kačer

Odgovornost bez krivnje u kirurgiji *de lege lata* i *de lege ferenda* 109

Prof.dr.sc Renata Perić i doc.dr.sc. Zoran Šinković

Oporezivanje darovanja (donacija) u zdravstvu 125

Doc.dr.sc. Nina Mišić Radanović

Prisila prema zdravstvenom radniku..... 147

Doc.dr.sc. Dinka Šago

Pravni aspekti zakonske obveze cijepljenja..... 171

Doc.dr.sc. Ivan Vukušić

Kaznena odgovornost medicinskih sestara 193

Izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić

Komore u zdravstvu s posebnim osvrtom na (javne) ovlasti u zdravstvu 215

Izr. prof. dr. sc. Tjaša Ivanc i izr. prof.dr.sc. Suzana Kraljić

Vloga izvedenca v civilnih sodnih postopkih s poudarkom na medicinskem izvedenstvu 235

Dr.sc. Hajrija Mujović

Značaj slučajnih nalaza u medicini sa stanovišta medicinskog prava 253

Dr.sc. Branko Brkić i mr.sc. Ive Brkić

Pravo pacijenta za suodlučivanje *de lege lata* 273

Prof.dr.sc. Aldo Radolović

Medicinsko pravo kao sastavni dio prava osobnosti i građanskog prava 295

Doc.dr.sc. Sunčana Roksandić Vidlička i Renata Pražetina Kaleb, mag.iur.

Utvrđivanje pravnog kontinuiteta i tumačenje elemenata bića
kaznenog djela nesavjesnog liječenja 307

Ivica Veselić, mag.iur.

Disciplinski postupak pred tijelima HLK i zastupanje pred sudom HLK 329

Josip Madarić, odvjetnik

Odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova za liječničku pogrešku
u SAD-u i Hrvatskoj - komparativni prikaz..... 339

PRIKAZI, SAŽETCI I PREZENTACIJE

Prof.dr.sc. Renata Perić, Silvija Dološić, univ.spec.iur.

Informacijske potrebe oboljelih od Alzheimerove bolesti i članova njihovih
obitelji – prikaz znanstvenog projekta 355

Prof.dr.sc Goran Hauser i prof.dr.sc. Alan Šustić

Task shifting- prenošenje ovlasti unutar zdravstvenog sustava 356

**Dr.sc. Marija Perić, dr.med., Linda Rossini Gajšak, dr.med, spec., Vesna
Stefančić, dr.med., spec. i Marlena Ljubičić, dr.med.**

Kultura nenasilja prema djelatnicima u zdravstvenim ustanovama..... 357

Iva Lončarić, univ.mag.admin.sanit, dipl.physioth

Vođenje fizioterapeutske dokumentacije o pacijentu kao indikator
kvalitete u fizikalnoj terapiji 358

Mirjana Grubišić, mag.physioth.	
Temeljna prava pacijenta/korisnika u fizikalnoj terapiji.....	359
Jasna Matić, bac.med.lab.diag., Sanja Kuštreba, mag.med.lab.diag., Suzana Hančić, mag.med.lab.diag. i Neven Sučić, mag.med.lab.diag.	
Medicinsko-laboratorijska dijagnostika u RH, EU i svijetu	360
Bruno Cvetković, dipl.sanit.ing.i Ida Gašić, mag.iur.	
Zakon o sanitarnoj djelatnosti	361
Mirjana Kučina	
Promocija i poduzetništvo u razvoju radnoterapijske djelatnosti	362
Kristina Mikuličić, mag.iur	
Priziv savjesti u primaljstvu	364
Barbara Finderle, bacc.obs. i Biserka Matok-Glavaš, bacc.obs.	
Usporedba primaljske djelatnosti kroz zakonske okvire i praksu.....	365
Ana Soldo, mag.pharm. i Ana Malović, mag.iur.	
Postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija za magistre farmacije iz trećih država	366
Ruža Evačić, magistra sestrinstva	
Evidentiranje sestrinskog rada - sestrinska dokumentacija	367
Doc.dr.sc. Marijana Neuberg, magistra sestrinstva	
Neželjeni ishodi u sestrinstvu	368
Doc.dr.sc. Sonja Kalauz, prvostupnica sestrinstva	
Timski rad i odgovornost u sestrinstvu - etički aspekti	369
Prof. dr. sc. Zvonimir Kaić, dr. med. dent.	
Jesu li pravo i dentalna medicina u Hrvatskoj u „dobrim odnosima“?.....	370
Dejan Elvedi, mag. iur.	
Postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija u dentalnoj medicini.	372

Dr.sc. Ljiljana Mayer, spec. medicinske biokemije i Ivana Delić, mag.med. biochem., spec. med. biokemije i lab. medicine	
POCT u liječničkim ordinacijama	374
Doc.dr.sc. Lorena Honović, spec. medicinske biokemije i dr.sc. Ines Vukasović, spec. medicinske biokemije	
Nadzor nad POCT pretragama u liječničkim ordinacijama: unutarnja i vanjska procjena te stručni nadzor.....	375
Doc.dr.sc. Marija Selak	
Priziv savjesti između toleriranog „neposluha“ i zadnjeg utočišta morala.....	376
Prof.prim.dr.sc. Lada Zibar	
Liječnička tajna.....	378
Dr.sc. Marin Mrčela, Izv.prof.dr.sc. Igor Vuletić	
Mjerila nesavjesnog liječenja u kaznenom pravu	379
Izv.prof.dr.sc. Iva Sorta-Bilajac Turina, dr.med., univ.mag.sanit.publ.	
Informirani pristanak	380

ČLANCI

Prof. dr. sc. Jozo Čizmić, redoviti profesor u trajnom zvanju
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

KUĆNI RED STACIONARNIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA – PRAVA I OBVEZE PACIJENATA

UDK:614.2

(083.15)

Primljeno: 20.veljače 2019

Izvorni znanstveni rad

Propisi o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova su autonomni propisi tih ustanova prilagođeni razini i obliku zdravstvene djelatnosti, statusu, specijalizaciji tih zdravstvenih ustanova, ljudskim, materijalnim i prostornim resursima tih ustanova, organizaciji rada i radnog vremena i dr. Po svom karakteru i sadržaju mogu se svrstati i u tzv. provedbene propise.

Posebnost pravilnika o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova u odnosu na zakonske propise kojima se uređuju prava pacijenata je u tome što se njima propisuju razne sigurnosne mjere i mjere zaštite osoba i imovine, u pravilu u vidu zabrana, naloga i ishoda dozvola. Značajno je napomenuti da Zakon o zaštiti prava pacijenata ne sadrži izričito odredbe o obvezama i odgovornostima pacijenata, a pravilnici o kućnom redu niza stacionarnih zdravstvenih ustanova sadrže odredbe o obvezama i odgovornostima bolesnika. Štoviše, propisuju i sankcije za nepridržavanje tih odredbi.

Ključne riječi: *kućni red, stacionarne zdravstvene ustanove, prava i obveze pacijenata*

I/ UVOD

1/ Pravilnikom (uputstvom, informativnim letkom, brošurou i sl.) o kućnom redu uređuju se, među ostalim, prava i obveze bolesnika za vrijeme stacionarnog liječenja u zdravstvenoj ustanovi. U kućnom redu su opisana ponašanja pacijenata/ bolesnika (i zaposlenika, ali i trećih osoba poput posjetitelja bolesnika) u skladu sa zakonskim propisima i pravima pacijenata.

Odredbom čl. 27. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 100/18, od 1. 1. 2019., dalje - ZZZ) propisano je da pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu svaka osoba obvezna je pridržavati se kućnog reda zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnoga zdravstvenog radnika. Isto je bilo propisano i odredbom čl. 24. st. 3. prethodno važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti (pročišćeni tekst zakona, 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, 131/17, na snazi od 01.01.2015.). I odredbom čl.

29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 1997. godine („Narodne novine“, broj 1/97.) bilo je također propisano da su se pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu građani dužni pridržavati kućnoga reda zdravstvene ustanove, ali je bilo propisano i da kućni red mora biti postavljen na vidnome mjestu zdravstvene ustanove (stavak 2.). Štoviše, odredbom čl. 182. bilo je predviđeno da zdravstveni inspektor može novčanom kaznom u iznosu od 300 kuna kazniti za prekršaj ravnatelja zdravstvene ustanove ako kućni red ne postavi na vidnome mjestu zdravstvene ustanove. Iako ZZZ sada ne propisuje izrijekom dužnost postavljanja kućnog reda na vidnome mjestu zdravstvene ustanove držimo da u duhu odredbe čl. 27. st. 3. ZZZ-a takva dužnost i dalje postoji.¹

2/ Bolesnik je dužan poštivati kućni red stacionarne zdravstvene ustanove reguliran općim aktima zdravstvene ustanove o uvjetima boravka i ponašanja u njoj. Uputstvom ili pravilnikom o kućnom redu uređuju se prava i obveze bolesnika za vrijeme stacionarnog liječenja u bolnici. Kućni red mora biti postavljen na vidno mjesto (bolesničke sobe, hodnici, prostorije za dnevni boravak), može biti objavljen i na web stranici bolnice, a može se dati i bolesniku u pisanoj formi u obliku brošure ili letka prilikom prijema u bolnicu.²

Kućni red za bolesnike propisuje, primjerice, vrijeme ustajanja i vrijeme počinka, vrijeme objedovanja, vrijeme vizite te obveze bolesnika za vrijeme iste, kretanje bolesnika u prostorijama odjela, zabranjuje ili ograničava upotrebu radio i video aparata, muzičkih instrumenata i mobitela, unošenje oružja i opasnih materija na odjel, unošenje i konzumiranje alkohola i opojnih droga, pušenje, uvođenje kućnih ljubimaca, unošenje i čuvanje veće količine novca i nakita, propisuje vrijeme posjete, način odijevanja, ponašanja i odgovornosti posjetitelja za eventualno nastala oštećenja i remećenje kućnog reda, vrijeme i mjesto davanja informacija o bolesnicima, održavanje vjerskih obreda, korištenje slobodnog vremena bolesnika, oblik naplate izvršenih usluga, propisuje obavezno isticanje knjige primjedbi, pohvala i žalbi na vidno i pristupačno mjesto za sve bolesnike/korisnike i posjetitelje i sl.³

Stacionarna zdravstvena ustanova mora unaprijed obavijestiti, na bilo koji način, svakog bolesnika ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika o pravima i obvezama bolesnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite u toj

¹ Navedena odredba bila bi u skladu s točkom 5.9. Deklaracije Svjetske zdravstvene organizacije o promicanju prava pacijenata u Europi, iz 1994. godine.

² Vidi BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona, knjiga I.*, „Privredna štampa“, Sarajevo, 2011., str. 425.-426.

³ Usp. *Akreditacijski standardi za bolnice AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH*, Sarajevo, 2010., str. 50.

ustanovi. Pisani popis ovih prava i obveza bolesnika mora biti pravovremeno dostavljen ili dostupan bolesniku i/ili njegovoj obitelji i zakonskim zastupnicima.⁴

S obzirom na činjenicu da su, među ostalim, krajnji korisnici i obveznici kućnog reda osobe koje su primljene i zadržane na liječenju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, držimo primjerenijim i nastavno ćemo za te osobe u pravilu koristiti pojam „bolesnik“, a ne „pacijent“.

II/ PRIJAM U STACIONARNU ZDRAVSTVENU USTANOVU⁵

a/ Postupak prijama –

Pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova podrobno se uređuje postupak prijama u stacionarnu zdravstvenu ustanovu u pravilu na sljedeći način.

Prijem bolesnika obavlja se ovisno o raspoloživim mjestima na određenom odjelu, a u hitnim slučajevima s vitalnim indikacijama neovisno o slobodnim mjestima.

Prijem na bolničko liječenje obavlja se u pravilu radnim danom, za redovnog radnog vremena, a u hitnim slučajevima kontinuirano kroz objedinjeni hitni bolnički prijem i hitne ambulante. Stacionarne jedinice primaju pacijente na bolničko liječenje u pravilu na osnovu uputnice za bolničko liječenje što ju izdaje nadležni liječnik obiteljske medicine. O prijemu na bolničko liječenje odlučuje predstojnik jedinice djelatnosti, odnosno dežurni liječnik koji donosi odluku o

⁴ Tako BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata kao akreditacijski standard u zdravstvu*, „Hrvatska pravna revija“, god. XII, 2012., broj 9, str. 48.

⁵ U radu su korišteni sljedeći kućni redovi: Opća županijska bolnica Vinkovci, *Pravilnik o kućnom redu*, Vinkovci, 2012.; Bolnica za ortopediju i rehabilitaciju „Prim. dr. Martin Horvat“ Rovinj, *Pravilnik o kućnom redu*, Rovinj, 2015.; Klinički bolnički centar Osijek, *Pravilnik o kućnom redu*, Osijek, 2014.; Klinički bolnički centar Zagreb, *Pravilnik o kućnom redu*, Zagreb, 2011.; OPĆA BOLNICA „DR. TOMISLAV BARDEK“ KOPRIVNICA, *Pravilnik o kućnom redu*, Koprivnica, 2010.; Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik, *Pravilnik o kućnom redu*, Lipik, 2011.; Specijalna bolnica Medico, *Pravilnik o kućnom redu*, Rijeka, 2017.; Opća bolnica Zadar, *Pravilnik o kućnom redu*, Zadar, 2016.; Doma zdravlja Koprivničko-križevačke županije, *Pravilnik o kućnom redu u Domu zdravlja Koprivničko-križevačke županije*, Koprivnica, 2004.; Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, *Pravilnik o kućnom redu*, Rijeka, 2007.; Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, *Pravilnik o kućnom redu*, Zagreb, 2016.; Opća bolnica Ogulin, *Pravilnik o kućnom redu*, Ogulin, 2002.; Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr. Drago Čop“ Zagreb, *Pravilnik o kućnom redu*, Zagreb, 2007.; Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača, *Pravilnik o kućnom redu bolnice*, Popovača, 2015.; Opća bolnica Dubrovnik, *Pravilnik o kućnom redu*, Dubrovnik, 2012.; Opća bolnica Pula, *Pravilnik o kućnom redu*, Pula, 2014.; Dom zdravlja Varaždinske županije, *Pravilnik o kućnom redu*, Varaždin, 2014.; Opća bolnica Bjelovar, *Pravilnik o kućnom redu*, Bjelovar, 1996.; Opća bolnica «Hrvatski ponos» Knin, *Pravilnik o kućnom redu*, Knin, 2009.; Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju „Varaždinske toplice“, *Pravilnik o kućnom redu*, Varaždinske toplice, 2005.; Dom zdravlja Zagrebačke županije, *Pravilnik o kućnom redu*, Zagreb, 2013.

indiciranosti i nužnosti bolničkog liječenja. Predstojnik jedinice djelatnosti može za odlučivanje o prijemu na bolničko liječenje ovlastiti i voditelje odjela i odsjeka, a ovlaštenje mora biti dano u pisanom obliku. Upis će se obaviti istog dana kada je pacijent primljen na liječenje, ali u svakom slučaju najkasnije slijedećeg dana. Svaki prijam na bolničko liječenje mora se evidentirati na način utvrđen posebnim propisima i općim aktima zdravstvene ustanove.

Ako se pacijent zbog pomanjkanja kreveta ne može odmah primiti na bolničko liječenje, predstojnik jedinice djelatnosti odnosno dežurni liječnik će na njegovoj uputnici upisati razlog odgode prijama, eventualno i rok kada se korisnik treba ponovno javiti na liječenje, ako je to moguće, i tu zabilješku ovjeriti svojim potpisom i pečatom. Ako trenutno u jedinici nema dovoljno kreveta za prijam svih pacijenata upućenih u zdravstvenu ustanovu, predstojnik jedinice djelatnosti odnosno dežurni liječnik odredit će prioritet prijama isključivo po medicinskim kriterijima. Ako predstojnik jedinice ocijeni da u konkretnom slučaju nema potrebe za bolničkim liječenjem, svoju će ocjenu i mišljenje zabilježiti na poledini uputnice i ovjeriti je svojim potpisom i pečatom.

Ako zbog nekih razloga bolničko liječenje odbija pacijent, liječnik će tu činjenicu upisati u protokol i na poledini uputnice, a obje bilješke ovjeriti svojim potpisom i pečatom. Nitko ne može biti primljen ili zadržan na bolničkom liječenju protivno svojoj volji osim maloljetne djece, osoba lišenih poslovne sposobnosti, osoba u nesvjesnom stanju. Hospitalizacija poslovno nesposobnih osoba obavlja se na temelju suglasnosti skrbnika, organa starateljstva ili nadležnog suda. Ako roditelj ili srodnik odbije suglasnost za hospitalizaciju maloljetne osobe dužan je tu činjenicu potvrditi potpisom u protokolu. Ako roditelji odbiju dati potvrdu, liječnik treba o tome napraviti zabilješku koju će osim njega potpisati još dvije punoljetne osobe.

Odmah po prijemu, liječnik je dužan izvršiti pregled pacijenta, ordinirati terapiju i dati nalog za laboratorijske i ostale pretrage kako bi se postavila prijemna dijagnoza pacijenta. Dužnost je pacijenta, a u cilju sigurnosti i uspješnosti liječenja, da prilikom prijema ukaže na sve eventualne ozljede i na sve promjene u zdravstvenom stanju.

Pri prijemu bolesnik ili njegova pratnja dužni su predložiti iskaznicu zdravstveno osigurane osobe ili bolesnički list, odnosno svaki drugi osobni dokument potreban za utvrđivanje nositelja osiguranja. Tako je dolaskom na bolničko liječenje pacijent dužan sa sobom ponijeti sve potrebne dokumente: - uputnicu, osim u slučaju hitnog prijama, - iskaznicu zdravstvenog osiguranja (obveznog, dopunskog, dobrovoljnog), - raspoloživu medicinsku dokumentaciju o prethodnom liječenju, - osobnu iskaznicu ili drugu identifikacijsku ispravu sa slikom, - pacijenti koji

dolaze na zakazane operativne zahvate sa sobom donose sve laboratorijske i ostale nalaze koji su traženi u predoperativnoj obradi, - predmete za osobnu higijenu, pidžamu, papuče, a po dozvoli liječnika i drugo. U hitnim slučajevima bolesnici se primaju i bez propisane dokumentacije, ali su je dužni u najkraćem roku predočiti.

Prilikom prijama pacijenta na bolničko liječenje, pored ostalih, od njega se obavezno moraju uzeti podaci o članovima njegove obitelji ili srodnika ili bilo koje druge osobe kojoj će se javljati podaci o zdravstvenom stanju pacijenta ili slučaj smrti, odnosno podatke o članu obitelji ili drugoj osobi kojoj se smiju dati ili se moraju uskratiti informacije o njegovom zdravstvenom stanju.

Prilikom prijama na bolničko liječenje, medicinska sestra - tehničar popisuje stvari (odjeću, novac, dragocjenosti i drugo) u propisani obrazac koji potpisuje bolesnik i medicinska sestra koja je preuzela stvari. Stvari bolesnika, koji je kao hitan slučaj primljen na bolničko liječenje, odnosno koji se nalazi u teškom ili besvjesnom stanju, a nema u pratnji članove porodice, zapisnički zaprima medicinska sestra na bolničkom odjelu gdje je pacijent smješten, a zatim u svemu postupa kao sa stvarima pacijenata koji su primljeni pod normalnim uvjetima.

Pri dolasku na bolničko liječenje nije dozvoljeno nositi sa sobom stvari od vrijednosti i veće količine novca. Novac, bankovne kartice, dragocjenosti i isprave bolesnici prilikom prijema predaju na čuvanje medicinskoj sestri, koja potom popisane dragocjenosti, bankovne kartice, novac i isprave predaje na pohranu u blagajnu zdravstvene ustanove, o čemu mu se izdaje potvrda. Za nepredani novac, dragocjenosti i isprave zdravstvena ustanova ne odgovara. Po otpustu iz zdravstvene ustanove stvari od vrijednosti koje je bolesnik predao na čuvanje vraćaju se bolesniku s time da on vraća potvrdu na kojoj potvrđuje primitak tih stvari.

Na temelju medicinskih indikacija bolesnik se može premjestiti u druge odgovarajuće medicinske ustanove.

b/ Upoznavanje s pravima i kućnim redom -

S odredbama kućnog reda bolesnik se upoznaje u vrijeme prijema u zdravstvenu ustanovu. Medicinska sestra odjela mora bolesnika upoznati s njegovim pravima i dužnostima kao i značajnim odredbama kućnog reda i drugih akata kojima se uređuju prava i dužnosti korisnika. U poslovnim prostorijama gdje borave korisnici moraju na vidnom mjestu biti istaknute važnije odredbe kućnog reda i drugih akata kojima se uređuju prava i dužnosti korisnika.

c/ Smještaj bolesnika (krevet, soba, pidžama) -

Pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova podrobno se uređuje smještaj bolesnika u stacionarnu zdravstvenu ustanovu u pravilu na sljedeći način.

Nakon obavljenog prijema bolesnik u pratnji medicinske sestre odlazi na kliniku/klinički zavod/odjel na kojoj će se liječiti. Bolesnika na odjelu prihvaća medicinska sestra, smješta ga u postelju, upoznaje s kućnim redom i pomoćnim prostorijama kao i osnovnim informacijama koje su bolesniku potrebne (ime odjelnog liječnika, sestara, plan pregleda i sl.).

Svakom bolesniku koji je primljen na bolničko liječenje, određuje se smještaj - soba i krevet te ormarić. Ako to prilike i okolnosti omogućavaju pri smještaju se mogu uvažiti i želje bolesnika. U bolesničkim sobama bolesnici mogu držati toaletni pribor, kao i druge predmete (papuče, pidžame, kućne kapute) koje odobri nadležni liječnik.

Bolesnik ima pravo na svoj krevet. Bolesniku se mora osigurati čisti, uredan, nanovo prozračeni krevet, a osim njega još i noćni ormarić, pribor za jelo i piće, ručnik, posteljina (jastuk, plahte, pokrivači i sl.). Samo privremeno bolesnik se može smjestiti i na pomoćni ležaj. Postelju bolesniku određuje sestra na bolničkom odjelu. Redovno, jednom tjedno, a po potrebi i češće obvezno se obavlja zamjena rublja svježim posteljnim rubljem. Zamjenu i presvlačenje posteljine obavljaju djelatnici na bolničkom odjelu. Zamjena posteljine obavlja se u pravilu onog dana u tjednu kad se vrši i zamjena bolesničke odjeće. Ako to nalaže priroda bolesti ili druge izvanredne okolnosti, zamjena posteljine obaviti će se prema potrebi.

Bolesnik se treba zadovoljiti krevetom koji mu je određen, kao i promjenom kreveta ako je ona izvršena u skladu s pravilima struke i potrebama službe. Ako okolnosti dopuštaju pri određivanju sobe i postelje mogu se uvažavati potrebe i želje bolesnika.

Bolesnik ima pravo na bolničku odjeću (pidžamu, kućni kaput i sl.) izrađenu po važećem standardu. U opravdanim slučajevima bolesnik može nositi i vlastitu odjeću ako nadležni liječnik dozvoli upotrebu vlastite primjerene odjeće i ukoliko bolesnik ima mogućnost njezina redovitog mijenjanja i održavanja. Bolesnici ne smiju u zdravstvenoj ustanovi upotrebljavati vlastitu posteljinu.

d/ Održavanje higijene -

Pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova podrobno se uređuje postupak održavanja higijene bolesnika kod prijema u stacionarnu

zdravstvenu ustanovu, kao i samih prostorija stacionarne zdravstvene ustanove u pravilu na sljedeći način.

Prije nego što bude primljen na bolničko liječenje bolesnik mora odložiti svoju odjeću, obuću, obrijati se i okupati, obaviti i drugu toaletu nužnu za uspješno liječenje ili medicinski zahvat. Pojedine radnje toalete i njihov opseg što ih mora obaviti bolesnik određuje glavna sestra, odnosno sestra u smjeni. Bolesniku koji uskrati ili izričito odbije obaviti tu nužnu toaletu može se uskratiti prijam na bolničko liječenje. U slučaju kad bolesnik, s obzirom na stanje zdravlja, ozljede i drugo, nije u stanju sam obaviti toaletu, nužnu toaletu u granicama mogućnosti obaviti će sestra ili drugi djelatnici na bolničkom odjelu.

Bolesničke sobe, radne i druge prostorije moraju biti uredne i čiste. Bolesničke sobe, radne i druge prostorije pospremaju se svakodnevno. Bolesničke sobe moraju se očistiti ujutro, neposredno poslije ustajanja i nakon podnevnog obroka. Nakon čišćenja i pospremanja bolesničke sobe je potrebno prozračiti. Ostatke hrane treba iz bolesničke sobe, odnosno iz blagovaonice odstraniti što prije, neposredno iza završenog obroka. O redu i čistoći svih prostorija, zamjeni posteljine i bolesničke odjeće brine se glavna sestra odjela, odnosno sestra.

Bolesnici su dužni voditi brigu o tome da budu stalno uredni i čisti. Brigu o čistoći i higijeni bolesnika koji se zbog bolesti ne mogu brinuti sami o sebi vode medicinske sestre - tehničari. Kontrolu nad održavanjem higijene u jedinici provodi glavna sestra. Nadzor nad održavanjem higijene obavlja medicinska sestra za hospitalne infekcije.

e/ Dnevni raspored aktivnosti -

Kućnim redom uređuje se i dnevni raspored aktivnosti, u pravilu na sljedeći način.

U pravilu svi pokretni bolesnici bude se u 6, 00 sati. U pojedinim slučajevima predstojnik jedinice ili dežurni liječnik može odrediti neko drugo vrijeme buđenja, ali ne prije 5 sati. Od trenutka buđenja do obilaska liječnika (vizite), pokretni bolesnici moraju obaviti jutarnju toaletu (brijanje, umivanje, kupanje, češljanje i dr.). Ove radnje nepokretni bolesnici obavljaju uz pomoć zdravstvenih djelatnika, a kad su bespomoćni te radnje u granicama mogućnosti obaviti će sami zdravstveni djelatnici. Do trenutka kada počinje grupni obilazak liječnika (vizita), bolesničke sobe, ordinacije i ostale radne prostorije moraju biti očišćene i prozračene, a kreveti i ostalo mora biti pospremljeno. Do tog trenutka mora biti obavljeno umivanje nepokretnih bolesnika, uzet materijal za pretrage, a bolesnici pripremljeni za liječnički pregled, kao i za druge potrebne pretrage. Te radnje moraju se obaviti također i prije nego što počne popodnevni obilazak liječnika.

Prvi jutarnji obilazak obavlja liječnik pojedinac (osobni liječnik), najkasnije do 8 sati. Drugi grupni obilazak liječnika treba obaviti najkasnije do 10 sati. Poslijepodnevni obilazak liječnika treba obaviti najkasnije do 18 sati. Jedinice djelatnosti mogu prema osobitostima svoga rada odrediti i druge termine obilaska. Svaki voditelj zdravstvene ustanove odredit će vrijeme stalnih dnevnih posjeta (vizita) bolesničkim sobama. Za vrijeme liječničkog posjeta bolesnik mora biti u svom krevetu, ukoliko nije u pojedinačnim slučajevima drukčije određeno.

Popodnevni odmor traje, u pravilu, od 14 do 16 sati. Odmor je obavezan za sve bolesnike. Iza popodnevnog odmora i obavljene liječničke vizite, kao i nakon večere, pokretnim je bolesnicima dozvoljeno boraviti u dnevnom boravku ili šetati u parku ako postoji u krugu zdravstvene ustanove. Izvan kruga zdravstvene ustanove bolesnik može izaći samo na temelju odobrenja predstojnika ili nadležnog liječnika, a u iznimnim slučajevima i na temelju odobrenja dežurnog liječnika.

Pojedini obroci hrane daju se bolesnicima u pravilu: od 7 do 9 sati - doručak, od 11 do 13 sati - ručak, od 17 do 19 sati - večera.

U razdoblju od 21 sat do 6 sati slijedećeg dana traje noćni odmor. Ako to nalažu posebni razlozi, predstojnik jedinice početak noćnog odmora može odrediti i u 22 sata. Svi bolesnici dužni su biti u krevetima najkasnije u 21,30 sati. Svjetla se gase u 22,00 sata.

f/ Boravak u prostorijama -

Upotreba prostorija i sredstava bolnice dozvoljena je samo za namijenjenu svrhu i na način određen propisima.

Bolesnici u pravilu borave u bolesničkim sobama. Bolesnici se mogu zadržavati i boraviti i u drugim prostorijama kao što su: dnevni boravak, hodnik, park i slično, ali samo u vremenu u kojem je to kućnim redom dopušteno. Samo na poziv ili u pratnji zdravstvenog djelatnika bolesnik može ulaziti u medicinske radne prostorije (operacijska dvorana, laboratorij, ambulanta, čajna kuhinja i dr.).

Bolesnicima je zabranjeno samovoljno odlaženje u druge bolesničke sobe. Bolesnici se u pravilu trebaju zadržavati unutar prostorija koje čine radni prostor bolničkog odjela. Bolesnicima je zabranjen ulazak i zadržavanje u prostorijama drugih jedinica ili nekoj drugoj prostoriji s namjenom za osoblje. Pristup u kuhinju, praonicu i ostale prostorije bolnice strogo je zabranjen bolesnicima i nezaposlenima.

Bolesnici mogu sami ili ako je to potrebno u pratnji zdravstvenog djelatnika obilaziti i (koliko je to potrebno) boraviti u drugim prostorijama samo radi dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

III/ PRAVA BOLESNIKA

Nekad se u pravilima o kućnom redu stacionarne zdravstvene ustanove prava, obveze i odgovornosti bolesnika samo taksativno nabrajaju, uglavnom po ugledu na Zakon o zaštiti prava pacijenata (pročišćeni tekst zakona - „Narodne novine“, broj 169/04 i 37/08, dalje - **ZOPP**) i ZZZ, a nekad ih se u pravilima detaljnije razlaže navodeći i neka nova prava, obveze i odgovornosti bolesnika, prvenstveno u skladu s djelatnosti i uvjetima rada konkretne stacionirane zdravstvene ustanove.

a/ Pravo na obaviještenost -

aa) Praksa pokazuje da nije dovoljno da zakonodavac utvrdi i proglasi pacijentova prava, nego da je nužno s njima upoznati pacijente, a u slučaju potrebe i pomoći im da ta prava ostvare, jer pacijent je, najčešće, pravni i medicinski laik. On nije svjestan svojih prava ili je toliko slab da nema ni snage da se bori za njihovo ostvarenje.⁶

U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na točnu i potpunu informaciju i pouku o svim pitanjima koja se tiču njezina zdravlja.^{7 8} Osim o svom zdravstvenom stanju, pacijent ima pravo zatražiti informacije o zdravstvenim uslugama, postupanju u određenoj zdravstvenoj ustanovi, imenima i položaju zdravstvenih djelatnika koji ga liječe, o pravima pacijenta i organizacijama koja ta prava štite.⁹ U prvom redu, radi se o informacijama koje trebaju uputiti pacijenta na ponašanje koje je u interesu njegova zdravlja (dijetalna ishrana, način života, način uporabe propisanih lijekova i njihove neželjene posljedice i sl.). Drugo, liječnik je dužan pacijenta obavijestiti o činjenicama koje su od značenja za njegovo samoodređenje, odnosno pristanak na odgovarajući medicinski tretman (podaci o dijagnozi, tijeku i načinu liječenja, rizicima koji su mu svojstveni i sl.).¹⁰

⁶ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept*, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005., str. 264.

⁷ Pri utvrđivanju navedenog prava polazilo se od načela predviđenog Konvencijom o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskih bića u pogledu primjene biologije i medicine – skraćeno i dalje u tekstu Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini. Podrobnije kod JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003., str. 16.-17.

⁸ Detaljnije o tome kod ČIZMIĆ, J., *Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 29, 2008., br. 1, str. 227.-275.

⁹ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept*, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse“, Neum-Mostar, 2005., str. 261.

¹⁰ Usp. LAUFS, A., *Die ärztliche Aufklärungspflicht*, u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, München, 1992., str. 346., podatak kod RADIŠIĆ, J., *Lekar i pacijent kao ugovorni partneri*, rad u zborniku «Aktuelni pravni problemi u medicini, Beograd, 1998., str. 339.-340.

Pravo na informiranost predstavlja sastavni dio liječenja i jača ulogu pacijenta u postupku liječenja, koji tako prestaje biti objektom liječenja i postaje svjesnim i odgovornim subjektom.¹¹ Pravo na informiranost temelji se, dakle, na činjenici da bolesnik nije (više) samo objekt liječenja, nego je istovremeno i (ugovorni) partner u komunikaciji liječnik - pacijent.¹² Informiranost pacijenta jedan je od preduvjeta za potpuno povjerenje između liječnika i pacijenta.¹³

Liječnik bi morao obavijestiti pacijenta osobno i pravovremeno o svim okolnostima od kojih bi mogla zavisiti pacijentova odluka o (ne)pristanku na liječenje i tu obavijest liječnik je dužan dati i bez posebnog pacijentovog traženja.¹⁴ Informiranost pacijenta bitna je zbog njegova donošenja odluke o vlastitom zdravstvenom stanju.¹⁵ Liječnik je, dakle, dužan obavijestiti pacijenta prvenstveno radi pacijentove sigurnosti, odnosno radi zdravstvene zaštite od opasnosti nastanka štete po pacijentovo zdravlje, ali i zbog toga jer obavještenje pacijenta predstavlja pretpostavku pristanka na određenu medicinsku intervenciju.¹⁶

Opseg informacija koje je liječnik dužan dati pacijentu određen je ponajviše ciljem informiranja pacijenta, odnosno davanjem mogućnosti pacijentu da kao laik donese odluku o (ne)prihvatanju predložene medicinske intervencije, dakle onaj opseg informacija koji je potreban i dovoljan za ispunjenje toga cilja.¹⁷ Da bi pacijent imao potpunu slobodu odlučivanja, trebao bi o svojoj bolesti znati sve ono što zna i liječnik. To svakako nije moguće ni potrebno jer se pacijentova odluka mora temeljiti i na povjerenju u liječnika, na medicinskim savjetima i pomoći pri donošenju odluke.¹⁸

Prema odredbama ZOPP-a, 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

¹¹ Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, „Informator“, br. 5343, od 21. svibnja 2005., str. 17.

¹² Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik*, «Informator», god. I, br. 5046-5047, od 17. i 20. srpnja 2002., str. 2.

¹³ *Ibid.*, str. 1.

¹⁴ Vidi MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 4.

¹⁵ Tako i podrobnije o pravu pacijenta na informiranost vidi kod HOCKTON, A., *The Law of Consent to Medical Treatment*, London, 2002.

¹⁶ Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 80.

¹⁷ Usp. PETRIĆ, S., *Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu Bosne i Hercegovine*, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i tfgovačkog zakonodavstva i pravne prakse“, Neum-Mostar, 2005., str. 128.

¹⁸ Tako RADIŠIĆ, J., *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*, Beograd, 1986., str. 196.

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.

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku (ZOPP, čl. 8.). Ove obavijesti na usmeni zahtjev pacijenta dužan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge (ZOPP, čl. 9.).

Pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju. Drugo stručno mišljenje pacijentu je, na usmeni ili pisani zahtjev, dužan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu (ZOPP, čl. 10.).

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 (ZOPP, čl. 11.), a ima pravo biti upoznat i s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu (ZOPP, čl. 12.).

Pravo na obaviještenost implicira pravo na odbijanje primitka obavijesti. Odbijanje primitka obavijesti je svojevrsan oblik korištenja prava na samoodređenje i time se bolesnik lišava potraživanja koja bi u svezi s tim pravom normalno imao (*volenti non fit iniuria*).¹⁹

ab) U pravilnicima o kućnom redu zdravstvenih ustanova u pravilu se samo poziva na prava pacijenata/bolesnika zajamčena zakonom. U velikom broju slučajeva određuje se da bolesnik prijemom na bolničko liječenje treba biti upoznat s identitetom i stručnim statusom zdravstvenih djelatnika koji će voditi brigu o njemu i uobičajenim postupcima koji se odnose na njegov boravak i liječenje.

U kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova uopće se ne spominje pravo pacijenta na drugo stručno mišljenje, vjerojatno zbog toga da se ne ponavljaju odredbe ZOPP-a kojima je to pravo pacijenata uređeno, iako bi se pravilima o kućnom redu mogao detaljnije urediti način i postupak kao bolesnik može ostvariti svoje zakonsko pravo. Pravo na drugo stručno mišljenje omogućuje pacijentu da, kad nije zadovoljan dobivenim informacijama i preporučenim liječenjem od strane jednog liječnika, zatraži mišljenje drugog liječnika specijalista koji do tada nije

¹⁹ Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Rijeka, 2007., str. 157.

sudjelovao u njegovom liječenju.²⁰ 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.²¹ Liječnici su dužni poštovati pacijentovo pravo na drugo mišljenje, što znači da ne bi smjeli sprječavati pacijenta da se u pogledu «iste stvari» (bolesti) obrati i zatraži mišljenje i nekog drugog liječnika. Štoviše, liječnik bi pacijentu trebao pomoći, odnosno olakšati mu konzultaciju s drugim liječnikom.²²

b/ Pisani pristanak -

U skladu s odredbama ZOPP-a, za sve vrste operativnih zahvata, invazivnih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka, obvezno se prethodno osigurava pisani pristanak pacijenta, odnosno roditelja ili skrbnika ako je pacijent maloljetan ili poslovno nesposobna osoba. Potpisani obrazac čuva se u medicinskoj dokumentaciji.

Ukoliko pacijent, roditelj ili skrbnik, ne daju svoj pravovaljani pristanak, ordinirajući liječnik je dužan, nakon što je ukazao na štetne posljedice odbijanja intervencije, pribaviti pisanu izjavu potpisanu od ovih osoba, koja se također čuva u medicinskoj dokumentaciji. Za osobe koje nisu pri svijesti ili nisu sposobne za rasuđivanje, pristanak daju roditelji, skrbnik, supružnik ili drugi bliži rođaci odnosno zakonski zastupnik. Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost roditelja, skrbnika, supružnika ili zakonskog zastupnika, pacijent će se podvrgći dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka samo dok traje navedena opasnost.

U pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova posebno se naglašava da bolesnik ima pravo odbiti bilo koji pregled ili medicinsku intervenciju. Liječnik je dužan bolesnika prethodno detaljno informirati o štetnim posljedicama i drugim rizicima ako odbije pregled ili medicinsku intervenciju.

²⁰ Vidi MATIJEVIĆ, B., *Pravo na tjelesni integritet i obveza pružanja zdravstvene usluge*, „Hrvatska pravna revija“, god. VIII, 2008., broj 9, str. 33.

²¹ Postoji mišljenje da, unatoč tome što je intencija ove odredbe jasna i što ima svoje životno opravdanje, ona ne može uvijek u potpunosti zaživjeti u praksi. Naime, u bolnicama za svaki pregled treba uputnica, pa tako bi trebala postojati i za drugo mišljenje, a liječnici opće prakse moraju opravdati svaku izdanu uputnicu jer su kontrole nadležnih tijela vrlo stroge. Stoga je vjerojatno da će pacijenti pravo na drugo mišljenje morati čekati više mjeseci. Tako BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. v., 2005., br. 1, str. 91.

²² Usp. MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 3.

c/ Informacije o zdravstvenom stanju -

ca) Informacije o zdravstvenom stanju dužan je dati zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge, na razumljivom rječniku za pacijenta (ZOPP, čl. 8.).

U pravilu obavijesti pacijentu treba dati liječnik. Liječnik je dužan odgovoriti na sva pitanja koja postavi pacijent, čak i naknadno. Liječnik ne bi smio dopustiti da obavještenje o dijagnozi i prognozi bolesti daje netko od njegovih pomoćnika (primjerice, bolničar, laborant, medicinska sestra, liječnik stažist i sl.).²³ Ako više liječnika različitih specijalnosti sudjeluje u liječenju pacijenta (primjerice, operater i anesteziolog), svaki od njih je dužan obavijetiti pacijenta o postupcima i rizicima liječenja koji nastaju njegovim radom.²⁴ Da bi liječnici imali dokaz o danim obavijestima, pacijent prije poduzimanja medicinskog zahvata treba potpisati unaprijed sročenu izjavu da je obaviješten o zahvatu i rizicima, te da na to daje svoj pristanak.²⁵

cb) Osim što bolesnik ima pravo na točno obavješćavanje i pouku o svim pitanjima koja se tiču njegovog zdravlja, jedinica djelatnosti je dužna članovima obitelji, rodbini i skrbniku dati potrebne obavijesti o stanju zdravlja bolesnika. Obavijest o stanju zdravlja bolesnika daje liječnik. Obavijesti se daju u izravnom kontaktu, a iznimno telefonom. Informacije o zdravstvenom stanju bolesnika daju se u određeno vrijeme, u pravilu prema obavijestima koje se nalaze na ulaznim vratima odjela.

d/ Posjete -

da) Posjete bolesnicima dozvoljene su u pravilu svakog dana od 16,00 do 17,00 sati. Zabranjuje se svaki posjet bolesniku izvan propisanog vremena. Bolesnika može posjetiti ograničeni broj osoba istovremeno (2-4). Bez odobrenja nadležnog zdravstvenog djelatnika na odjelu, posjetitelji ne smiju ulaziti u bolesničke sobe. Predstojnik klinike/kliničkog zavoda ili od njega ovlašteni liječnik može u slučajevima, kada to drži opravdanim, pismeno odobriti posjetu bolesniku i u drugo vrijeme, ili ograničiti posjete teškim bolesnicima. Posjetitelji ne smiju na kliniku/klinički zavod unositi predmete koji nisu nužno potrebni bolesniku.

²³ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i tgovackog zakonodavstva i pravne prakse“, Neum-Mostar, 2005., str. 262.

²⁴ Tako GIESEN, D., *Arzthaftungsrechts*, Tubingen, 1995., str. 258.; FLIS, V. – GORIŠEK, J., *Privolitev v zdravnikovo ukrepanje*, rad u zborniku radova «Medicina in pravo – sodobne dileme», Maribor, 2006., str. 91.

²⁵ Usp BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, „Informator“, br. 5343, od 21. svibnja 2005., str. 18.

Predstojnik odjela može, s obzirom na specifičnost rada, odrediti i drugo vrijeme posjeta, uz prethodnu suglasnost ravnatelja. Eventualne zabrane ili ograničenja posjeta na odjelu određuje predstojnik. U izvanrednim prilikama ravnatelj može posjete bolesnicima u pojedinim jedinicama na određeno vrijeme ukinuti, skratiti ili odrediti druge dane ili vrijeme posjeta.

Posjetitelj je na zahtjev djelatnika - vrataru dužan pokazati svoju osobnu iskaznicu (identifikacija) i prtljagu što je unosi, odnosno iznosi iz zdravstvene ustanove. Vratari ili drugi djelatnici (vatrogasni tehničari) dužni su spriječiti ulazak nepozvanih osoba u zdravstvenu ustanovu izvan vremena predviđenog za posjete.

Posjetitelji su za cijelo vrijeme trajanja posjeta odnosno boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi dužni pridržavati se propisa o sigurnosti, redu, miru, čistoći, higijeni, kako bi svojom nazočnošću što manje narušavali uvjete boravka bolesnika u zdravstvenoj ustanovi. U tom smislu posjetitelji su dužni uvažavati naloge i upute što im ih daju zdravstveni i drugi djelatnici. Posjetiteljima je osobito zabranjeno: pušiti, donositi hranu koju bolesnik ne smije konzumirati, remetiti red i mir, donositi i nuditi bolesnika alkoholnim pićem, unositi u prostorije, odnosno bolesničku sobu stvari koje bolesnik ne smije držati uz sebe, sjediti ili ležati na krevetu bolesnika, unositi i vršiti prodaju stvari, osim dostave novina, ulaziti i zadržavati se u prostorijama u koje je zabranjen pristup bolesnicima, bilo kojim činom uznemiravati i smetati ostale bolesnike, poštivati vrijeme posjeta i sl.

db) I odredbama ZOPP-a je propisano da tijekom boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi pacijent ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove te pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama (ZOPP, čl. 26.). Pacijent ima pravo na održavanje osobnih kontakata sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove. Prema dosegnutim standardima u razvijenim zemljama, hospitalizirani pacijenti imaju pravo primati posjete rođaka i prijatelja u za to predviđeno vrijeme. Ako je pacijent u bolnici ozbiljno bolestan, osoba koju on navede ima pravo stalno biti s njim. Roditelji imaju pravo ostati u bolnici sa svojim djetetom ako je mlađe od 18 godina. Ako žena koja se porađa to zahtijeva, njezin partner ima pravo ostati s njom, a kad se porodi treba biti u istoj sobi s bebom, osim ako to nije moguće iz medicinskih ili tehničkih razloga.²⁶

²⁶ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005., str. 261.

e/ Prehrana -

ea) Za vrijeme dok se nalaze na stacionarnom liječenju, bolesnici imaju pravo na prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom. Vrstu, količinu i kakvoću hrane, ovisno o prirodi bolesti, određuje u svakom konkretnom slučaju liječnik. Hranu za pacijente priprema servis za prehranu. Hrana se priprema prema standardima i normativima. Hranu dijeli sestra na bolničkom odjelu. Pokretnim bolesnicima hrana se u pravilu dijeli u blagovaonici, a nepokretnim pacijentima u bolesničkoj sobi. Za manjak obroka ili nepravilnu podjelu hrane na bolničkom odjelu, odgovara glavna sestra.

Kakvoći hrane mora biti poklonjena najveća briga. Hrana mora biti zdrava, ukusna, raznovrsna i umjereno začinjena. Hrana se priprema prema tjednim i dnevnim jelovnicima. Ostaci hrane niti posuđe ne smiju se spremati i držati u prostorijama jedinice djelatnosti. Ostaci hrane vraćaju se u servis prehrane.

Nakon uzimanja obroka sve se bolesničke sobe moraju očistiti i prozračiti.

Bolesnici se moraju strogo pridržavati propisane bolničke dijeta. Bolesnici kojima je određena dijetalna hrana ne smiju konzumirati hranu pripremljenu izvan zdravstvene ustanove.²⁷ Na temperaturnoj listi bilježe se podaci o prehrani, odnosno dijete koja je bolesniku propisana.

eb) I odredbama čl 26. st. 1. ZZZ-a propisano je da u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi. Iako se to u odredbi člana 26. ZZZ-a ne navodi izričito, smatramo da bolesnik ima ne samo pravo na prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom, nego prije svega i na kvalitetnu prehranu. Nekvalitetna hrana ne bi se smjela posluživati radi konzumacije ni pacijentima ni bolničkom (dežurnom) osoblju jer to može predstavljati kršenje obveza iz radnog odnosa i biti osnova za otkaz (radnika koji hranu pripremaju ili onih koji su to dužni kontrolirati). Hrana u bolnici mora biti određenog i očekivanog standarda, a priprema se ovisno i o bolesti bolesnika.²⁸

²⁷ Treba imati na umu da je medicinska dijeta pomoćna metoda liječenja i da nepridržavanje medicinskoj dijeti, osim u iznimnim slučajevima, ne može ugroziti život pacijenta. Ishrana suglasno svjetonazoru ne definira obveznu hranu, nego hranu koja se ne konzumira. Vidi BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona*, knjiga 1., „Privredna štampa”, Sarajevo, 2011., str. 419.

²⁸ Tako KALADIĆ, I., *Odgovara li voditelj službe prehrane u bolnici u svakom slučaju za nekvalitetno distribuiranje hrane u bolnici – kometar sudske odluke*, „Hrvatska pravna revija“, god. X, 2010., broj 1, str. 105.-108.

f/ Lijekovi -

Bolesnici imaju pravo na lijekove kojima se po pravilima medicinske doktrine ostvaruje najbrže i najuspješnije liječenje, a koji su utvrđeni Listom lijekova. Bolesnik ne smije uzimati nikakve druge lijekove osim onih koje je propisao liječnik.

Nije dozvoljeno donošenje lijekova bolesnicima.

g/ Održavanje osobne higijene -

Svakom se bolesniku stavljaju na upotrebu sredstva za osobnu toaletu. Ako to želi, bolesnik može upotrebljavati svoja sredstva za osobnu higijenu. Ako zbog prirode bolesti bolesnik ne može sam obaviti osobnu toaletu, pomoći će mu ili obaviti je u cijelosti djelatnici koji su rasporedom rada dužni njegovati ga.

h/ Razonoda -

U svrhu razonode i rekreacije, te u terapijske svrhe, na odjelima bolesnici mogu koristiti TV prijemnike, radio i društvene igre. Na bolničkom odjelu može se, prema raspoloživim mogućnostima i uvjetima, bolesnicima omogućiti razonoda čitanjem novina, knjiga, praćenjem TV-programa i drugim prikladnim sredstvima. U nekim zdravstvenim ustanovama je, prema njihovoj djelatnosti i mogućnostima te u skladu s terapijskim potrebama, predviđeno organizirati rekreaciju pacijenata, priredbe, kino predstave i dvoranske sportove.

Bolesnicima je zabranjeno osobito kartanje za novce, korištenje i sudjelovanje u igrama na sreću za novac, klađenje i druge hazardne igre.

i/ TV, radio, mobitel -

Upotreba osobnog radio ili televizijskog prijemnika dozvoljena je uz prethodnu suglasnost ostalih pacijenata u sobi i uz odobrenje predstojnika jedinice.

Upotreba osobnog mobilnog telefona dozvoljena je na stacionarnom djelu svih odjela osim na odjelima za intenzivno liječenje. Upotreba mobilnog telefona nije dozvoljena tijekom dijagnostičkih postupaka.

Zabranjeno je slušanje radio i TV emisija u tijeku vremena određenoga za odmor i spavanje, osim radio aparata i uređaja koji se mogu slušati preko posebnih slušalica.

j/ Bankomat i kiosci –

Bolesnici mogu za vrijeme boravka na bolničkom liječenju koristiti usluge bankomata i opskrbljivati se na kiosku koji se nalazi u prostoru zdravstvene ustanove.

k/ Dostavljanje pošiljki -

Obična pisma i pošiljke dostavljaju se bolesniku preko pisarnice. Djelatnik pisarnice dužan je predati poštu bolesniku neposredno nakon što ona prispije s pošte, a najkasnije do konca radnog vremena pisarnice.

Preporučena pisma, brzoplati, poštanske novčane uputnice i druge vrijednosne pošiljke bolesnicima se dostavljaju izravno, preko dostavljača. Dostavljač predaje poštu neposredno bolesniku, u pravilu u bolesničkoj sobi.

l/ Vjerska uvjerenja -

la) Bolesnici imaju pravo sudjelovati u vjerskim aktivnostima po svom izboru, a u okviru mogućnosti zdravstvene ustanove u za to predviđenom prostoru. Posjete svećenika ili drugih vjerskih službenika bolesnicima radi zadovoljavanja vjerskih potreba odobrava voditelj odjela odnosno dežurni liječnik vodeći računa o zdravstvenom stanju bolesnika.

Na želju bolesnika ili obitelji, osoblje zdravstvene ustanove omogućit će posjetu svećenika ili vjerskog službenika bilo koje vjeroispovijesti u sobi bolesnika radi obavljanja obreda, s tim da se prethodno jave glavnoj sestri odjela.

Ako se vjerski obred održava u prostoriji gdje boravi više bolesnika, treba stvoriti uvjete da se obred obavlja ne ometajući druge bolesnike.

lb) I odredbama čl 26. st. 1. ZZZ-a propisano je da u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenome prostoru. Odvojeno po konfesijama, suglasno prostornim mogućnostima zdravstvene ustanove. U sve više bolničkih institucija diljem svijeta kao dio terapijskog procesa provode se posebni programi s ciljem povezivanja duhovnih potreba i potencijala bolesnika. Bolesnici i liječnici počeli su uviđati vrijednost čimbenika poput vjere u procesu izlječenja. Važnost duhovne, vjerske dimenzije čovjeka obično najviše dolazi do izražaja kod teških životnih iskušenja, sučeljavanja s bolešću i smrću.²⁹

²⁹ Vidi LJUBIČIĆ, Đ., Duhovnost i psihijatrija, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009., str. 23.; GAŠPAR, V. N. – PERKOVIĆ, I., O zdravlju i religiji u suvremenom društvu, Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti Medicinskog fakulteta u Rijeci, god. 1., 2010., br. 2, str. 285.

m/ Umrli bolesnik -

Postupanje s umrlim bolesnikom uređeno je u samo jednom kućnom redu i to na način da su se uglavnom navodile odredbe ZZZ-a o utvrđivanju uzroka smrti i obdukciji. Sažeto, bolesnik za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi ima pravo opremanja u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih obreda. O slučaju smrti bez odlaganja se obavještava obitelj, odnosno rodbina umrle osobe. Obavijest o smrti bolesnika upućuje nadležni liječnik na bolničkom odjelu na kojem se umrla osoba liječila.³⁰

³⁰ Vrijeme i uzrok smrti granana umrlih u Bolnici, utvrđuje odjelni liječnik. Kad osoba koja utvrđuje smrt utvrdi da je smrt nastupila od zarazne bolesti ili kao posljedica nasilja, dužna je o tome odmah obavijestiti tijelo državne uprave nadležno za poslove zdravstva, odnosno ovlaštene službenike nadležnog tijela Ministarstva unutarnjih poslova. Mrtvozorstvo osoba umrlih u Bolnici obavlja se u Jedinici samostalne djelatnosti za patološku anatomiju. Činjenicu da je liječena osoba umrla, te vrijeme kada je osoba umrla, utvrđuje odjelni liječnik i unosi taj podatak u povijest bolesti, što ovjerava svojim potpisom. Nakon što liječnik utvrdi da je kod liječene osobe nastupila smrt, umrlu osobu treba obavezno prekriti bijelom platom, a njen krevet odijeliti paravanom od ostalih kreveta. Utvrđena činjenica smrti obvezuje zdravstvene djelatnike, u prvom redu medicinsku sestru koja je umrlu osobu njegovala neposredno prije smrti, da obave uobičajene radnje za uređenje umrle osobe (stavljanje tijela umrle osobe u uobičajeni položaj, zatvaranje očnih kapaka, zatvaranje usta itd.). Nadležna sestra, odnosno nadležna osoba će s umrle osobe, skinuti sve dragocjenosti (narukvice, ogrlice, lančice, naušnice, sat i sl.) i prikupiti novac i druge osobne stvari umrle osobe, te ih pohraniti na sigurno mjesto u jedinici djelatnosti. O nađenim dragocjenostima i drugim predmetima umrle osobe sastavlja se zapisnik koji potpisuje odjelni liječnik, nadležna sestra i osobe koje su sudjelovale kod prikupljanja i popisa stvari i dragocjenosti umrle osobe. Dragocjenosti, novac i drugi predmeti umrle osobe predaju se nasljednicima, odnosno drugim osobama koje imaju zakonsko pravo na te predmete. Osoba koja primi stvari umrle osobe potvrđuje primitak tih stvari potpisivanjem zapisnika. Uz potpis osobe koja je primila stvari umrle osobe, navest će se adresa, broj osobne iskaznice i mjesto njezina izdavanja. Nakon što je potpisan zapisnik o predaji stvari, zapisnik se prilaže povijesti bolesti umrle osobe. Odjelni liječnik dužan je u slučaju smrti liječene osobe, ispuniti isprave u svezi sa sahranom (prijava i potvrda smrti), te ih dostaviti u Jedinicu samostalne djelatnosti za patološku anatomiju. Umrlo osoba mora ostati ležati na svojem bolničkom krevetu najmanje dva sata nakon što liječnik ustanovi da je kod nje nastupila smrt. Umrlo osobu ne smije se premještati na drugi krevet, niti prenijeti u Jedinicu samostalne djelatnosti za patološku anatomiju (mrtvačnicu) prije nego što ju pregleda odjelni liječnik. Nakon što odjelni liječnik obavi pregled umrle osobe i nakon što o tome izda propisane isprave, nadležna sestra obaviti će sve potrebne radnje i mjere da se tijelo umrle osobe prenese u mrtvačnicu. Umrlo osobu (prevoze) u mrtvačnicu djelatnici jedinice djelatnosti u kojoj je osoba boravila do trenutka smrti ili posebno određene osobe za prijenos (prijevoz). Prijenos tijela umrle osobe u mrtvačnicu obavlja se transportnim kolicima. Tijelo umrle osobe prenosi se u mrtvačnicu bez odjeće, umotano u plahu, sa identifikacijskim kartonom. Prijenos tijela umrle osobe djelatnici moraju obaviti s dužnim poštovanjem. Za svaku umrlu osobu mora se ispuniti identifikacijski karton. Karton ispunjava nadležna sestra jedinice djelatnosti, odnosno odjela. Identifikacijski karton sadrži ove podatke: ime i prezime, datum rođenja, djelatnost (odjel) na kojem je osoba umrla i vrijeme smrti (dan, mjesec, godina i sat). Identifikacijski karton nadležna sestra pričvršćuje za nožni palac umrle osobe. Odjelni liječnik dužan je na popratnici za umrlu osobu (u daljnjem tekstu: popratnica) koja se sastavlja u dva primjerka upisati osnovne podatke o umrlome, uzrok smrti i druge potrebne podatke. Popratnica se u pravilu smatra kao zahtjev za obdukciju. Popratnica i potrebna dokumentacija dostavlja se u Jedinicu samostalne djelatnosti za patološku anatomiju. Jedan primjerak popratnice sa potvrdom o preuzimanju tijela umrle osobe vraća se na odjel iz kojeg je primljena umrla osoba. Preuzimanjem tijela umrle osobe Jedinica samostalne djelatnosti za patološku anatomiju preuzima daljnu brigu o čuvanju, smještaju i o predaji tijela članovima obitelji ili rodbini. Ako tijelo umrle osobe u roku od 48 sati ne bude preuzeto na sahranu, Jedinica samostalne djelatnosti za patološku anatomiju dužna je preko jedinice djelatnosti u kojoj se umrla osoba liječila, provjeriti da li je obitelj, odnosno rodbina umrle osobe obaviještena o smrti. Ako obitelj, odnosno rodbina ne preuzme tijelo umrle osobe u roku od 48 sati od trenutka smrti ono će se sahraniti na uobičajeni način, na teret sredstava nadležnog tijela državne uprave u skladu sa važećim propisima. Na isti

I odredbama čl 26. st. 1. ZZZ-a propisano je da u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na opremanje u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih odnosno drugih običaja vezanih uz iskaz pijeteta prema umrloj osobi.

n/ Zaštita tajnosti podataka –

U pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova nije se detaljnije razlagalo pravo na zaštitu tajnosti podataka. Vjerojatno i zbog toga jer je ono detaljno uređeno zakonima.

o/ Pristup medicinskoj dokumentaciji -

oa) U pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova u pravilu se ne navodi i ne obrazlaže pravo bolesnika na pristup medicinskoj dokumentaciji. Tek sporadično se navodi kako bolesnik ima pravo na uvid u svoju cjelokupnu medicinsku dokumentaciju (pravo na kopiju).

ob) Prema odredbi čl. 23. ZOPP-a bolesnik ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti. Bolesnik ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije.

Medicinska dokumentacija jest dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno o zdravstvenom stanju pacijenta, načinu rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite, te uputa danih u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu, koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog radnika (najčešće liječnika).³¹ Medicinska dokumentacija ima višestruku svrhu. U prvom redu, zadatak joj je omogućiti pravilno liječenje pacijenta i znanstveno istraživanje, pa mora biti tako vođena da može u svakom trenutku drugim liječnicima i pacijentu dati točne podatke o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama, a ti su podaci značajni i onima koji u konačnici snose troškove liječenja.³² Cilj medicinske dokumentacije je, dakle, praćenje i utvrđivanje tijeka bolesti u postupku liječenja bolesnika, koje provode određeni zdravstveni djelatnici i zdravstvene ustanove odgovorni za liječenje

način postupit će se i u slučaju kada se utvrdi da umrla osoba nema obitelj ili srodnike. Tijelo umrle osobe zaprimljeno u Jedinici samostalne djelatnosti za patološku anatomiju odlaže se u frižider.

³¹ Usp. ČIZMIĆ, J., Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji, „Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci“, v. 30, 2009., br. 1, str. 91.-134.

³² Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 144.-145.

konkretnog pacijenta.³³ Na temelju medicinske dokumentacije pišu se dnevna i periodična izvješća za potrebe evidencija, a izdaju se i financijski dokumenti za plaćanje zdravstvenih usluga.³⁴ Medicinska dokumentacija (bilješke i prilozi) liječniku služi da bi se podsjetio na rezultate pretraga, situaciju, svoja razmišljanja i namjere, kad se sretne s istim bolesnikom nakon nekog vremena.³⁵ Uredno vođena dokumentacija ne služi samo kao oslonac liječniku za podsjećanje, nego je i u interesu pacijenta da ima urednu medicinsku dokumentaciju.³⁶ Naime, zbog loše, odnosno nepravilno vođene medicinske dokumentacije, pacijenti često ne mogu dokazati i ostvariti svoja prava.³⁷ Uredno vođena medicinska dokumentacija od osobite je važnosti za zaštitu prava pacijenata pred sudom,³⁸ ali isto tako ona može poslužiti i liječnicima za obranu njihovih prava ako pacijent protiv njih pokrene sudski postupak.³⁹ Svakako, dopušteno je dokazivati da su u medicinskoj dokumentaciji neistinito utvrđene činjenice ili da je nepravilno sastavljena, a ako sud posumnja u autentičnost medicinske dokumentacije, odnosno pojedinih njezinih dijelova, može zatražiti da se o tome izjasni zdravstvena ustanova i/ili zdravstveni djelatnik od kojega bi ona trebala potjecati.⁴⁰

p/ Povjerljivost -

pa) Iako se u većini pravilnika o kućnom redu zdravstvene ustanove pozivaju na pravo bolesnika na povjerljivost, ne uređuju detaljnije ovo pravo ili samo citiraju zakonske odredbe kojima se uređuje to pravo.

pb) Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao

³³ Vidi OPDERBECKE, H. W. – WEISSAUER, W., *Aerztliche Dokumentation und Pflege dokumentation*, «Medizinrecht», 1984., br. 6, str. 211.

³⁴ Tako i podrobnije kod JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: JAKŠIĆ, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

³⁵ *Ibid.*, str. 355.-372.

³⁶ Potanje o tome kod MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 6.

³⁷ Vidi ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, «Pravni život», vol. LI, 2002., br. 9, str. 259.; NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, «Pravni život», 1998., br. 9., str. 268.

³⁸ Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, «Pravo u gospodarstvu», vol. 44., 2005., br. 1, str. 90.

³⁹ Vidi kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i prilogima*, Zagreb, 2001., str. 116.

⁴⁰ Podrobnije o tome kod TRIVA, S. – DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 512.-515.

i o njegovom zdravstvenom stanju, a može i imenovati osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka (ZOPP, čl. 25.).

Pravo na povjerljivost svih osobnih informacija o bolesniku je posebno značajno jer se ne odnosi samo na podatke u vezi s bolešću nego i na informacije o rođenju, obrazovanju, porezu, kreditu, broju socijalnog osiguranja i dr.⁴¹

U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njezina zdravlja. To pravo proizlazi iz prava osobnosti koje raznim sredstvima štiti personalitet čovjeka, pošto osobnost čovjeka nije samo psihološka kategorija, nego je i pravni pojam.⁴² Opće je prihvaćeno stajalište da je jedno od subjektivnih prava osobnosti i pravo na privatnost, odnosno zaštitu privatnog života, koje pak jamči i tajnost podataka o čovjekovom privatnom životu, pa time i o stanju njegova zdravlja.⁴³

U većini slučajeva pacijent ulazi u odnos s liječnikom s povjerenjem kako u osobu, tako i u njegovo znanje.⁴⁴ Za obavljanje liječničke djelatnosti značajno je da se njezin uspjeh temelji na uzajamnom povjerenju liječnika i pacijenta, te da društveni razlozi traže da im se osigura uspjeh zajamčenjem diskrecije.⁴⁵ Povjerenje je temelj na kojem počiva odnos pacijenta i liječnika te etički i profesionalni kodeks medicine. Suvremenu medicinu karakterizira nadilaženje tradicionalnog liječničkog paternalizma pošto su danas liječnik i pacijent jednakopravni subjekti u kliničkom okruženju.⁴⁶ Izričito i dosljedno poštivanje obveze čuvanja tajne od strane liječnika ohrabruje pacijente da mu se obraćaju za pružanje medicinske pomoći.⁴⁷ S druge strane, liječnička tajna koristi, neizravno, i liječniku jer on svoju stručnu djelatnost može kvalitetno obavljati samo ako od pacijenta dobije informacije koje su mu nužne za dijagnozu i terapiju.⁴⁸ Već iz toga može se zaključiti da se profesionalno povjerenje ne podrazumijeva samo po sebi. Ono se dokazuje unutar konkretnog odnosa u konkretnom slučaju. Zato i izlazak

⁴¹ Vidi ŠEGOTA, I., *Privatnost kao bioetički pojam*, Rijeka, 1999., str. 6.

⁴² Tako RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1, str. 133.

⁴³ Ibid., str. 150. Podrobnije o pravu osobnosti kod GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000. i BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskome i hrvatskome pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356.

⁴⁴ Usp. BLAŽEVIĆ, D. – CIVIDINI STRANIĆ, E. – BECK DVORŽAK, M., *Medicinska psihologija*, Zagreb, 1979., str. 130.

⁴⁵ Tako TRIVA, S. – DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 520.

⁴⁶ Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o liječništvu – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, «Hrvatska pravna revija», god. III., 2003., br. 9, str. 79.

⁴⁷ Usp. PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 449.

⁴⁸ Tako REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., str. 343., (dalje – REHBERG), podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 340.

informacija iz tog odnosa ima svoju konkretnu posljedicu - gubitak povjerenja u konkretnu osobu i predstavnika profesije koju ta osoba predstavlja.⁴⁹ Odnos pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga, gledajući s pravnoga aspekta, najčešće je (neimenovani, neformalni) ugovorni odnos, pa zdravstveni djelatnici trebaju i s toga osnova poštivati privatnost povjerenih podataka vezanih uz pružanje usluga koje su im povjerene.⁵⁰ Povjerenje na kojem se temelji liječnička tajna nije vezano za konkretnu fizičku osobu liječnika, nego za liječnika kao obnašatelja liječničke funkcije.⁵¹

Uplitanje u privatni i obiteljski život bolesnika nije dozvoljeno, osim ako bolesnik na to pristaje, ili ako je to nužno za dijagnostiku, liječenje i zdravstvenu njegu bolesnika. Svi podaci o bolesniku moraju biti zaštićeni kao i svi drugi izvori iz kojih bi se mogli dobiti podaci o bolesniku. Svi podaci o zdravstvenom stanju bolesnika i drugi osobni podaci su povjerljivi, čak i nakon smrti bolesnika. Povjerljivi podaci mogu se davati trećim osobama samo u slučaju jasnog pristanka bolesnika, odnosno na zahtjev državnih tijela (MUP, sudovi, komore, nadležno ministarstvo).

r/ Privatnost (pri pregledu i njezi) -

ra) Kao i kod prava na povjerljivost, i kod prava na privatnost bolesnika u većini propisa o kućnom redu zdravstvene ustanove samo se poziva na pravo bolesnika na privatnost, a ne uređuju detaljnije ovo pravo ili samo citiraju zakonske odredbe kojima se uređuje to pravo.

rb) Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege bolesnik ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost (ZOPP, čl. 28.). Zakon izriječno određuje tko može prisustvovati pregledu bolesnika. To su samo oni zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici koji su uključeni u njegov tretman. Bolesnik ima pravo zatražiti da pregledu i izvođenju medicinskih postupaka prisustvuju članovi njegove obitelji ili osobe koje on odredi, dok pri pregledu

⁴⁹ Primjerice, otkrivanje liječničke tajne može prouzročiti šutnju, izbjegavanje osobe koja je dovela u pitanje privatnost, iskazivanje razočarenja u odnos u kojem je privatnost povrijeđena, strah od povjerenja u drugu osobu te povlačenje u vlastitu osobnost. Zato od medicinskih djelatnika kojima izlažu dijelove svoje privatnosti, primjerice, od identifikacijskih podataka, materijalnog stanja, adrese stanovanja, broja telefona do informacije u vezi zdravlja i bolesti do kojih treba doći pomoću različitih postupaka i intervencija pacijenti trebaju, u njihovom uzajamnom odnosu, dobiti uvjerenje i točne upute o tome kako će se ti podaci prikupljati, koristiti i štititi te koja su pravila profesije u vezi s njima. U situacijama u kojima treba govoriti o fiziološkim potrebama i funkcijama, tjelesnim izlučevinama, pokazati neki dio tijela, razgovarati o povijesti bolesti, rezultatima dijagnostičkih pretraga, težini stanja i svemu onome što bi se trebalo poduzeti da bi se to stanje promijenilo - u prostoru u kojem osoba treba biti zaštićena od pogleda drugih - pitanje povjerenja dobiva svoje puno značenje. GOSIĆ, N., Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 11.

⁵⁰ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, 2006., str. 162.

⁵¹ Tako JOVANOVIĆ, L.J., Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja, Beograd, 1959., str. 16.

djece do 15 godina života odnosno osoba lišenih poslovne sposobnosti, obvezno prisustvuje jedan od roditelja, a ako ih dijete nema, obvezno prisustvuje zakonski zastupnik ili staratelj. Obveza je zdravstvene ustanove odnosno zdravstvenog radnika da osiguraju zvučnu i vizuelnu privatnost bolesnika prilikom pregleda i izvođenja medicinskih postupaka, osim u hitnim slučajevima.

U zdravstvu potpuna zaštita fizičke privatnosti nije moguća jer se kosi sa zahtjevima struke, pošto obavljanje zdravstvene djelatnosti pretpostavlja fizičke kontakte između zdravstvenih radnika i bolesnika prilikom pregleda, terapije i hospitalizacije, te se po logici stvari podrazumijeva da je bolesnik unaprijed suglasan na takve kontakte zbog svoje želje za otklanjanjem zdravstvenih tegoba i nade za ozdravljenje. Unatoč tome bolesnici očekuju i imaju pravo tražiti od zdravstvenih djelatnika da tom prilikom vode računa o zaštiti njihove privatnosti. U tom smislu zavjese, zastori, paravani, ogrtači, pidžame su uobičajeni zaštitinici fizičke privatnosti. No postoje i druge mogućnosti. Tako su primjerice američki bolesnici skloni jednokrevetnim sobama, ili preferiraju liječnike istog spola što se tumači njihovim strahom od gubitka fizičke privatnosti i željom da se ona zaštiti.⁵² Tu treba ubrojiti i shvaćanje da medicinski tretmani u kojima sudjeluju neovlaštene osobe, uključujući tu i bolničke namještene, gledatelje i kamere uz njihovo uzglavlje treba smatrati napadom na njihovu privatnost. Po nekima i pravila o bolničkom miru i tišini služe zaštiti privatnosti jer omogućuju bolesnicima u bolnici zadovoljenje potrebe za fizičkom samoćom i duševnim mirom.⁵³ Prilikom njege trebalo bi bolesnike zaštititi paravanima kada je to s obzirom na oblik njege potrebno.⁵⁴

U svim okolnostima pružanja i korištenja zdravstvene zaštite, svaki bolesnik ima pravo na zaštitu svog dostojanstva, te fizičkog i psihičkog integriteta, uz poštivanje svoje ličnosti, intimnosti, svjetonazora, moralnih i vjerskih uvjerenja. Zdravstveni radnici trebaju tretirati bolesnike s ljubaznošću, poštujući njihovo osobno dostojanstvo. Svatko ima pravo da mu se uljudno obraćaju i s poštovanjem, bez prisile, ili da na zdravstvenu uslugu ne čeka satima bez konkretnog razloga. Nitko ne smije biti pregledan na način koji vrijeđa ljudsko dostojanstvo.

Liječnik treba pokazati razumijevanje i za zabrinutost bolesnikovih bližnjih, ispravno ih obaviještavati o bolesniku te s njima surađivati na korist bolesnika. Neuljudno, drsko i slično komuniciranje liječnika s bolesnikom, ali i s njegovim

⁵² Usp. ALLEN, A. L., *Privacy in health care*, Enciclopedia of Bioethics, Revised edition, 1995., str. 2065.

⁵³ Vidi ŠEGOTA, I., *Privatnost kao bioetički pojam*, Rijeka, 1999., str. 3.-4.

⁵⁴ Tako KOVAČIĆ, M., *Prikaz Zakona o zaštiti prava pacijenata*, rad u zborniku Aktualna pravna problematika u zdravstvu, I. Kongres pravnika u zdravstvu, Topusko, 9. i 10. listopada 2008., str. 183.

bližnjima, povreda su medicinske etike, ali su i povreda prava osobnosti na duševno zdravlje (mir) i dostojanstvo.⁵⁵

Nije dozvoljeno snimanje prostorija, zgrade ili inventara bolnice te prodavanje bilo kakvih predmeta u bolnici, bez prethodnog odobrenja ravnatelja bolnice.

s/ Prigovor pacijenta i pohvale -

Ako misli da njegova prava nisu poštovana, bolesnik ima pravo podnositi pritužbe nadležnom liječniku, voditelju pojedine ustrojstvene jedinice ili izravno ravnatelju zdravstvene ustanove, a posebno glede oblika liječenja, dijagnosticiranja, otpusta iz zdravstvene ustanove ili povrede svojih drugih prava i sloboda. Bolesnik ima pravo na temeljito, pravedno, učinkovito i brzo rješavanje po uloženoj žalbi kao i pravovremeni izvještaj o donesenoj odluci po žalbi.

Osim pritužbi, bolesnici imaju pravo i na pohvale za rad i ponašanje medicinskog i drugog osoblja.

Radi lakšeg korištenja ovih prava u ravnateljstvu bolnice, kao i na svakom odjelu nalazi se “Knjiga pritužbi”. Pisane pritužbe unose se u Knjigu ili u sandučić za pohvale i pritužbe. Svoje usmene pritužbe i pohvale bolesnici iznose voditelju odjela, odnosno glavnoj sestri odjela.

Prilikom iznošenja pritužbi i pohvala, poželjno je da bolesnici navedu svoje puno ime i prezime.

Pravo na prigovor je jedno od bitnih pacijentovih prava jer omogućava pacijentu da dobije kompenzaciju kad pretrpi oštećenje, što također ima simboličan karakter ali veoma jak preventivno, u onoj mjeri u kojoj intervenira sudska vlast.⁵⁶ Sukladno međunarodnim konvencijama, svaka je država dužna zakonom zajamčiti i osigurati pravičnu istragu o žalbama pacijenta. Pravo na djelotvorni pravni lijek (bez obzira na njegov naziv, *falsa nominatio non nocet*) uključuje obvezu zdravstvene ustanove da postupa po zakonskim odredbama koje se tiču procedure po pravnim lijekovima, odnosno da osigura odgovarajuće tijelo (komisiju) za primanje, obradu i rješavanje pravnih lijekova.

⁵⁵ Usp. CRNIĆ, I., Pristanak pacijenta kao pravna pretpostavka dopuštenosti liječenja, male stranice, „Informator“, broj 5737. od 28. veljače 2009., str. 8.

⁵⁶ Tako MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005., str. 263.

t/ Samovoljno napuštanje stacionarne zdravstvene ustanove -

ta) Bolesnik se ne može protiv svoje volje zadržati na liječenju, osim u slučaju kada to zakon određuje. Bolesnicima je zabranjeno udaljavati se iz bolesničke zgrade bez odobrenja odgovorne osobe odjela. Bolesnicima je zabranjeno izlaženje izvan kruga zdravstvene ustanove u bolničkoj odjeći bez odobrenja predstojnika jedinice. Izlaz bolesnicima dat će se iznimno samo u slučaju poziva državnih organa vlasti, suda itd.

Ukoliko bolesnik napušta zdravstvenu ustanovu protiv savjeta liječnika, dužan je on ili njegova obitelj potpisati izjavu da to čini na vlastitu odgovornost.

tb) I prema odredbama ZOPP-a pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima propisanim posebnim zakonom, u slučajevima kada bi to štetilo njegovome zdravlju i zdravlju ili sigurnosti drugih osoba. 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. Podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave nadležni zdravstveni radnik obavezan je upisati u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Ako to nalaže zdravstveno stanje pacijenta nadležni zdravstveni radnik o napuštanju zdravstvene ustanove bez najave obavezan je obavijestiti obitelj, a nadležna tijela u slučajevima određenim posebnim propisima. Ako je pacijent nesposoban za rasuđivanje, odnosno maloljetan nadležan zdravstveni radnik obavezan je obavijestiti njegova zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika (ZOPP, čl. 27.). Ovim pravom se štiti i zdravstveni profesionalac, u slučajevima pogoršanja zdravlja pacijenta zbog napuštanja zdravstvene ustanove. Ovako precizno reguliranje ovog prava stvara uvjete da budu onemogućene njegove zloupotrebe u praksi. Ovo pravo nije ograničeno činjenicom opravdava li zdravstveno stanje pacijenta njegov daljnji tretman u toj ustanovi.

Odluka o premještanju pacijenta u drugu zdravstvenu ustanovu koja je donesena bez njegova znanja i pristanka, također bi bila povreda njegova prava na samoodređenje.⁵⁷

u/ Otpust bolesnika -

O otpustu bolesnika iz zdravstvene ustanove odluku donosi odjelni (ovlašteni) liječnik, voditelj odjela u dogovoru s bolesnikom ili dežurni liječnik. Prije otpusta bolesnik predaje svu bolničku odjeću i rublje koje je koristio te sve stvari

⁵⁷ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005., str. 263.

zdravstvene ustanove kojima se služio tijekom liječenja. Uz predaju potvrde o pologu bolesniku, odnosno pratitelju ili zakonskom zastupniku, uručuju se svi predmeti koje je bolesnik prilikom prijama ili kasnije dao na polog zdravstvenoj ustanovi.

Na dan otpusta bolesnik ima pravo na doručak i ručak.

Bolesnik se, u pravilu, otpušta: a) nakon što bude završeno liječenje,⁵⁸ b) kad se bolesnik oporavi u toj mjeri da se daljnje liječenje može produžiti kod kuće ili ambulantno, c) kad to zahtjeva sam bolesnik ili njegov roditelj, odnosno skrbnik u slučaju kad je bolesnik maloljetan ili pod skrbništvom,⁵⁹ d) kada postupa protivno uputama liječnika, e) kada grubo ili opetovano narušava propise koji reguliraju liječenje, boravak i ponašanje bolesnika u zdravstvenoj ustanovi, f) kada bolesnik bude upućen na liječenje u drugu zdravstvenu ustanovu. Bolesniku kojega se upućuje na daljnje liječenje u drugu zdravstvenu ustanovu predstojnik jedinice djelatnosti osigurat će prema potrebi prijevoz i eventualno pratnju.

Otpuštanje bolesnika iz zdravstvene ustanove u pravilu se obavlja svakog radnog dana, u vremenu određenom odlukom ravnatelja. U pravilu, odluka o otpuštanju mora se priopćiti bolesniku najmanje 24 sata prije nego što treba napustiti zdravstvenu ustanovu.

Bolesnik koji sam plaća troškove liječenja dužan ih je podmiriti na dan otpusta, a prema ispostavljenom računu za bolničko liječenje.

Bolesniku ili njegovoj pratnji prilikom otpusta se uručuje otpusnica i otpusno pismo. Otpusno pismo može se i dostaviti bolesniku poštom u roku od sedam dana od dana otpusta. Forma i sadržaj otpusnog pisma određeni su posebnim propisima.

IV/ MJERE ZAŠTITE

Posebnost pravilnika o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova u odnosu na zakonske propise kojima se uređuju prava pacijenata je u tome što se njima propisuju razne sigurnosne mjere i mjere zaštite osoba i imovine, u pravilu u vidu zabrana, naloga i ishođenja dozvola.

⁵⁸ Kada pacijent napusti Bolnicu prije nego što bude izliječen, ta se okolnost primjetno mora naznačiti u povijesti bolesti, odnosno u otpusnom pismu: "Otpušten na svoj zahtjev".

⁵⁹ Izjava roditelja odnosno skrbnika o prijevremenom samovoljnom prekidu liječenja mora se dati u pisanoj formi. Činjenica o svojevolumnom prekidu liječenja zabilježiti će se u povijesti bolesti.

a/ Noćna rasvjeta -

Hodnici i stubišta noću moraju biti osvijetljeni u mjeri koja osigurava sigurno kretanje.

U hodnicima i zahodima, svjetlo treba biti upaljeno cijelu noć.

b/ Liftovi, kolica -

Bolesnicima nije dopušteno samostalno upotrebljavati dizala. Bolesnici mogu dizala koristiti samo u pratnji ili uz pomoć nekog od djelatnika zdravstvene ustanove.

Uporaba prijevoznih kolica i nosila za prijevoz bolesnika dopuštena je u pratnji osoblja ustanove.

c/ Požar -

Bolesnici su dužni dosljedno se pridržavati mjera zaštite od požara, te su dužni prijaviti svaku moguću opasnost od izbijanja požara kao i nastanak požara. U slučaju požara većih razmjera bolesnici su dužni dosljedno izvršavati naredbe djelatnika koji rukovode akcijom gašenja požara.

d/ Instalacije -

Zbog opasnosti od udara struje bolesnicima je zabranjena upotreba vlastitih električnih aparata, osim aparata za brijanje i sušenje kose, TV ili radio prijemnika.

Bolesnicima je zabranjeno diranje i rukovanje plinskim instalacijama i aparatima. Posebno, bolesnicima je zabranjena manipulacija medicinskim plinovima koje mogu primjenjivati isključivo osposobljeni zdravstveni djelatnici.

e/ Pušenje -

U svim prostorima zdravstvene ustanove zabranjuje se pušenje.

f/ Alkohol i hrana -

U zdravstvenoj ustanovi zabranjeno je uzimanje alkoholnih pića i drugih sredstava ovisnosti, te njihovo unošenje u prostore zdravstvene ustanove.

Bolesnik smije primiti i konzumirati hranu pripremljenu izvan zdravstvene ustanove samo uz prethodno odobrenje liječnika. Prehrambene namirnice primljene u paketu ili na drugi način bolesnici ne smiju držati u bolesničkim sobama, osim količine za jednodnevnu potrošnju. Ostale namirnice medicinska sestra - tehničar pohranjuje u čajnoj kuhinji.

g/ Opasni predmeti -

Bolesnik ima pravo posjedovati osobne predmete osim onih koji mogu biti upotrijebljeni za radnje opasne po samog bolesnika ili njegovu okolinu. Pacijentima je zabranjeno osobito upotreba električnih grijalica, upotreba kuhala (rešoa) za pripremanje hrane odnosno čaja, kave i drugih napitaka u bolesničkoj sobi.

h/ Oružje -

Bolesnicima je zabranjeno držanje i nošenje opasnih predmeta, hladnog ili vatenog oružja i ostalog što bi moglo ugroziti zdravlje i živote ljudi ili imovinu. Bolesniku koji odbije odstraniti oružje i opasne predmete uskratit će se primitak na liječenje, odnosno otpustit će ga se s daljnjeg bolničkog liječenja.

i/ Buka -

Bolesnicima je zabranjeno pravljenje buke, pjevanje, sviranje, kao i svako drugo narušavanje mira.

j/ Cvijeće -

Bolesnik može u sobi na svom ormariću ili na stolu držati cvijeće, ako se tome ne protive drugi bolesnici, a posebno ne onda ako su drugi bolesnici alergični na neku vrstu cvijeća. Bolesnici moraju paziti da količina cvijeća bude u razumnim količinama. Zabranjeno je držanje cvijeća na prozorima, kadama i umivaonicima.

k/ Kućni ljubimci -

Bolesnicima je zabranjeno osobito dovođenje životinja u krug zdravstvene ustanove, zgradu ili pojedine prostorije.

l/ Bacanje predmeta kroz prozor i balkon –

Bolesnicima je zabranjeno bacanje bilo kakvih predmeta ili otpadnih tvari kroz prozor, ili balkon.

m/ Uništavanje parka, cvijeća, ograde -

Bolesnicima nije dopušteno onečišćavanje prostorija i okoliša, uništavanje zelenih površina i nasada u krugu zdravstvene ustanove, a osobito kidanje i branje cvijeća u nasadima i parkovima, oštećivanje i zagađivanje zelenih površina i nasada, oštećivanje ili kidanje drveća i ukrasnog grmlja.

n/ Mito, korupcija, nagrada -

Nije dopušteno koristiti bolesnike za obavljanje privatnih poslova osoblja zdravstvene ustanove. Bolesnicima je zabranjeno davanje nagrada, novca i drugih vrijednosti zdravstvenim i drugim djelatnicima.

o/ Čuvanje vrijednosti i novca -

Bolesnici koji se primaju na liječenje upućuju se da isprave, novac i druge vrijednosti predaju svojoj rodbini. Ako rodbine nemaju, dežurno osoblje preuzima novac, druge vrijednosti i isprave. Navedena predaja vrši se ispunjavanjem obrasca primopredaje. Za vrijednosne predmete (TV i radijski prijamnici, prijenosna računala, mobiteli i drugo) i novac koje bolesnik zadrži kod sebe, zdravstvena ustanova ne snosi nikakvu odgovornost.

p/ Tučnja, svađa, prosvjedi -

Bolesnicima je strogo zabranjeno izazivanje nereda, tučnjave, svađe, kao i drugih radnji kojima se remeti red i mir pod prijetnjom otpusta iz zdravstvene ustanove. Bolesnicima je zabranjeno organizirati bilo kakve skupove, manifestacije, prosvjede, rasturanje tiska, letaka i svakog drugog propagandnog materijala.

r/ Intervencija zaštitara i policije -

Kad predstojnik jedinice djelatnosti, dežurni liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik ocijeni da raspoloživim sredstvima ne može osigurati red i mir i normalan rad, kao i u slučaju neposredne opasnosti za sigurnost ljudi i imovine, zatražit će pomoć zaštitara ili policije.

s/ Saslušavanje bolesnika od strane policije, osobe lišene slobode -

Bolesnicima koji se nalaze na liječenju djelatnici zdravstvene ustanove osobno, ili preko određenih tijela osiguravaju osobnu sigurnost, sigurnost predmeta i imovine koja se predaje na čuvanje.

Djelatnici državnih organa (policije, državnog odvjetništva, suda i drugi) mogu obavljati saslušanja bolesnika samo na temelju odobrenja predstojnika jedinice ili dežurnog liječnika. Je li bolesnik u stanju dati izjavu, ocjenjuje isključivo liječnik. U slučaju kad se na bolničko liječenje mora primiti osoba koja je lišena slobode, čuvanje te osobe provodi se na način koji odredi nadležno državno tijelo.

t/ Pozivanje odvjetnika ili javnog bilježnika -

Radi davanja izjave o raspolaganju svojom imovinom ili radi sastava drugog važnog pravnog akta, uz prethodno odobrenje predstojnika jedinice bolesnik može pozvati odvjetnika ili javnog bilježnika.

u/ Fizička prisila, sputavanje, vezivanje, fiksacija -

Neki pravilnici o kućnom redu predviđaju i uređuju primjenu fizičke sile prema bolesnicima i to isključivo ako ne postoji drugi način kojim bi se tu osobu spriječilo da svojim radnjama ne ugrozi svoj ili tuđi život i zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti vrijedniju imovinu zdravstvene ustanove. Fizička sila smije trajati samo dok se ne otkloni opasnost izazvana napadom. Odluku o primjeni fizičke sile i sputavanja donosi službujući liječnik koji je osobno prisutan, a iznimno i medicinska sestra do dolaska liječnika.⁶⁰ Iako se ova mjera ponajprije primjenjuje

⁶⁰ STANDARDNI POSTUPAK KOD FIZIČKOG SPUTAVANJA: Naziv postupka Fizičko obuzdavanje (izdvajanje) pacijenta; Definicija postupka - Postupak fizičkog obuzdavanja pacijenta je postupak kada se fizička sila primjenjuje samo onda „kada je to jedino sredstvo da se tu osobu spriječi da svojim napadom ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili svoje zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti tuđu imovinu veće vrijednosti „- Hrvatski Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama čl.54.st.1; Pravila za obuzdavanje : Planiranje i djelovanje - uredno pripremljeni remeni za fiksaciju i magnet, (te spremna soba za izolaciju), - odgovarajući broj zdravstvenih djelatnika, - jedna osoba za svaki ekstremitet, - jedna osoba koja je vođa u postupku i pazi na glavu i vrat pacijenta; U cilju sigurnosti pojedini zahvati nisu dopušteni : - uvrtnje zglobova, - sjedenje na pacijentu, - povlačenje za kosu, - davljenje, - štipanje, - riječi koje vrijeđaju pacijenta. Primjena fizičkog obuzdavanja predstavlja rizik ozljeđivanja za osoblje i za pacijenta.; Provođenje postupka : Pet medicinskih sestara/tehničara, s tim da jedna od ovih pet je vođa koja mora imati uvida u kontrolu ostalih pacijenata. ; Svrha postupka : Svrha postupka je spriječiti osobu da svojim napadom ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili svoje zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti tuđu imovinu veće vrijednosti.; Procjena : - mogućnost komunikacije s pacijentom, - suradljivost pacijenta, - stanje svijesti, - agresivnost, - obmane; Djelovanje mora biti : - brzo i bez oklijevanja, - bez pokušaja verbalne komunikacije s pacijentom, - da se izbjegne poniženje pacijenta, - da se izvede rutinska i regularna procedura. Na početni znak vođe svaki član tima preuzima kontrolu pokretanja jednog ekstremiteta. Nasilnog pacijenta se obuhvaća odostraga kako bi mu se blokirale ruke i istovremeno ga hvatamo za velike zglobove koljena i lakta kako bi smanjili mogućnost prijeloma. Pacijent se spusti na krevet , a vođa tima kontrolira pacijentovu glavu sa spriječi ugrizanje. Vezivanje se provodi Segufix magnetskim pojasevima na velikim zglobovima kako bi mogli primijeniti medikamentoznu terapiju i kao bi uvijek bio dostupan I. V. put. U međuvremenu se pokuš pridobiti pacijenta za surađivanje jer je često dovoljno samo demonstrirati silu. Nikakav pritisak se ne smije primjenjivati na vrat, prsa i trbuh .; Vođenje dokumentacije : Liječnik : - obilazi pacijenta, ispisuje listu fiksacije, kontrolira mentalno i fizičko stanje pacijenta, upisuje vrijeme obilaska, upisuje datum i sat prekida intervencije; Medicinska sestra/tehničar : - kontinuirano nadzire tijekom cijelog vremena sputavanja, - kontrolira vitalne funkcije pacijenta, - kontrolira i održava (intimnu) higijenu pacijenta, - uvjerava u neophodnost suradnje, - intervencije registriraju u sestrinsku listu, - obveza urednog i maksimalno stručnog vođenja sestrinske liste predstavlja zakonsku normu koja se mora poštivati.; Komunikacija osoblja odjela i pacijenta: - Prema preporukama posebnog povjerenstva Vijeća Europe, izravno fiksiranje nasilnih pacijenata više ne bi trebali koristiti niti u jednoj psihijatrijskoj ustanovi, već bi se neutralizacija agresivnog ponašanja tih pacijenata trebala osigurati smještajem u posebne prostorije „sobe za izolaciju „u kojoj ne postoji mogućnost samopovređivanja ni povređivanja drugih osoba.; - Primjena fizičkog obuzdavanja nikad se ne smije koristiti kao kazna od strane osoblja.; - Jedan manji dio nasilnog ponašanja psihijatrijskih pacijenata i nakon najbolje edukacije ostat će nepredvidiv. Vidi stranicu:

www.labor-grad.hr/izbornikdokumenti/PSPFS.doc, Posjet 24. 1. 2019.

na odjelu za psihijatriju, nije isključeno da se može i smije primjenjivati i na drugim odjelima u opravdanim slučajevima.

V/ OBVEZE I ODGOVORNOSTI BOLESNIKA

Značajno je napomenuti da ZOPP ne sadrži izrijeком odredbe o obvezama i odgovornostima pacijenata. Pravilnici o kućnom redu niza stacionarnih zdravstvenih ustanova sadrže odredbe o obvezama i odgovornostima bolesnika. Štoviše, propisuju i sankcije za nepridržavanje tih odredbi.

a/ Dužnost pridržavanja kućnog reda -

aa) Bolesnici moraju i sami svojim ponašanjem i međusobnim uvažavanjem pridonositi ugodnijem boravku u zdravstvenoj ustanovi. Dužni su se pridržavati odredbi kućnog reda, a moraju poštivati i ostale posebne odredbe što se odnose na sigurnost osoba i imovine u zdravstvenoj ustanovi koje utvrde predstojnik, odnosno dežurni liječnik.

ab) Vidjeli smo da je i odredbama čl. 27. st. 3. ZZZ-a propisano da je svaka osoba pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu obvezna pridržavati se kućnog reda zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnoga zdravstvenog radnika.

b/ Dužnost prijave povrede kućnog reda i šteta -

Pravo je i dužnost svakog bolesnika da u svom i u interesu drugih bolesnika predstojniku jedinice, sestri, dežurnom liječniku ili drugom zdravstvenom djelatniku prijavi svaku povredu kućnog reda, štetu, kvar, neispravnost uređaja, aparata i svaku drugu opasnost za život i zdravlje bolesnika i osoblja.

c/ Pridržavanje terapije i briga o vlastitom zdravlju -

Prema odredbama nekih pravilnika o kućnom redu, za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi bolesnik je dužan, u cilju bržeg oporavljanja i ozdravljenja, u svemu se pridržavati uputa medicinskog osoblja.

Ovakva odredba u skladu je s odredbom st. 1. čl. 27. ZZZ-a prema kojoj je svaka osoba dužna svoja prava na zdravstvenu zaštitu koristiti u skladu s odredbama ZZZ-a i uputama o liječenju doktora medicine i doktora dentalne medicine i osobno je odgovorna zbog nepridržavanja tih uputa. Osim zajamčenih prava, pacijenti imaju i određene obveze, te su dužni svoja prava na zaštitu koristiti u skladu s zakonskim odredbama i uputa o liječenju koje im daju liječnici i doktori

stomatologije i osobno su odgovorni zbog nepridržavanja tih uputa, što proizlazi i iz zakonske obveze građana da su dužni brinuti se o svom zdravlju. Iz toga proizlazi obveza suradnje pacijenta tijekom postupka liječenja.

Bolesnik je dužan odgovorno se odnositi prema svom zdravlju, te aktivno sudjelovati pri zaštiti, očuvanju i unapređenju svoga zdravlja, pridržavati se uputstava i poduzetih mjera, propisane terapije od strane nadležnog zdravstvenog radnika.

Svaka poslovno sposobna osoba dužna je poduzimati aktivnosti radi očuvanja i unaprjeđenja svoga zdravlja i izbjegavati sve rizične čimbenike koji ugrožavaju život i zdravlje (ZZZ, čl. 27. st. 2.). Svaka poslovno sposobna osoba dužna je poduzimati aktivnosti u svrhu očuvanja i unaprjeđenja svoga zdravlja i izbjegavati rizične čimbenike koji ugrožavaju život i zdravlje (korištenje opojnih roga, alkohola, duhanskih nproizvoda, rizično spolno ponašanje i drugi medicinski priznati rizični čimbenici).⁶¹ Pacijent koji je zatražio liječničku pomoć dužan je učiniti sve što je s medicinskog stajališta potrebno da bi omogućio uspješno liječenje – dužan je surađivati s liječnikom od davanja obavještenja o simptomima, preko pridržavanja uputstava i naloga liječnika te ugovorenih termina, do podvrgavanja liječničkom pregledu, terapijskim i rehabilitacijskim mjerama, u poštovanju ugovorenih termina, odazivanju preventivnim pregledima, pridržavanju preporučenog načina života, tjelovježbe, ishrane, samozaštite, nekonzumiranja alkohola, duhana, drugih opojnih sredstava i sl. U protivnom, bez pacijentove suradnje liječnik neće biti u stanju ispuniti u potpunosti svoju obvezu liječenja jer je malo bolesti čije liječenje nije uvjetovano aktivnom suradnjom pacijenta. Značajno je da u nekim slučajevima pacijentova dužnost surađivanja ne obuhvaća samo njegovo sudjelovanje u vlastitom liječenju, nego i da liječenje djelomično obavlja sam (primjerice, samostalno obavljanje dijalize izvan centra za dijalizu uz instrukcije i vršenje nadzora od strane liječnika, uzimanje inzulina od strane kroničnih dijabetičara i sl.).⁶²

U obveze bolesnika uključuje se i podvrgavanje posebnim mjerama za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti u smislu propisa o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti.

d/ Poštivanje prava drugih bolesnika i zdravstvenih radnika -

da) Odnos među bolesnicima, kao i odnos bolesnika prema djelatnicima bolnice mora biti uljudan i korektan. Bolesnici moraju biti disciplinirani. Međusobni odnosi moraju biti korektni s punim razumijevanjem prema stanju bolesnika.

⁶¹ Vidi CRNIĆ, I., Pravo na tjelesno zdravlje i činjenice koje utječu na visinu naknade neimovinske štete (I. dio), „Informator“, broj 5497. od 11. studenoga 2006., str. 12.

⁶² Usp. RADIŠIĆ, J., *Lekar i pacijent kao ugovorni partneri*, rad u zborniku «Aktuelni pravni problemi u medicini, Beograd, 1998., str. 344.

db) Svaki bolesnik je obavezan poštivati ljudska prava, te prava bolesnika određena zakonom, na način da drugim bolesnicima namjerno ne onemogućava korištenja istih prava. Zabranjeno je ometanje zdravstvenih radnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite drugom bolesniku. Bolesnik je dužan uvažavati obaveze zdravstvenog osoblja prema drugim bolesnicima tako da ne ometa njihov rad, izbjegavajući na taj način da ih dovodi u situacije da počine profesionalnu grešku za koju mogu odgovarati saglasno posebnom zakonu.

Bolesnik je dužan surađivati s liječnikom (*Compliance*) tijekom cijelog postupka liječenja, između ostalog liječnika iscrpno obavještavati o bolesti, ranijim bolestima, prihvaćati pretrage, dijagnostičke zahvate i sl. Nesuradnja (*Non-compliance*) može biti osnovom podijeljene odgovornosti u odštetnoj parnici.⁶³ Osoblje zdravstvene ustanove upozorit će bolesnika koji ometa zdravstvenog radnika da u takvom slučaju podliježe odgovornosti.

Zdravstvena ustanova odnosno privatna praksa ipak nemaju pravo uskratiti daljnje liječenje bolesniku koji ugrožava prava drugih pacijenata, koji ometa zdravstvenog radnika odnosno zdravstvenog saradnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite drugom bolesniku.

e/ Odgovornost pacijenta prema široj društvenoj zajednici -

ea) Kućni redovi bolnica nisu sadržavali odredbe o odgovornosti bolesnika prema široj društvenoj zajednici.

eb) Ukoliko bolesnik boluje od bolesti koja može utjecati na zdravlje i život drugih ljudi ne smije niti jednim svojim postupkom izazvati opasnost po zdravlje i život drugih ljudi u široj društvenoj zajednici. Iako je liječenje privatna stvar svake osobe, ono ipak nije samo njezina privatna stvar, jer mnoge su bolesti zarazne, mnoge se prenose genetskim putem, mnoge su iz različitih drugih razloga od interesa i za širi krug osoba, a ne samo za onu u čiji bi se tjelesni integritet zadrlo liječenjem (primjerice, razne ovisnosti – alkoholizam, narkomanija i sl.).⁶⁴ To se prvenstveno odnosi na: imunizacije, zdravstvene preglede kojim podliježu davatelji krvi, sjemeni, organa i tkiva u svrhu liječenja, zdravstveni pregledi trudnica, zdravstveni pregledi osoba na liječenju hemodijalizom, uposleni u proizvodnji i prometu hrane i predmeta opće uporabe, uposleni u predškolskim i školskim, te zdravstvenim ustanovama i dr. Zakon predviđa slučajeve u kojim

⁶³ Tako LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 1992., str. 546., KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio)*, „Hrvatska pravna revija“, god. I., 2001., broj 8, str. 24.

⁶⁴ Usp. SAVIĆ, V., *AIDS kao kaznenopravni, moralni i viktimološki problem*, „Pravnik“, 1997., br. 3-4, str. 205.-225.

pacijent zahtijeva prekid liječenja, i pored upozorenja na moguće posljedice te odluke, kao i postupanje zdravstvenog radnika s tim u svezi.

Odnos pacijenta prema široj društvenoj zajednici koji podrazumijeva da je pacijent dužan ponašati se suglasno savjetima i preporukama nadležnog zdravstvenog radnika, a ukoliko pacijent boluje od bolesti koja može utjecati na zdravlje i život drugih ljudi ne smije niti jednim svojim postupkom izazvati opasnost po zdravlje i život drugih ljudi u široj društvenoj zajednici. U suprotnom, može mu se otkazati zdravstvena zaštita, osim hitne medicinske pomoći, kao i liječenje zaraznih bolesti i psihičkih bolesti od kojih boluje pacijent, a čije bi neliječenje moglo ugroziti život i zdravlje drugih ljudi, kao i širu društvenu zajednicu.

f/ Naknada štete -

Bolesnici su dužni čuvati imovinu zdravstvene ustanove i trećih osoba, te paziti na red i čistoću na odjelu i u krugu zdravstvene ustanove. Najstrože je zabranjeno pljuvati po podu, stvarati buku i galamu, bacati otpatke na pod ili kroz prozor, pisati i šarati po zidovima i sl. Ove obveze bolesnika odnose se kako na bolesničke sobe tako i na hodnike, sanitarne i sve druge prostore u zgradi, te na prostor kruga zdravstvene ustanove.

U slučaju nanošenja štete zdravstvenoj ustanovi bolesnik je dužan načinjenu štetu prijaviti, a počinjenu štetu za koju se ocijeni da je učinjena iz nemara ili namjerno, dužan je sam nadoknaditi u novcu odmah, a najkasnije pri otpustu iz zdravstvene ustanove.

g/ Kazne zbog nepridržavanja kućnog reda -

U slučaju nepridržavanja kućnog reda od strane bolesnika, osoblje zdravstvene ustanove dužno je obavijestiti ravnatelja, predstojnika klinike, voditelja odjela ili drugog ovlaštenog djelatnika koji će poduzeti odgovarajuće mjere, odnosno postupiti prema odredbama utvrđenim u kućnom redu kao i drugim propisima.

Teža povreda odredaba kućnog reda ili ponavljanje lakših povreda, ne pridržavanje odredaba i uputa liječnika u svom liječenju može biti razlogom da se bolesniku uskrati pravo na daljnji boravak u zdravstvenoj ustanovi, o čemu odluku donosi ovlaštena osoba.

VI/ ZAKLJUČAK

U domaćoj medicinsko-pravnoj publicistici nema radova koji bi na sustavan način obrađivali tematiku pravnog uređenja prava, obveza i odgovornosti bolesnika koji su uređeni odredbama propisa o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova.

Propisi o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova su autonomni propisi tih ustanova prilagođeni razini i obliku zdravstvene djelatnosti, statusu, specijalizaciji tih zdravstvenih ustanova, ljudskim, materijalnim i prostornim resursima tih ustanova, organizaciji rada i radnog vremena i dr. Po svom karakteru i sadržaju mogu se svrstati i u tzv. provedbene propise.

Što se tiče prava i obveza bolesnika koja se uređuju propisima o kućnom redu, njima se u velikoj mjeri ponavljaju odredbe ZOPP-a i ZZZ-a, dijelom se te odredbe razrađuju i prilagođavaju prilikama i potrebama konkretne zdravstvene ustanove, ali svakako postoji i veliki broj odredaba kojima se autonomno uređuje specifična problematika konkretne zdravstvene ustanove.

S obzirom da se radi o autonomnim propisima, medicinsko-pravna obrada ove tematike bila bi od velike koristi za ujednačavanje pravne prakse, a time bi se postiglo ujednačavanje standarda predviđenih i propisanih prava, obveza i odgovornosti bolesnika u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama.

Prava pacijenata u RH uređena su Zakonom o zaštiti prava pacijenata i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti na način da se njima propisuju samo prava pacijenata, a ne izrijekom i obveze i odgovornosti pacijenata. Stoga su kućni redovi bolnica (za sada) jedini propisi kojima se uređuju obveze i odgovornosti pacijenata, doduše ponajviše ili samo onih koji su hospitalizirani u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. U tom smislu svakako bi zakonodavcu mogli biti značajna podloga i orijentir kod donošenja novih propisa o pravima pacijenata, a koji bi svakako morali uključivati i regulativu o obvezama i odgovornostima pacijenata.

Treba kazati da se prava, obveze i odgovornosti bolesnika u stacionarnim zdravstvenim ustanovama uređuju i odlukama ravnatelja, voditelja odjela i drugih ovlaštenih zdravstvenih radnika. Radi se o odlukama kojima se ograničavaju ili dodatno razrađuju i pojašnjavaju neke odredbe kućnih redova o pravima, obvezama i odgovornostima bolesnika ili se radi o odlukama kojima se utvrđuju neka prava, obveze i odgovornosti koje kućni red ne sadrži. Mogu biti opće prirode i odnositi se na sve bolesnike u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi ili na njezinim pojedinim odjelima (zabrana posjeta zbog gripe, ospica i sl.), a mogu se odnositi i na pojedinog bolesnika u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi (odluka o dostavi medicinske dokumentacije za pojedinog bolesnika na zahtjev suda, Ministarstva

zdravstva, Hrvatske liječničke komore, odobrenje o saslušanju bolesnika od strane policije i sl.).

Konačno, držimo da je zakonodavac propustio u nedavnoj reformi zdravstvenog zakonodavstva izrijekom urediti dužnost donošenja, sadržaj, formu i način oglašavanja kućnog reda stacionarnih zdravstvenih ustanova, kao i posljedice nepridržavanja tih odredbi. Naime, dužnost donošenja kućnog reda od strane zdravstvenih ustanova može se tek posredno izvući iz odredbe čl. 27. st. 3. ZZZ-a kojom je propisano da je svaka osoba pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu dužna pridržavati se kućnog reda zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnoga zdravstvenog radnika. Međutim, nema određenja da kućni red mora biti postavljen na vidnome mjestu zdravstvene ustanove, što on mora sadržavati/uređivati niti je predviđeno da zdravstveni inspektor može novčanom kaznom kazniti za prekršaj ravnatelja zdravstvene ustanove ako kućni red ne postavi na vidnome mjestu zdravstvene ustanove. Ovo je posebno značajno zbog toga jer se u kućnim redovima uređuju neka prava bolesnika koja nisu uređena zakonom i drugim podzakonskim propisima, a pogotovo nisu uređena obveze i odgovornosti bolesnika koja se uređuju u kućnim redovima stacionarnih zdravstvenih ustanova. Ne treba zaboraviti da se kućnim redovima uređuju i detaljno razrađuju neka druga područja koja nisu izrijekom uređena zakonom i drugim propisima, a koja se, primjerice, odnose na rad i status zdravstvenih radnika, organizaciju rada i radnog vremena, raspolaganje materijalnim i prostornim resursima, obveze i odgovornosti posjetitelja bolesnika i ostalih osoba koje po nekom osnovu borave u bolnici i dr.

Popis literature:

ALLEN, A. L., *Privacy in health care*, Enciclopedya of Bioethics, Revised edition, 1995.

BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006.

BLAŽEVIĆ, D. – CIVIDINI STRANIĆ, E. – BECK DVORŽAK, M., *Medicinska psihologija*, Zagreb, 1979.

BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskome i hrvatskome pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356.

BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona, knjiga I.*, „Privredna štampa”, Sarajevo, 2011.

BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik*, «Informator», god. 1, br. 5046-5047, od 17. i 20. srpnja 2002.

BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Rijeka, 2007.

BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata kao akreditacijski standard u zdravstvu*, „Hrvatska pravna revija“, god. XII, 2012., broj 9.

BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, „Informator“, br. 5343, od 21. svibnja 2005.

BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, «Hrvatska pravna revija», god. v., 2005., br. 1.

CRNIĆ, I., *Pravo na tjelesno zdravlje i činjenice koje utječu na visinu naknade neimovinske štete (I. dio)*, „Informator“, broj 5497. od 11. studenoga 2006.

CRNIĆ, I., *Pristanak pacijenta kao pravna pretpostavka dopuštenosti liječenja, male stranice*, „Informator“, broj 5737. od 28. veljače 2009.

ČIZMIĆ, J., *Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji*, „Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci“, v. 30, 2009., br. 1, str. 91.-134.

ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, «Pravni život», vol. LI, 2002., br. 9.

FLIS, V. – GORIŠEK, J., *Privolitev v zdravnikovo ukrepanje*, rad u zborniku radova «Medicina in pravo – sodobne dileme», Maribor, 2006.

GAŠPAR, V. N. – PERKOVIĆ, I., *O zdravlju i religiji u suvremenom društvu*, Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti Medicinskog fakulteta u Rijeci, god. 1., 2010., br. 2.

GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000.

GIESEN, D., *Arzthaftungsrechts*, Tübingen, 1995.

GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2.

HOCKTON, A., *The Law of Consent to Medical Treatment*, London, 2002.

JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003.

JAKŠIĆ, Ž., *Medicinska dokumentacija*. U: JAKŠIĆ, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959.

KALADIĆ, I., *Odgovara li voditelj službe prehrane u bolnici u svakom slučaju za nekvalitetno distribuiranje hrane u bolnici – kometar sudske odluke*, „Hrvatska pravna revija“, god. X, 2010., broj 1.

KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio)*, „Hrvatska pravna revija“, god. I., 2001., broj 8.

KOVAČIĆ, M., *Prikaz Zakona o zaštiti prava pacijenata*, rad u zborniku Aktualna pravna problematika u zdravstvu, I. Kongres pravnika u zdravstvu, Topusko, 9. i 10. listopada 2008.

LAUFS, A., *Die arztliche Aufklärungspflicht*, u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 1992.

LJUBIČIĆ, Đ., *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009.

MATIJEVIĆ, B., *Pravo na tjelesni integritet i obveza pružanja zdravstvene usluge*, „Hrvatska pravna revija“, god. VIII, 2008., broj 9.

MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003.

MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept*, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005.

NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, «Pravni život», 1998., br. 9.

OPDERBECKE, H. W. – WEISSAUER, W., *Aerztliche Dokumentation und Pflege dokumentation*, «Medizinrecht», 1984., br. 6.

PETRIĆ, S., *Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu Bosne i Hercegovine*, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse“, Neum-Mostar, 2005.

PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4.

RADIŠIĆ, J., *Lekar i pacijent kao ugovorni partneri*, rad u zborniku «Aktuelni pravni problemi u medicini, Beograd, 1998.

RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004.

RADIŠIĆ, J., *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*, Beograd, 1986.

RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1.

REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994.

SAVIĆ, V., *AIDS kao kaznenopravni, moralni i viktimološki problem*, „Pravnik“, 1997., br. 3-4, str. 205.-225.

ŠEGOTA, I., *Privatnost kao bioetički pojam*, Rijeka, 1999.

TRIVA, S. – DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004.

TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001.

HOUSE RULES OF STACIONAL HEALTH INSTITUTIONS - RIGHTS AND LIABILITIES OF PATIENTS

The regulations on the home office of stationary health institutions are the autonomous regulations of these institutions, adapted to the level and form of healthcare, the status, the specialization of these health facilities, human, material and spatial resources of these institutions, the organization of work and working hours, etc. By its character and content is included in the so-called implementing regulations.

The specificity of the rulebook on the home office of stationary healthcare institutions in relation to the legal regulations governing the rights of patients is that they prescribe various security measures and measures for the protection of persons and property, as a rule in the form of prohibition, ordering and obtaining a permit. It is important to note that the Act on the Protection of Patients' Rights does not contain explicit provisions on the obligations and responsibilities of patients, and the rules on home-care of a number of stationary health institutions contain provisions on the obligations and responsibilities of the patients. Moreover, sanctions for non-compliance with these provisions are prescribed.

Key words: *house rules, stationary health care facilities, patient rights and obligations.*

Izv. prof. dr. sc. Marija Boban, izvanredna profesorica
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

E-ZDRAVLJE: ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA U NOVIM UVJETIMA

UDK: 614 : 004

342.721 :004

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Izvorni znanstveni rad

Ubrzanim razvojem suvremenih informacijskih i komunikacijskih tehnologija kao i novim načinima obrade osobnih podataka, postalo je nužno donošenje novog zakonodavnog okvira koji će osigurati zaštitu prava i temeljnih sloboda pojedinaca u svezi s obradom njihovih osobnih podataka. Nova EU Uredba o zaštiti podataka (GDPR) odnosno punim nazivom EU Uredba 2016/679 o zaštiti pojedinca s obzirom na obradu osobnih podataka, osigurava da se osobni podaci mogu prikupljati samo pod strogim uvjetima i za zakonom predviđene svrhe. Sama Uredba predstavlja bitan korak za jačanje temeljnih prava građana u digitalnom dobu i usmjerena je zaštiti privatnosti s naglaskom na uspostavljanje modela zaštite osobnih podataka- najvrijednijeg dijela osobnosti i koncepta individualnosti nasuprot globalnoj univerzalnosti. Iz navedenih činjenica proizlazi potreba temeljitog istraživanja i analize zaštite osobnih podataka sa sigurnosnog, pravnog i kulturološkog aspekta s aspekta novih modela u sustavu e-zdravlja.

Uže područje izlaganja odnosi se na analizu postojeće pravne regulative u području zaštite osobnih podataka s posebnim osvrtom na sigurnosne, pravne i etičke izazove zaštite osobnih podataka u e-zdravstvu te definiranje temeljnih postavki kvalitetne zaštite osobnih podataka temeljene na Uredbi. Poseban naglasak će biti stavljen na problematiku informacijske sigurnosti i zaštite u zdravstvu: stanju, zadaćama i regulativi (standardima i propisima) u svijetlu etike i sigurnosti osobnih podataka odnosno konkretno u pogledu anonimizacije i pseudonimizacije osobnih podataka.

Ključne riječi: *anonimizacija, e-zdravlje, etika, informacijske tehnologije, GDPR, osobni podaci, privatnost, pravni okvir, pseudonimizacija, sigurnost, zaštita*

1. UVOD

Elektroničko zdravlje (**skraćeno – e-Zdravlje**) mogli bismo definirati kao novi i znatno efikasniji način pružanja zdravstvenih usluga koji se temelji na uporabi suvremenih tehnologija uz visoki stupanj integracije zdravstvenog sustava, čime se povećava mobilnost i liječnika i samih pacijenata. S aspekta suvremenih tehnologija, e -Zdravlje možemo definirati i kao stručne i poslovne zdravstvene postupke i procese koji su podržani elektroničkim informatičko-komunikacijskim uslugama. e-Zdravlje obuhvaća informatičke sustave u zdravstvenim ustanovama,

uključujući razmjenu elektroničkim zdravstvenim zapisom, distribuciju zdravstvenih informacija, privatnih i javnih, medicinska istraživanja i internetske servise za korisnike sustava zdravstva.¹ Ključni dio koncepta e-zdravstva jest pouzdano stvaranje, obrada i razmjena informacija u uvjetima brzih promjena i turbulentnog okruženja. Pri tome se naglasak pomiče s tehnologije na ljude, procese i usluge usmjerene k očuvanju i postizanju zdravlja.²

Informatizacija zdravstva je projekt koji traje jer stalno dolaze nove potrebe, nove tehnologije, nove ideje i nove mogućnosti. Pokazalo se da su zdravstvo i informatička tehnologija danas postali nerazdvojni. E-zdravlje prema Callensu uključuje sljedeće međupovezane kategorije: informacijske sustave za klinički rad i kućnu njegu, personalizirane zdravstvene sustave i usluge za prostorno udaljene pacijente, integrirane regionalne i nacionalne zdravstveno-informacijsko-komunikacijske mreže, uporabu ostalih sustava potpore (poput sustava naplaćivanja i slično).³ Nadalje, primjena e-zdravstva ne može se provesti izdvojeno od ostalih usluga zdravstvenoga sustava, pa je potrebna integriranost svih usluga i procesa (Jones i sur., 2007.), ali i interdisciplinarna suradnja timova ljudi zaduženih za planiranje, razvoj, primjenu i njihovo djelovanje kao i združeno djelovanje i paralelni sustav razvoj prava kao podrške sustavu e-Zdravlja.⁴ E-zdravlje omogućuje kvalitetnije, sigurnije, učinkovitije i ekonomičnije pružanje zdravstvene skrbi i upravljanje sustavom, te bolju komunikaciju svih dionika u zdravstvu, na dobrobit pacijenata, zdravstvenih djelatnika i cijelog društva. U svijetu, ali i u Hrvatskoj intenzivno se radi na informatizaciji zdravstva, a kao glavni zahtjev postavlja se izgradnja integralnog zdravstvenog informacijskog sustava. Elektroničko poslovanje uistinu u zdravstvu omogućava lakše i uspješnije liječenje pacijenata te kvalitetniju medicinsku uslugu koja nije opterećena suvišnom i nepotrebnom administracijom. Stoga ne čudi činjenica da je sve veći broj država počeo postupno uvoditi informacijsko-komunikacijske tehnologije, kao što su npr. telemedicina i elektronički zdravstveni zapisi u svoje zdravstvene sustave. Međutim, procesu stvaranja elektroničkog zdravstva nužno je pristupiti sa određenom dozom opreza, obzirom da podaci o zdravstvenom stanju pacijenta

¹ Prema definiciji dostupnoj na stranicama Hrvatske komore medicinskih sestara, dostupno na <https://edu.hkms.hr/mod/forum/discuss.php?d=38> (27. 02.2019.)

² Tako Rodrigues, R. J. Opportunities and challenges in deployment of global e-health. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 5(3/4/5), 2003., 335–358. doi:10.1504/IJHTM.2003.004173

³ Vidi Callens, S. The EU legal framework on e-health. U E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten i T. Hervej (Ur.), *Health systems governance in Europe: The role of European Union law and policy*, 2010., str. 561–588

⁴ Tako i šire Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S., E-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije, *Društvena istaživanja*, Zagreb, God. 21 (2012), br. 4 (118), str. 843–862, doi:10.5559/di.21.4.02

spadaju u strogo osobne i povjerljive podatke, stoga njihova neoprezna ili nepropisna uporaba može imati dalekosežne posljedice.⁵ Pritom treba uzeti u obzir da je informacijska tehnologija sve više dostupna i pacijentima pa je očekivano da će u skoroj budućnosti i pacijenti kroz osobni elektronički zdravstveni zapis sudjelovati u prikupljanju svojih zdravstvenih podataka. Također, samim time otvara se i pitanje zaštite osobnih podataka u novim uvjetima: sa stajališta novog zakonskom okvira kao i sigurnosnih zahtjeva koje pravni okvir donosi propisujući tehničke i organizacijske mjere kao pravnu obvezu u obradi osobnih podataka.

2. ZNAČENJE INFORMACIJSKO KOMUNIKACIJSKIH TEHNOLOGIJA U SUSTAVU E-ZDRAVLJA

Informacijsko-komunikacijske tehnologije u današnje vrijeme imaju veoma značaju primjenu u zdravstvenom sustavu te pomažu kod sistemskog rješavanja zdravstvenih problema pacijenata, a takav pristup bazira se na povezivanju tjelesnih odnosno somatskih faktora sa socijalnim, kulturnim, ekološkim i brojnim drugim faktorima. Kada govorimo o informacijsko komunikacijskim tehnologijama u sustavu zdravstva, možemo reći da navedeni pojam obuhvaća brojne sastavnice, od kojih možemo istaknuti npr. procese, postupke i sustave za prikupljanje podataka, razvitak i dizajn računalnih mreža, te upravljanje *software*-om i *hardware*-om koji prikupljaju, obrađuju i prenose brojne zdravstvene informacije o pacijentu na jednostavan, financijski pristupačan, brz i učinkovit način u procesu razmjene informacija. Tako se uz upotrebu medicinske informatike svakodnevno radi na razvijanju i usavršavanju metoda za što učinkovitije i pouzdanije korištenje medicinskih podataka o pacijentu, koji potom postaju dostupni točno određenom krugu korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga.

Sama uporaba informacijsko komunikacijskih tehnologija u sustavu zdravstva obuhvaća, između ostalog, olakšan pristup e-zdravstvenom sustavu uz pomoć aplikacija na tzv. pametnim mobilnim telefonima, pružanje određenih zdravstvenih usluga (npr. e-uputnice) pomoću primjene informacijsko komunikacijskih tehnologija te elektroničko poslovanje unutar zdravstvenih ustanova, u svrhu povećanja učinkovitosti pružanja zdravstvene zaštite i postizanja financijskih ušteda.

U procesu informatizacije zdravstva posebnu pozornost trebalo bi posvetiti informatizaciji primarne zdravstvene zaštite, koja mora imati vlastiti informacijski sustav. Primarna zdravstvena zaštita pruža se kroz djelatnosti opće/obiteljske

⁵ Vidi Iakovidis, I., Wilson, P., Healy, J. C., E-health: Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-health Applications, IOS Press, 2004.

medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege u kući bolesnika, stomatološke zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, laboratorijsku dijagnostiku, ljekarništvo i hitnu medicinsku pomoć.⁶ Informacijski sustav primarne zdravstvene zaštite trebao bi imati ulogu svojevrsnog integratora svih daljnjih informatičkih sustava koji su uvedeni ili će tek biti uvedeni u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Korištenjem navedenog sustava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, olakšava se rad i liječnicima i medicinskim sestrama odnosno tehničarima, kojima se omogućava da više vremena posvete samom pacijentu. Sustav također omogućava liječnicima korištenje dijagnostičkih i terapijskih smjernica, kao i direktnu komunikaciju s drugim bolnicama i liječnicima specijalistima.

Značajan aspekt i temelj za sustav e-zdravlja imao je upravo razvoj medicinske informatike. Postoji mišljenje kako medicinsku informatiku ponajprije promatramo sa stajališta znanstvene discipline koja razmatra postupke medicinskog razmišljanja, zaključivanja, apstrakcije, razradbe znanja, pamćenja i učenja, s napomenom da takav kontekst izučavanja mora biti u okvirima kulturalnih i socioloških dosega medicinske znanosti.⁷ Medicinskom informatikom spoznaje se znanje o medicinskom znanju, pa područje izučavanja pokriva sva područja medicine, od mikroskopskih do makroskopskih, od raščlambe pojedinih pacijenata do spoznaje o cjelokupnom sustavu zdravstvene zaštite. Slično tome, medicinsku informatiku može se definirati i kao znanost raščlambe sustava kojom se oblikuju svi postupci vezani uz medicinsko odlučivanje i medicinsko znanje.⁸ Izdvaja se i mišljenje kako je medicinska informatika interdisciplinarna znanost, na razmeđu medicine i tehnologije, no istodobno i multidisciplinarna jednako toliko koliko je multidisciplinarna i sama medicinska znanost jer nema područja koje obje ne izučavaju. Na tragu toga medicinska informatika nastaje stapanjem medicine kao područja razmatranja i informatike kao znanstvene metodologije razmatranja.⁹ Također, s aspekt obrade podataka medicinska informatika bavi se postupcima

⁶ Vidi Bronzino, J.D., *Medical Devices and Systems*, CRC Press, 2006. Vidi i Masys D.R., Brennan P.F., Ozbolt J.G., et al. Are medical informatics and nursing informatics distinct disciplines? The 1999 ACMI debate. *J Am Med Inform Assoc* 2000;7:304–12.

⁷ Definicija medicinske inoformatike prema Patrice Degouletu i Marius Fieschi. Vidi više u Degoulet, P., Fieschi, M., *Introduction to Clinical Informatics*, Springer Science & Business Media, 2012.

⁸ Tako i šire Shortliffe E. H., The science of biomedical computing. *Med Inform* 1984;9:185-93.

⁹ Tako i šire Van Bommel, J.H., The structure of medical informatics. *Med Inform* 1984;9:175-80.

uporabe medicinskih podataka, informacija i znanja u svrhu rješavanja medicinskih problema i odlučivanja u zdravstvu.¹⁰

2.1. Informacijska djelatnost liječnika

Prema Bemmelu i Duisterhoutu stupnjevi ljudskog djelovanja u obradi podataka u medicini mogu se sažeti u tri cjeline: (a) promatranje (opservacija) predmeta, događaja ili pojava, tj. bilo kojeg sustava koji se želi spoznati ili izučiti, (b) razmišljanje (rezoniranje) o promatranom sustavu sa zaključivanjem, i (c) djelovanje (akcija) na temelju donesenih zaključaka (vidi tablicu 1.). U informatici tim cjelinama odgovaraju postupci prikupljanja, obrade i prikaza podataka, a u tijeku bilo kojeg znanstvenog istraživanja postupci mjerenja, teorijskog zaključivanja i provedbe pokusa.¹¹

Stupanj	Istraživanje	Medicina	Informatika (podaci)
1. promatranje	mjerenje	anamneza, pregled	prikupljanje (unos)
2. razmišljanje	teorija	dijagnostika	obradba (obradba)
3. djelovanje	pokus	liječenje (terapija)	objavljivanje (ispis)

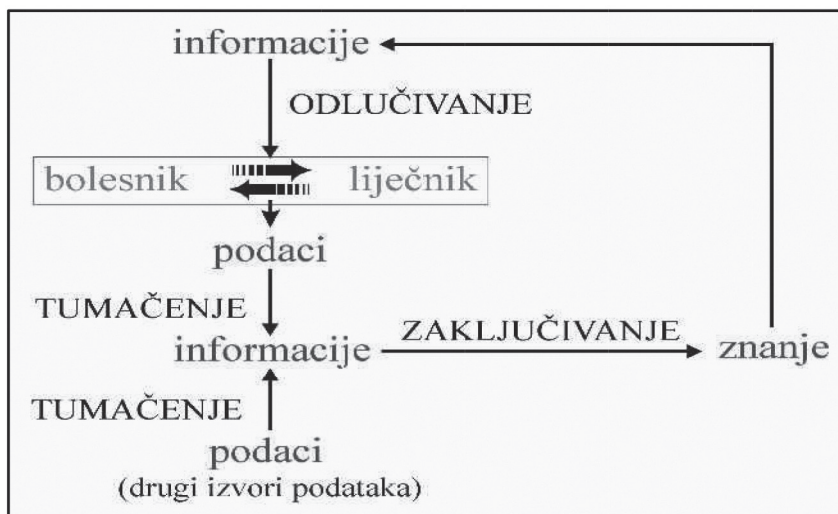
Tablica 1. Stupnjevi ljudskog djelovanja (prema van Bemmelu i Duisterhoutu)¹² Izvor: http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm (22. 02. 2019.)

¹⁰ Definicija prema profesoru Đuri Deželiću dana u njegovom udžbeniku. "Medicinska informatika". Također, u njemu se daje i pregled razvoja pojma medicinske informatike koji je nastao kasnih sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća, izvorno iz francuskog pojma "informatique médicale", a danas objedinjuje discipline koje se opisuju kao klinička informatika (engl. clinical informatics), medicinska računalna znanost (engl. medical computer science) i medicinska informacijska znanost (engl. medical information science). Pojam zdravstvene informatike (engl. health informatics) u pravilu se razmatra kao primjena informatičkih načela na cjelokupni sustav zdravstva i zdravstvene zaštite, uključujući i administrativno-ekonomske službe, te kao takav raščlanjuje i područja kojima se bave javno zdravstvo i socijalna medicina. U tom je smislu obuhvatniji i hijerarhijski nadređen pojmu medicinske informatike. Vidi šire u Deželić, Đ., Medicinska informatika. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, 1997. Jednu od najobuhvatnijih odrednica medicinske informatike dala je još 1986. godine Američka udruga medicinskih učilišta (Association of American Medical Colleges, AAMC), koja je definira kao izrastajući sustav znanja o informacijama i postupcima s njima u tumačenju medicinskih istraživanja, medicinske izobrazbe i zbrinjavanju bolesnika. Medicinska informatika objedinjuje medicinsku znanost s informatičkim disciplinama i računalnom znanosti s pripadajućim tehnologijama, oblikujući postupke iscrpne, temeljite i sustavne uporabe medicinskog znanja u poboljšanju zdravstvene zaštite.

¹¹ O temeljnim pojmovima u medicinskoj informatici vidi Coiera E., Glossary. In: A guide to medical informatics, the internet and telemedicine. New York: Chapman and Hall, 1997:339–50. Vidi i Bergus GR, Cantor SB, Ebell MH, et al. A glossary of medical decision making terms. Med Decis Making 1995;22:385–93.

¹² Vidi Van Bommel J. H, Musen M. A. What is medical informatics? U: van Bommel JH, Musen MA, ur. Handbook of medical informatics. Houten/Diegem: Springer, 1997:xxxi-xxxiv.

Medicinskoj je informatici takav skup postupaka napose zanimljiv sa stajališta pružanja medicinske zaštite bolesnicima, gdje navedene cjeline obuhvaćaju (a) pregled i anamnezu bolesnika, (b) dijagnostiku i (c) liječenje. Sustav nije jednostavan i jednosmjernan kako se na prvi pogled može pretpostaviti jer liječnik radi navlastito sa svakim bolesnikom kod kojeg se njegova vlastita bolest barem po nekom pokazatelju razlikuje od uopćenog prosjeka.¹³ Liječnik pritom rabi od bolesnika prikupljene podatke, obradom dobivene informacije i svoje znanje. Informacijska djelatnost liječnika u takvom se sustavu opisuje kao dijagnostičko-terapijski ciklus (v. sliku), u kojem informacije kruže od bolesnika k liječniku i natrag ka bolesniku u obliku izmjerenih, tumačenih i zaključnih podataka. Jasno je da se ciklus može ostvariti samo jednom, ali i ponavljati u smislu ponovljenog pregleda bolesnika ili promjene djelovanja zbog, primjerice, neprikladnog odgovora na liječenje.¹⁴



Slika 1. *Informacijska djelatnost liječnika u sustavu e-zdravlja (dijagnostičko-terapijski ciklus)* Izvor: http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm (27. 02. 2019.)¹⁵

Prikupljanje podataka o bolesti temelji se prvenstveno na prikupljanju podataka temeljem razgovora s pacijentom (povijest bolesti, anamneza) i pregledu pacijent. Svojstvo te faze “promatranja” jest prikupljanje velike količine podataka u ponekad

¹³ Vidi Lawlor D.A., Stone T., Public health and data protection: an inevitable collision or potential for a meeting of minds. *Int J Epidemiol* 2001;30:1221–5.

¹⁴ Tako i šire Petrovečki, M., Uvod u medicinsku informatiku, (inačica 1.05, siječanj 2002.), dostupno na http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm, (27.02. 2019.)

¹⁵ Ibidem

kratko raspoloživom vremenu (primjerice u hitnim stanjima), među kojima se nalazi tek dio onih koji će biti važni za donošenje zaključaka. Ako je moguće, podaci se odmah moraju filtrirati i pohranjivati, za što se u pravilu rabe upisni listovi (zapisi pacijenata) ili elektronički obrasci za upis podataka (elektronički zapisi pacijenata). Informatičke teme vezane uz navedenu problematiku obuhvaćaju prikupljanje i obradbu podataka, osobitosti medicinskih podataka i medicinskog jezika priopćavanja, oblikovanje formalizirane i neformalizirane medicinske dokumentacije, računalnu potporu za obradbu podataka i baze podataka. Dijagnostika obuhvaća sve radnje koje liječnik poduzima da bi na temelju rezultata potvrdio ili kao netočnu odbacio postavljenu pretpostavku (hipotezu) o bolesti. Stoga je svako postavljanje dijagnoze malo znanstveno djelo specifično vezano uz određenog bolesnika jer se temelji isključivo na znanstvenim postupcima prosuđivanja i znanju liječnika, i to znanju u onom smislu kako ga opisuje informatička odrednica (liječnička pamet, vještina, sposobnost i iskustvo samo su oblici iskazivanja znanja koje liječnik posjeduje).¹⁶ Informatika na medicinsku dijagnostiku ima dvojaki utjecaj: (a) teorijska načela izučavaju, raščlanjuju i tumače sustave medicinskog znanja, istraživanja, zaključivanja i odlučivanja, kao i uporabu elektroničkih računala kao pomoć pri njihovom oblikovanju i korištenju, dok se (b) nadzor suvremenih medicinskih dijagnostičkih uređaja danas izravno ostvaruje s pomoću računalne tehnologije. Terapijsko djelovanje liječnika gotovo se u potpunosti svodi na praktičan rad s bolesnicima, no i ovdje se, kao i tijekom dijagnostike, rabe računalni sustavi koji mu u tom pomažu izravno (terapijski uređaji) ili posredno (baze podataka, istraživanje rezultata liječenja i sl.).¹⁷

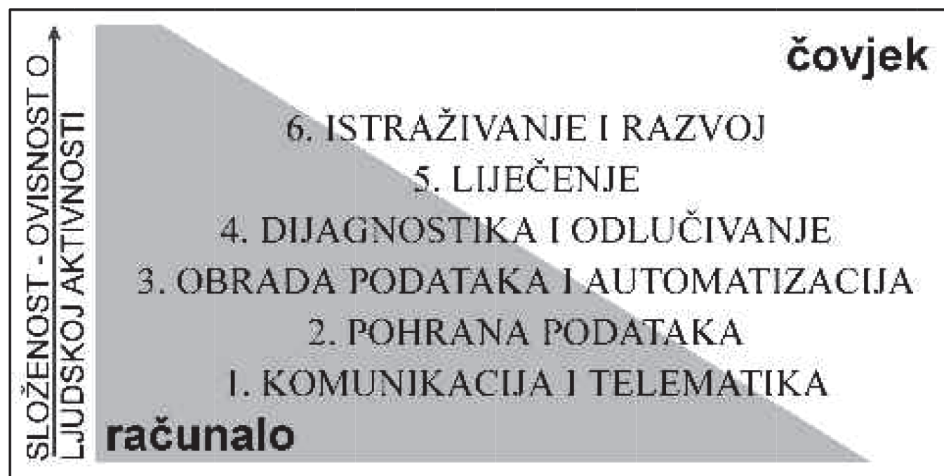
2.2. Razine primjene medicinsko-informatičkih postupaka

Uporaba računala u medicini počiva na težnji da se u svakom pogledu poboljša pružanje medicinske zaštite bolesnicima, i to jednako kakvoćom usluga, njihovom količinom i brzinom primjene. Liječnik u takvom okruženju postupno dobiva nove zadatke, a djelomično se ili čak u potpunosti razrješava nekih poslova, no i dalje ostaje nezamjenjiva jedinka. U intelektualnom smislu liječnički posao ulaskom u informatičko razdoblje zapravo ne postaje jednostavniji nego upravo suprotno, složeniji i zahtjevniji. Za pojašnjenje stupnja informatizacije medicinske znanosti elektroničkim računalima Bemmell opisuje šest razina njihove primjene: komunikaciju i telematiku, pohranu i pretraživanje podataka, obradbu podataka i automatizaciju, dijagnostiku i odlučivanje, liječenje, te istraživanje i razvoj.

¹⁶ Vidi Sim I, Gorman P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. J Am Med Inform Assoc 2001;8:527–34

¹⁷ Vidi više u National HealthKey Collaborative. Securing the exchange and use of electronic health information to improve the nation's health: a summary report to the community. New York: The Robert Wood Johnson Foundation, 2001.

U svakoj od navedenih cjelina računala se rabe, ali nejednoliko, tj. raznolikost njihova korištenja opada s porastom složenosti sustava (vidi Sliku 2.).



Slika 2. Stupnjevi informatizacije medicinske znanosti i šest razina njihove primjene prema Bemmelu¹⁸ Izvor: http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm (28. 02. 2019.)

Činjenica jest da je čovjek (liječnik) ima ključnu ulogu u sustavu e-zdravlja budući da komunikacijskim sustavima, sustavima telemedicine i sustavima obrade podataka upravljaju računala, ali čovjek mora nadzirati njihov rad i usmjeravati njihove automatizirane funkcije (poglavito u sustavu robotike). Stoga, čovjek (liječnik) ima i nadzornu i izvršnu ulogu u funkcioniranju sustava dijagnostike, odlučivanja, liječenja, istraživanja i razvoja medicinske znanosti.

3- E-ZDRAVLJE I NOVI ZAKONSKI OKVIR OBRADE OSOBNIH PODATAKA

Informacijska sigurnost, zaštita osobnih podataka i zaštita privatnosti pacijenata općenito u digitalnom društvu predstavlja je interdisciplinarno područje i gotove je nemoguće obuhvatiti sve sfere sustava e-zdravlja kako bi pojedinac bio u potpunosti zaštićen.¹⁹ Uz brz razvoj suvremenih tehnologija i nove načine obrade

¹⁸ Vidi više u Van Bommel JH, Duisterhout JS. Data and information. U: van Bommel JH, Musen MA, ur. Handbook of medical informatics. Houten/Diegem: Springer, 1997., str. 3-34.

¹⁹ Kompleksnost društvenih promjena koje su zahvatile suvremena društva prvenstveno se očituje u čestoj uporabi pojmova informacija, informacijska sigurnost, osobni podatak, pravo na privatnost, informacijsko društvo, digitalna ekonomija. Brojni članci, analize i istraživanja bave se tom tematikom. Informacijsko društvo, s druge strane, obično se definira kao novi stupanj društvenoga kulturnog razvoja koji ima posljedice i na privatnost i na osobnu sigurnost sa stajališta funkcioniranja društva i sustava unutarnje, vanjske, i egzistencijalne sigurnosti, te na razvoj slobode osobe, demokratskih postupaka i

podataka čini se nemogućim imati potpunu anonimnost i privatnost stoga je upravo zaštite osobnih podataka građana postala ključno pitanje današnjice i dovela do potrebe uvođenja novog zakona koji bi im dao više nadzora nad korištenjem njihovih podataka.²⁰ Na tom tragu donesena je Opća uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ – skraćeno Opća uredba o zaštiti podataka (engl. *General Data Protection Regulation - dalje GDPR*). Ovom Uredbom regulira se zaštita podataka i privatnost osoba unutar Europske unije, a donosi i propise vezane za iznošenje podataka u treće zemlje. Glavni su ciljevi GDPR-a vratiti građanima nadzor nad njihovim osobnim podacima i pojednostaviti regulatorno okruženje za međunarodne korporacije ujednačavanjem propisa u cijeloj Uniji. Odnosno zaštita pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka. Time se stavila izvan snage Direktiva 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995 . o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka (*dalje Direktiva*) koja je dotad služila za zaštitu pojedinaca vezano uz obradu njihovih osobnih podataka.²¹ Za razliku od Direktive, koja daje svakoj pojedinačnoj državi članici mogućnost da odluči kako će njene ciljeve ispuniti, uredba je obavezujući pravni akt za sve države članice i primjenjuje se izravno. Budući da se Uredba primjenjuje diljem Europske unije, odnosno u svih dvadeset i osam država članica, to bi trebalo pojednostaviti zakonodavni okvir i olakšati usklađivanje tvrtkama koje posluju u više država članica.²² Za razliku od direktiva EU-a, uredbe se ne moraju naknadno ratificirati u parlamentu, a pojedini dijelovi su ipak ostavljeni članicama kako bi ih uredile, stoga je u Hrvatskoj prije primjene Uredbe donesen Zakon o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine br. 42/18 – *dalje ZPOUZP*) kojim se dodatno reguliraju obaveze i kazne. Nadalje, stupanjem na snagu ZPOUZP od 25. svibnja

metoda, demokracije rada, reda, mira i produktivnosti na globalnome nivou. Tako i šire. WEBSTER, F., *Theories of the Information Society*, Cambridge: Routledge, 2002., str. 10

²⁰ O informacijskoj sigurnosti i zaštiti privatnosti vidi više u ČIZMIĆ, J., BOBAN, M., „*Utjecaj novih tehnologija na zaštitu tajnosti podataka i informacijsku sigurnost*“, Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem „Pravo na pristup informacijama i zaštita osobnih podataka“, Pravni fakultet u Splitu, Split, 2015., str. 67-104.

²¹ Tekst Direktive dostupan je na <https://publications.europa.eu/hr/publication-detail/-/publication/775a4724-2086-4a06-9213-1a4e6489053b>. (20. 02. 2019.) Za usporedbu GDPR-a i navedene Direktive vidi ČIZMIĆ, J., BOBAN, M., „*Učinak nove EU Uredbe 2016/679 (GDPR) na zaštitu osobnih podataka u Republici Hrvatskoj*“, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Vol.39 No.1 Travanj (2018.), str. 381

²² UREDBA (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) usvojena je 27. svibnja 2016. godine, čime je počelo teći prijelazno razdoblje od dvije godine, a primjenjuje se od 25. svibnja 2018. Tekst Uredbe dostupan je na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN> (20. 02. 2019.)

2018.g. prestaje važiti Zakon o zaštiti osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 103/03., 118/06., 41/08., 130/11. i 106/12. – pročišćeni tekst), Uredba o načinu vođenja i obrascu evidencije o zbirkama osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 105/04.) i Uredba o načinu pohranjivanja i posebnim mjerama tehničke zaštite posebnih kategorija osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 139/04.).

Nova Opća uredba o zaštiti podataka 2016/679 (GDPR) donosi važne promjene u pravilima koja definiraju osobne podatke i samu obradu podataka u cjelini. Zbog brzog tehnološkog razvoja i globalizacije pojavili su se novi izazovi u zaštiti osobnih podataka. Opseg prikupljanja i razmjene osobnih podataka značajno se povećava. Tehnologijom se privatnim društvima i tijelima javne vlasti omogućuje uporaba osobnih podataka u dosada nedosegnutom opsegu radi ostvarenja njihovih djelatnosti. Pojedinci svoje osobne informacije sve više čine dostupnima javno i globalno. Tehnologija je preobrazila i gospodarstvo i društveni život te bi trebala dalje olakšavati slobodan protok osobnih podataka u Uniji i prijenos trećim zemljama i međunarodnim organizacijama, osiguravajući pri tome visoku razinu zaštite osobnih podataka. (GDPR, Preambula, točka 6.) Sami ciljevi uvođenja Uredbe su zaštita osobnih podataka svih građana EU, jačanje prava pojedinca koji će nakon uvođenja Uredbe imati veću kontrolu i bolje mehanizme zaštite svojih osobnih podataka, usklađivanje zakona za zaštitu osobnih podataka u svim državama članicama te obavezu prilagođavanja Uredbi svim kompanijama i organizacijama koje žele poslovati na njenom području, kao i one koje posluju izvan područja EU, ali za svoje poslovanje koriste osobne podatke građana EU zbog nuđenja roba i usluga unutar Unije ili praćenja njihovog ponašanja unutar EU. Važno je napomenuti da je zaštita osobnih podataka podignuta na razinu temeljnih ljudskih prava. Prema Uredbi „Zaštita pojedinaca s obzirom na obradu osobnih podataka temeljno je pravo. člankom 8. stavkom 1. Povelje Europske unije o temeljnim pravima („Povelja”) te člankom 16. stavkom 1. Ugovora o funkcioniranju Europske unije (UFEU) utvrđuje se da svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka.“ (GDPR, Preambula, točka 1.) Nadalje Uredba navodi da obrada osobnih podataka bi trebala biti osmišljena da bude u službi čovječanstva. Pravo na zaštitu osobnih podataka nije apsolutno pravo. Ono se mora razmatrati u vezi s njegovom funkcijom u društvu te ga treba ujednačiti s drugim temeljnim pravima u skladu s načelom proporcionalnosti. U Uredbi se također navodi poštivanje privatnog i obiteljskog života, što je temelj za razvitak i zaštitu prava na privatnost uz već napomenutu zaštitu osobnih podataka koje se međusobno nadopunjuju. (GDPR, Preambula, točka 4.)

Podsjetimo, prvi Zakon o zaštiti osobnih podataka (NN, 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12 – dalje ZZOP) u Hrvatskoj je donesen još 2003. godine (zadnje izmjene i dopune 2012.), a ova je Uredba prvi odmak u zakonskoj definiciji na

razini Europske unije još 1995. godine. Iscrpna pravna definicija osobnog podatka dana je u ZZOP-u prema kojem: *“osobni podatak predstavlja svaka informacija koja se odnosi na identificiranu fizičku osobu ili fizičku osobu koja se može identificirati odnosno osoba čiji se identitet može utvrditi izravno ili neizravno, posebno na osnovi jednog ili više obilježja specifičnih za njezin fizički, psihološki, mentalni, gospodarski, kulturni ili socijalni identitet”* (ZZOP, čl. 2. st. 1.). Nova Uredba dodaje izrijeком dopunu pravne definicije prema kojem je osobni podatak svaki podatak kojim se *“osoba može identificirati izravno ili neizravno, osobito uz pomoć identifikatora kao što su ime, identifikacijski broj, podaci o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca;”* (GDPR, čl. 4. st. 1.). Odnosno definicija izravno uvodi pojam *mrežni identifikator te se nadalje u tekstu Uredbe po prvi put definiraju (i zakonski uređuju!) genetski podaci” i biometrijski podaci kao osobni podaci.* Naime, *genetski podaci* predstavljaju osobne podatke *“koji se odnose na naslijeđena ili stečena genetska obilježja pojedinca koja daju jedinstvenu informaciju o fiziologiji ili zdravlju tog pojedinca, i koji su dobiveni osobito analizom biološkog uzorka dotičnog pojedinca;”* (GDPR, čl. 4. st. 13.) dok se pod pojmom. *biometrijski podaci* podrazumijevaju se *“osobni podaci dobiveni posebnom tehničkom obradom u vezi s fizičkim obilježjima, fiziološkim obilježjima ili obilježjima ponašanja pojedinca koja omogućuju ili potvrđuju jedinstvenu identifikaciju tog pojedinca, kao što su fotografije lica ili daktiloskopski podaci”.* (GDPR, čl. 4. st. 14.).

Važno je naglasiti kako se GDPR primjenjuje samo na osobne podatke. Ostali podaci koji se ne smatraju „osobnim podacima“ zaštićeni su nacionalnim zakonodavstvom država članica. Postoje iznimke u vidu obrade podataka u kontekstu zaposlenja ili u svrhu nacionalne sigurnosti koji i dalje mogu podlijeđati zasebnim propisima kod svake od država članica.²³ (GDPR, čl. 2. st. 2. i GDPR, čl. 82.) Podaci se smatraju osobnima ako se iz njih s velikom vjerojatnošću može otkriti identitet pojedinca. Sam opseg podataka koje GDPR pokriva nije se značajno promijenio, osim dodavanja mrežnih identifikatora koji se smatraju osobnim podacima. GDPR se ne primjenjuje ni na anonimizirane podatke dok se za podatke koji se koriste u znanstvene svrhe ili za daljnju obradu mora provesti „pseudonimizacija“²⁴ što podrazumijeva obradu osobnih podataka na način

²³ Uredba o zaštiti podataka (GDPR) ne odnosi na obradu osobnih podataka: (a) tijekom djelatnosti koja nije obuhvaćena opsegom prava Unije; (b) koju obavljaju države članice kada obavljaju aktivnosti koje su obuhvaćene područjem primjene glave V. poglavlja 2. UEU-a; (c) koju provodi fizička osoba tijekom isključivo osobnih ili kućnih aktivnosti; (d) koju obavljaju nadležna tijela u svrhu sprečavanja, istrage, otkrivanja ili progona kaznenih djela ili izvršavanja kaznenih sankcija, uključujući zaštitu od prijetnji javnoj sigurnosti i njihova sprečavanja. (GDPR, čl. 2 st. 2.)

²⁴ O pseudonimizaciji vidi više u SHARMA, A., DESHKAR, N., WADHAWAN, K., KEARNS-MANOLATOS, D., NANGLA, A., SEOLIKAR, A., YEUNG, S., DAS, S., PATIL R., „Privacy & GDPR

da se osobni podaci više ne mogu pripisati određenom ispitaniku bez uporabe dodatnih informacija, pod uvjetom da se takve dodatne informacije drže odvojeno te da podliježu tehničkim i organizacijskim mjerama kako bi se osiguralo da se osobni podaci ne mogu pripisati pojedincu čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi. (GDPR, čl. 4, t. 5) Što se samog dizajniranja sustava tiče, poduzimanje određenih tehničkih i organizacijskih zaštitnih mjera (engl. *Privacy by design*) je postao standard. Time se naglašava da je potrebno paziti na zaštitu podataka od samog početka planiranja i dizajniranja sustava kako bi on bio što zaštićeniji od zlouporaba još u samom nastanku. Potrebno je unaprijed misliti na sve moguće slabe točke sustava i na vrijeme poduzeti sve potrebite mjere za zaštitu osobnih podataka koje se na njima nalaze. Voditelj obrade u tome ima važnu ulogu te bi trebao imati kompetencije provođenja tehničkih i organizacijskih mjera zaštite kako ne bi došlo do kršenja Uredbe a posljedično i sankcija. (GDPR, čl. 25.)

Uredba se primjenjuje na voditelje obrade, tj. organizacije koje prikupljaju podatke EU građana, i na izvršitelje obrade, tj. organizacije koje obrađuju podatke prema nalogu voditelja obrade, poput pružatelja usluga u oblaku ako su predmet obrade podaci ispitanika (osoba) iz EU-a. Ključna izmjena u odnosu na raniju Direktivu i nacionalne zakone jest činjenica da se Uredba primjenjuje na obradu osobnih podataka koju obavlja voditelj obrade koji nema poslovni nastan u Uniji, već u mjestu gdje se pravo države članice primjenjuje na temelju međunarodnog javnog prava. (GDPR, čl. 3. st. 3.) Nadalje, Uredba se odnosi na obradu osobnih podataka u okviru aktivnosti poslovnog nastana voditelja obrade ili izvršitelja obrade u Uniji, neovisno o tome obavlja li se obrada u Uniji ili ne. (GDPR, čl. 3. st. 1.) Odnosno, ova se Uredba primjenjuje na obradu osobnih podataka ispitanika u Uniji koju obavlja voditelj obrade ili izvršitelj obrade bez poslovnog nastana u Uniji, *ako su aktivnosti obrade povezane s: (a) nuđenjem robe ili usluga takvim ispitanicima u Uniji, neovisno o tome treba li ispitanik izvršiti plaćanje; ili (b) praćenjem njihova ponašanja dokle god se njihovo ponašanje odvija unutar Unije.* (GDPR, čl. 3. st. 2.) Veliki broj organizacija koje posluju na području Europske unije a bez poslovnog nastana u Europskoj uniji, također su u procesu usklađivanja s obzirom na visoke kazne koje Uredba propisuje.²⁵

U cijeloj Europskoj uniji primjenjuju se isti, ujednačeni skup propisa. Svaka od država članica dužna je imenovati nezavisno nadzorno tijelo koje će obrađivati žalbe, izricati kazne i slično. Nadzorna tijela dužna su surađivati s tijelima u ostalim državama članicama, međusobno si pomažući i koordinirajući zajedničke regulatorne aktivnosti. Ako tvrtka ima više poslovnih nastana diljem EU-a,

for *Digital Platforms*“, Synechron Inc, 2018., str. 27

²⁵ O usklađivanju europskog i američkog zakonodavstva u području zaštite podataka vidi CALDER, A, *EU GDPR & EU-US Privacy Shield: A Pocket Guide*, IT Governance Ltd, 2017., str. 76-80

dodijelit će joj se jedno nadzorno tijelo kao glavno, a ovisno o mjestu “glavnog poslovnog nastana” gdje se odvijaju glavne aktivnosti obrade. Glavno nadzorno tijelo je jedinstveni mehanizam koji nadzire aktivnosti obrade tvrtke na području cijele Europske unije (GDPR, čl. 68). Europski odbor za zaštitu podataka (EDPB) koordinirat će rad nadzornih tijela, a zamijenio je Radnu skupinu za zaštitu podataka iz članka 29. Odbor osigurava dosljednu primjenu Uredbe te tu svrhu Odbor na vlastitu inicijativu ili prema potrebi na zahtjev Komisije, osobito: (a) prati i osigurava pravilnu primjenu ove Uredbe u slučajevima predviđenima člancima 64. i 65. ne dovodeći u pitanje zadaće nacionalnih nadzornih tijela; (b) savjetuje Komisiju o svim pitanjima u pogledu zaštite osobnih podataka u Uniji, među ostalim i o svim predloženim izmjenama ove Uredbe; (c) savjetuje Komisiju o formatu i postupcima za razmjenu informacija među voditeljima obrade, izvršiteljima obrade i nadzornim tijelima za obvezujuća korporativna pravila; (d) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse o postupcima za brisanje poveznica na osobne podatke, kopija ili replika tih osobnih podataka iz javno dostupnih sredstava komunikacije iz članka 17. stavka 2; (e) ispituje na vlastitu inicijativu, na zahtjev jednog od svojih članova ili na zahtjev Komisije sva pitanja koja obuhvaćaju primjenu Uredbe i izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse kako bi poticao dosljednu primjenu ove Uredbe; (f) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i uvjeta za odluke koje se temelje na izradi profila u skladu s člankom 22. stavkom 2.; (g) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (b) ovog članka za utvrđivanje povreda osobnih podataka te određivanje nepotrebnog odgađanja iz članka 33. stavaka 1. i 2. te za posebne okolnosti u kojima se od voditelja obrade ili izvršitelja obrade zahtijeva obavješćivanje o povredi osobnih podataka; (h) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (b) ovog članka u pogledu okolnosti u kojima će povreda osobnih podataka vjerojatno dovesti do visokog rizika u pogledu pravâ i sloboda pojedinaca iz članka 34. stavka 1. (i) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i zahtjeva za prijenose osobnih podataka na temelju obvezujućih korporativnih pravila kojih se pridržavaju voditelji obrade i obvezujućih korporativnih pravila kojih se pridržavaju izvršitelji obrade te daljnjih zahtjeva potrebnih za osiguravanje zaštite osobnih podataka ispitanika iz članka 47.; (j) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i uvjeta za prijenose osobnih podataka na temelju članka 49. stavka 1.; (k) izrađuje smjernice za nadzorna tijela s obzirom na primjenu mjera iz članka 58. stavaka 1., 2. i 3. i određuje upravne novčane kazne u skladu s člankom 83.; (l) preispituje praktičnu primjenu

smjernica, preporuka i primjera najbolje prakse iz točaka (e) i (f); (m) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu sa stavkom 1. točkom (e) za uspostavu zajedničkih postupaka za izvješćivanje pojedinaca o kršenjima ove Uredbe u skladu s člankom 54. stavkom 2.; (n) potiče izradu kodeksa ponašanja i uspostavu mehanizme certificiranja zaštite podataka te pečata i oznaka za zaštitu podataka u skladu s člancima 40. i 42.; (o) provodi akreditacije certifikacijskih tijela i periodično preispitivanje akreditacija u skladu s člankom 43. te vodi javnu evidenciju akreditiranih tijela u skladu s člankom 43. stavkom 6. i akreditiranih voditelja obrade ili izvršitelja obrade s poslovnim nastanom u trećim zemljama u skladu s člankom 42. stavkom 7.; (p) određuje zahtjeve iz članka 43. stavka 3. s obzirom na akreditaciju certifikacijskih tijela u skladu s člankom 42.; (q) Komisiji daje mišljenje o zahtjevima za certificiranje iz članka 43. stavka 8.; (r) Komisiji daje mišljenje o ikonama iz članka 12. stavka 7.; (s) daje mišljenje Komisiji o procjeni primjerenosti razine zaštite koja postoji u trećoj zemlji ili međunarodnoj organizaciji, kao i o procjeni o tome je li treća zemlja, područje, ili jedan ili više određenih sektora unutar treće zemlje, ili međunarodna organizacija prestao osiguravati primjerenu razinu zaštite.²⁶ U tu svrhu Komisija dostavlja Odboru svu potrebnu dokumentaciju, uključujući korespondenciju s vladom treće zemlje, vezano za tu treću zemlju, područja ili određenog sektora, ili s međunarodnom organizacijom. (t) daje mišljenja o nacrtima odluka nadzornih tijela u skladu s mehanizmom konzistentnosti iz članka 64. stavka 1. te o predmetima podnesenim na temelju članka 64. stavka 2. i pitanju obvezujućih odluka na temelju članka 65., uključujući slučajeve iz članka 66.; (u) promiče suradnju i djelotvornu bilateralnu i multilateralnu razmjenu informacija i najboljih praksi između nadzornih tijela; (v) promiče zajedničke programe osposobljavanja i potpomaže razmjenu osoblja između nadzornih tijela te nadzornih tijela trećih zemalja ili međunarodnih organizacija; (w) promiče razmjenu znanja i dokumentacije o zakonodavstvu i praksi u području zaštite podataka s nadzornim tijelima za zaštitu podataka širom svijeta. (x) daje mišljenje o kodeksima ponašanja sastavljenima na razini Unije u skladu s člankom 40. stavkom 9.; i (y) vodi javnosti dostupnu elektroničku evidenciju odluka koje su donijela nadzorna tijela i sudovi o pitanjima rješavanjem u okviru mehanizma konzistentnosti. (GDPR, čl. 70, st. 1.) Nadalje, ako Komisija zatraži savjet od Odbora, može navesti rok, uzimajući u obzir hitnost predmeta. (GDPR, čl. 70, st. 2.) Odbor proslijeđuje Komisiji i odboru navedenom u članku 93. svoja mišljenja, smjernice, preporuke i primjere najbolje

²⁶ Više o primjeni GDPR-a vidi u FORS, P., „GDPR Compliance“, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. Vidi i FERNANDEZ, P. C., „Flexibility Clauses in the General Data Protection Regulation: The “Swiss Cheese” of EU Data Protection Law? A Study of the Flexibility Clauses Within the GDPR and the Possibility of Them Hampering the Attainment of the Objectives of the Regulation“, 2016.

prakse te ih objavljuje. (GDPR, čl. 70, st. 3.) 4.Odbor se prema potrebi savjetuje sa zainteresiranim stranama i pruža im priliku da u razumnom roku dostave svoje komentare. Ne dovodeći u pitanje članak 76. Odbor javno objavljuje rezultate postupka savjetovanja. (GDPR, čl. 70, st. 4.)

Uredba ne primjenjuje na pitanja zaštite temeljnih prava i sloboda ili slobodnog protoka osobnih podataka u vezi s djelatnostima koje ne ulaze u područje primjene prava Unije, kao što su djelatnosti u vezi s nacionalnom sigurnošću. Ne primjenjuje se ni na obradu osobnih podataka od strane država članica pri obavljanju djelatnosti povezanih sa zajedničkom vanjskom i sigurnosnom politikom Unije. (GDPR, Preambula, točka 16) Uredba se ne primjenjuje na obradu u svrhu državne sigurnosti ili tijela za izvršavanje zakonodavstva; no interesne skupine oglasile su se oko potencijalnog sukoba zakona i pitanja oko čl. 48. GDPR-a. Ova se Uredba ne primjenjuje na obradu osobnih podataka koju fizičke osobe obavljaju u okviru isključivo osobne ili kućne aktivnosti te stoga nije povezana s profesionalnom ili komercijalnom djelatnošću. Kao i ranije, ključan dio za obradu osobnih podataka jest "privola" osobe na korištenje njenih osobnih podataka koja se smatra jasnim činom odobrenja. Naime, „*privola*” *ispitanika znači svako dobrovoljno, posebno, informirano i nedvosmisleno izražavanje želja ispitanika kojim on izjavom ili jasnom potvrdnom radnjom daje pristanak za obradu osobnih podataka koji se na njega odnose.* (GDPR, čl. 4. st. 11.). Novina je činjenica da su u slučaju proboja sigurnosti podataka tvrtke dužne obavijestiti nadležne službe, ali i pojedinca čiji su osobni podaci povrijeđeni što ranije nije bio slučaj.²⁷

3.1. Obrada posebnih kategorija osobnih podataka – s naglaskom na “e-Zdravlje”

Podsjetimo, ključni dio ZZOP-a i Uredbe svakako je i sama definicija „obrade podataka” koja prema GDPR-u: “znači svaki postupak ili skup postupaka koji se obavljaju na osobnim podacima ili na skupovima osobnih podataka, bilo automatiziranim bilo neautomatiziranim sredstvima kao što su prikupljanje, bilježenje, organizacija, strukturiranje, pohrana, prilagodba ili izmjena, pronalaženje, obavljanje uvida, uporaba, otkrivanje prijenosom, širenjem ili stavljanjem na raspolaganje na drugi način, usklađivanje ili kombiniranje, ograničavanje, brisanje ili uništavanje.” (GDPR, čl. 2) Sama obrada podataka i privola ključni su dio kako ZZOP-a tako i GDPR-a i značajni pojmovno za svaki oblik obrade podataka kako u javnom tako i u privatnom sektoru. S posebnim

²⁷ O oblicima zaštite informacijskih sustava u poslovanju i obvezama prema GDPR- u vidi GOBEO, A., FOWLER, C., BUCHANAN, W. J., „*GDPR and Cyber Security for Business Information Systems*“, River Publishers, 2018., str. 70. Vidi i TANKARD, C., „*What the GDPR means for businesses*“, Network Security 2016(6):5-8, June, 2016.

naglaskom na “osjetljive podatke”. Naime, Uredba državama članicama pruža prostor za djelovanje kako bi bolje odredile njezina pravila uključujući obradu posebnih kategorija osobnih podataka („osjetljivi podaci”). U tom smislu ovom se Uredbom ne isključuje pravo države članice kojim se utvrđuju okolnosti posebnih situacija obrade, što uključuje preciznije određivanje uvjeta pod kojima je obrada osobnih podataka zakonita. (GDPR, Preambula, točka 10)

Prema Uredbi, posebne kategorije osobnih podataka koje zaslužuju veći stupanj zaštite trebale bi se obrađivati samo u svrhe povezane sa zdravljem radi ostvarivanja tih svrha u korist pojedinaca i društva u cjelini, pogotovo u kontekstu upravljanja uslugama i sustavima zdravstvene ili socijalne skrbi, u što se ubraja i obrada takvih podataka koju u svrhu kontrole kvalitete, informacija o upravljanju i općeg nacionalnog i lokalnog nadzora sustava zdravstvene ili socijalne skrbi provode uprava i središnja nacionalna tijela nadležna za zdravlje i u svrhu osiguravanja kontinuiteta zdravstvene ili socijalne skrbi i prekogranične zdravstvene skrbi ili u svrhe zdravstvene zaštite, nadzora i uzbunjivanja, ili u svrhe arhiviranja u javnom interesu, u svrhe znanstvenih ili povijesnih istraživanja ili u statističke svrhe utemeljene na pravu Unije ili pravu države članice i čime treba ostvariti cilj od javnog interesa, kao i za studije koje se provode u javnom interesu u području javnog zdravlja. Stoga se Uredbom utvrđuju usklađeni uvjeti za obradu posebnih kategorija osobnih podataka koji se odnose na zdravlje, za posebne potrebe, osobito kada obradu takvih podataka za određene zdravstvene svrhe provode osobe koje podliježu zakonskoj obvezi čuvanja poslovne tajne. Pravom Unije ili pravom države članice trebalo bi predvidjeti specifične i primjerene mjere za zaštitu temeljnih prava i osobnih podataka pojedinaca. Također, državama članicama trebalo bi omogućiti zadržavanje ili uvođenje dodatnih uvjeta, uključujući ograničenja, u vezi s obradom genetskih podataka, biometrijskih podataka ili podataka koji se odnose na zdravlje. Međutim, to ne bi trebalo spriječiti slobodan protok osobnih podataka unutar Unije ako se ti uvjeti primjenjuju na prekograničnu obradu takvih podataka. (GDPR, Preambula, točka 53)

Posebnu kategoriju predstavljaju upravo osobni podaci djece gdje je ponajprije postavljena dobna granica 16 godina a i mogućnost predviđanja niže dobne granice za davanje privole za obradu osobnih podataka djece i do 13 godina. Države članice mogu u te svrhe zakonom predvidjeti nižu dobnu granicu, pod uvjetom da takva niža dobna granica nije niža od 13 godina. (GDPR, čl. 8. st. 1.) Postoje dodatni uvjeti koje treba zadovoljiti kada se zahtjev za brisanje odnosi na osobne podatke djece, osobito u online okruženjima. Osobito je značajan element “privole” – osoba je kao dijete dala privolu za obradu podataka, no nakon nekoliko godina zatražila je brisanje. Osoba ima opravdani razlog za brisanjem

podataka, jer kao dijete, za vrijeme davanja privole, nije mogla biti u potpunosti svjesna rizika koji su uključeni u proces obrade. Ovo se osobito odnosi na obradu podataka u e-zdravstvu čime će se uistinu utjecati na procedure kako u području pisane suglasnosti tako i u obradi informacija o “e-zapisima” djece i njihovog prosljeđivnja roditeljima. Važan aspekt biti će pisana privola (suglasnost) djeteta.

3.2. Obrada i javni pristup službenim dokumentima

Tijelo javne vlasti, javno ili privatno tijelo može otkriti osobne podatke iz službenih dokumenata koje posjeduje to tijelo javne vlasti ili to tijelo u svrhu obavljanja zadaće u javnom interesu u skladu s pravom Unije ili pravom države članice koje se primjenjuje na to tijelo javne vlasti ili to tijelo kako bi se uskladio javni pristup službenim dokumentima s pravom na zaštitu osobnih podataka u skladu s ovom Uredbom. (GDPR, čl. 86)

3.3. Obrada nacionalnog identifikacijskog broja

Države članice mogu dodatno utvrditi posebne uvjete za obradu nacionalnog identifikacijskog broja ili bilo kojeg drugog identifikatora opće primjene. U tom se slučaju nacionalni identifikacijski broj ili bilo koji drugi identifikator opće primjene upotrebljava samo uz primjenu odgovarajućih zaštitnih mjera u pogledu prava i sloboda ispitanika u skladu s ovom Uredbom. (GDPR, čl. 87)

3.4. Obrada u kontekstu zaposlenja

Države članice mogu zakonom ili kolektivnim ugovorima predvidjeti preciznija pravila s ciljem osiguravanja zaštite prava i sloboda u vezi s obradom osobnih podataka zaposlenika u kontekstu zaposlenja, osobito za potrebe zapošljavanja, izvršavanja ugovora o radu, što uključuje ispunjavanje zakonski propisanih obveza ili obveza propisanih kolektivnim ugovorima, za potrebe upravljanja, planiranja i organizacije rada, jednakosti i različitosti na radnome mjestu, zdravlja i sigurnosti na radu, zaštite imovine poslodavca ili klijenta i za potrebe ostvarenja i uživanja prava i koristi iz radnog odnosa, na individualnoj ili kolektivnoj osnovi, te za potrebe prestanka radnog odnosa. (GDPR, čl. 88, st. 1.)

3.5. Pravo na brisanje (Pravo na zaborav)

Najvažniji iskorak jest pravo na brisanje, poznato i kao pravo na zaborav (engl. Right to be forgotten) (GDPR, čl. 17.) Načelo ovog prava je omogućiti pojedincima da zatraže brisanje ili uklanjanje osobnih podataka ako nema uvjerljivog razloga za njihovu obradu. Sukladno čl. 17. st. 1. GDPR-a osoba ima

pravo ishoditi od voditelja obrade: brisanje osobnih podataka koji se na njega odnose bez nepotrebnog odgađanja te voditelj obrade ima obvezu obrisati osobne podatke bez nepotrebnog odgađanja ako je ispunjen jedan od sljedećih uvjeta: (a) osobni podaci više nisu nužni u odnosu na svrhe za koje su prikupljeni ili na drugi način obrađeni; (b) ispitanik povuče privolu na kojoj se obrada temelji u skladu s člankom 6. stavkom 1. točkom (a) ili člankom 9. stavkom 2. točkom (a) i ako ne postoji druga pravna osnova za obradu; (c) ispitanik uloži prigovor na obradu u skladu s člankom 21. stavkom 1. te ne postoje jači legitimni razlozi za obradu, ili ispitanik uloži prigovor na obradu u skladu s člankom 21. stavkom 2.; (d) osobni podaci nezakonito su obrađeni; (e) osobni podaci moraju se brisati radi poštovanja pravne obveze iz prava Unije ili prava države članice kojem podliježe voditelj obrade; (f) osobni podaci prikupljeni su u vezi s ponudom usluga informacijskog društva iz članka 8. stavka 1. (GDPR, čl. 17. st. 1.). Primjenjuje se ako osobni podaci više nisu potrebni u svrhu za koju su se prikupljali/ koristili, kada ispitanik povuče suglasnost, kada se ispitanik protivi obradi i ne postoji legitiman razlog za nastavak obrade, ako su podaci protupravno obrađeni, ukoliko se osobni podaci moraju izbrisati kako bi se udovoljilo zakonskoj obvezi te ako se radi o osobnim podacima koji se odnose na djecu u svezi s ponudom usluga informacijskog društva. U slučaju ako je voditelj obrade javno objavio osobne podatke i dužan je u skladu sa stavkom 1. obrisati te osobne podatke, uzimajući u obzir dostupnu tehnologiju i trošak provedbe, voditelj obrade poduzima razumne mjere, uključujući tehničke mjere, kako bi informirao voditelje obrade koji obrađuju osobne podatke da je ispitanik zatražio od tih voditelja obrade da izbrišu sve poveznice do njih ili kopiju ili rekonstrukciju tih osobnih podataka. (GDPR, čl. 17. st. 2.). Također, u članku 16. Uredba predviđa i pravo na ispravak tako da osoba može zatražiti ispravak¹⁷ i/ili brisanje osobnih podataka ako su podaci nepotpuni, netočni ili neažurni. Nadalje, zakonodavac je postavio i uvjete prema kojima zahtjev za brisanjem može biti odbijen i to u slučajevima kada se podaci obrađuju da bi se ostvarilo pravo na slobodu izražavanja i informiranja, da bi se udovoljilo zakonskoj obvezi obavljanja zadaća od javnog interesa ili službenih ovlasti, u svrhe javnog zdravstva a u interesu javnosti, za arhiviranje u svrhu javnog interesa, znanstvenog/povijesnog istraživanja ili u statističke svrhe te u svrhu postavljanja, ostvarivanja ili obrane pravnih zahtjeva. (GDPR, čl. 3 st. 17.). Predviđena je i obveza izvješćivanja u vezi s ispravkom ili brisanjem osobnih podataka ili ograničenjem obrade koja voditelju obrade nalaže priopćivanje svakog ispravka ili brisanja osobnih podataka ili ograničenje obrade provedeno u skladu s člankom 16., 17. stavkom 1. i člankom 18. svakom primatelju kojem su otkriveni osobni podaci, osim ako se to pokaže nemogućim ili zahtijeva nerazmjeran napor. Nadalje, voditelj obrade obavješćuje osobe o tim primateljima ako to osoba

zatraži. (GDPR, čl. 19.) To u praksi znači kako GDPR pojačava pravo na brisanje pojašnjavanjem - organizacije u mrežnom okruženju koje javno objavljuju osobne podatke trebaju obavijestiti druge organizacije koje obrađuju osobne podatke za brisanje veza, kopiranja ili replikacije osobnih podataka o kojima je riječ.

3.6. Pseudonimizacija

Osim brisanja tu je i pitanje obveze pseudonimizacije podataka što znači obrada osobnih podataka na način da se osobni podaci više ne mogu pripisati određenom ispitaniku bez uporabe dodatnih informacija, pod uvjetom da se takve dodatne informacije drže odvojeno te da podliježu tehničkim i organizacijskim mjerama kako bi se osiguralo da se osobni podaci ne mogu pripisati pojedincu čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi. (GDPR, čl. 4. st. 5.) Načela zaštite podataka trebala bi se primjenjivati na sve informacije koje se odnose na pojedinca čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi. Osobne podatke koji su pseudonimizirani, a koji bi se mogli pripisati nekom pojedincu uporabom dodatnih informacija trebalo bi smatrati informacijama o pojedincu čiji se identitet može utvrditi. Kako bi se odredilo može li se identitet pojedinca utvrditi, trebalo bi uzeti u obzir sva sredstva, primjerice selekcije, koju voditelj obrade ili bilo koja druga osoba mogu po svemu sudeći upotrijebiti u svrhu izravnog ili neizravnog utvrđivanja identiteta pojedinca. Kako bi se utvrdilo je li izgledno da se upotrebljavaju sredstva za utvrđivanje identiteta pojedinca, trebalo bi uzeti u obzir sve objektivne čimbenike, kao što su troškovi i vrijeme potrebno za utvrđivanje identiteta, i tehnologiju dostupnu u vrijeme obrade i tehnološki razvoj. (Preambula, točka 25). Ovaj postupak do sada nije bio zakonski zahtjev i predstavlja iznimni trošak za velike organizacije a naročito može biti izazov, ako obrađujete osobne podatke online, na primjer na društvenim mrežama, forumima ili web stranicama. Organizacije u javnom i privatnom sektoru moraju prema Uredbi udovoljiti tim zahtjevima inače ih očekuju velike kazne.

3.7. Integrirana zaštita podataka

Mjere tehničke i integrirane zaštite podataka (čl. 25.) propisuju primjenu zaštitnih mjera u sam postupak razvoja procedura, proizvoda i usluga. Treba od početka primijeniti visoku razinu mjera za zaštitu privatnosti, a voditelj obrade mora osigurati da tehničke i proceduralne mjere budu dostatne i u skladu s propisima za vrijeme cjelokupnog trajanja postupaka obrade. Voditelji obrade

trebaju primijeniti mehanizme kojima bi se spriječila obrada osobnih podataka, osim ako je to potrebno za svaku od određenih svrha.²⁸

Izvrješće Agencije Europske unije za mrežnu i informacijsku sigurnost objašnjava što je potrebno da se usvoje metode integrirane i tehničke zaštite podataka. U izvješću se navodi kako se aktivnosti enkriptiranja i dekriptiranja moraju odvijati lokalno, a ne na udaljenom poslužitelju, jer ključevi moraju biti u posjedu voditelja obrade ako je cilj zaštita privatnosti podataka.²⁹ Također se navodi da je korištenje usluga za pohranu podataka, poput onih u oblaku, praktično i relativno sigurno u slučaju da samo vlasnik podataka, ali ne i pružatelj usluge u oblaku, ima pristup ključevima za dekriptiranje.³⁰

Evidencija o aktivnostima obrade mora se voditi,³¹ a treba uključivati svrhu obrade, kategorije podataka koje se obrađuju i procijenjene vremenske rokove trajanja obrade i držanja podataka. Zapisi se na zahtjev trebaju pružiti nadzornome tijelu. (GDPR, čl. 30.)

Tehnološkim razvojem i novim načinima obrade osobnih podataka postalo je nužno donošenje novoga instrumenta koji će osigurati zaštitu prava i temeljnih sloboda pojedinaca u vezi s obradom njihovih osobnih podataka. Uredba o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnome kretanju takvih podataka (Opća uredba o zaštiti podataka) predstavlja bitan napredak u području zaštite osobnih podataka. Sam učinak Opće uredbe ponajprije se ogleda u činjenici da se njenim donošenjem osigurava ujednačeno i jednoobrazno postupanje nadzornih tijela za zaštitu osobnih podataka, što dovodi do jednostavnije i jednake zaštite prava svih pojedinaca u Europskoj uniji.

²⁸ O tehničkim i organizacijskim mjerama integrirane zaštite podataka vidi više u GERTZ, M., GULDENTOPS, E., STROUS, L., (ed.), „*Integrity, internal control and security in information systems: connecting governance and technology*“, IFIP TC11/WG11.5 Fourth Working Conference on Integrity and Internal Control in Information Systems, November 15-16, 2001, Brussels, Belgium. Springer, 2002.

²⁹ O enkripciji i kriptografiji kao mjerama zaštite vidi šire u ČIZMIĆ, D., BOBAN, M., ZLATOVIĆ, D., „*Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost*“, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Split, 2016.

³⁰ Izvrješće Agencije Europske unije za mrežnu i informacijsku sigurnost dostupno na <https://www.enisa.europa.eu/publications/privacy-and-data-protection-by-design> (22. 02. 2019.)

³¹ Obveze iz stavaka 1. i 2. čl. 30 GDPR-a ne primjenjuju se na poduzeće ili organizaciju u kojoj je zaposleno manje od 250 osoba, osim ako će obrada koju provodi vjerojatno prouzročiti visok rizik za prava i slobode ispitanika, ako obrada nije povremena ili obrada uključuje posebne kategorije podataka iz članka 9. stavka 1. ili je riječ o osobnim podacima u vezi s kaznenim osudama i kažnjivim djelima iz članka 10. (GDPR, čl. 30. st. 5.) Odnosno, izuzeća su slučajevi koji slijede nisu pokriveni uredbom: zakonito presretanje podataka, državna sigurnost, vojska, policija, pravosuđe, obrada u statističke i znanstvene svrhe (u nekim slučajevima), podaci umrlih (za njih važe nacionalni propisi), odnosi između poslodavaca i zaposlenika reguliraju se dodatnim zakonima i obrada osobnih podataka od strane fizičke osobe u osnovne svrhe ili za potrebe kućanstva.

4. E-ZDRAVLJE U REPUBLICI HRVATSKOJ – CILJEVI, PREDNOSTI I NEDOSTACI

Projekt uvođenja informatizacije u zdravstvene sustave, poznat još i kao e-Zdravstvo, primarno ima za ciljeve poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga koje se svakodnevno pružaju u zdravstvenim ustanovama diljem Republike Hrvatske, uz postizanje osjetnih financijskih ušteda. Navedeni ciljevi žele se postići informatizacijom sustava primarne zdravstvene zaštite, zatim uvođenjem multifunkcionalnih pametnih kartica i integralnog informacijskog sustava u bolnice te informatizacijom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Projekt e-Zdravstva također ima za cilj uspostaviti kao standard *on-line* dogovore za zdravstvene preglede sa liječnicima specijalistima iz brojnih područja medicine, zatim, smanjiti mogućnost grešaka u radu liječnika i medicinskog osoblja te regulirati mogućnost pristupa i upravljanja informacijama.

Do sada je projekt e-Zdravstva u Republici Hrvatskoj rezultirao e-uputnicom i e-receptom, kojima je pacijentima omogućena uporaba elektroničkih umjesto papirnatih recepata i elektroničkog sustava naručivanja umjesto papirnatih uputnica, te e-zdravstvenim kartonom, kao središnjim elektroničkim zdravstvenim zapisom pacijenta. U elektroničkom zapisu će svim autoriziranim zdravstvenim radnicima biti dostupne informacije o zdravstvenom stanju pacijenta, primjerice, o postavljenim dijagnozama, izdanim receptima, nalazima učinjenih pretraga, propisanim terapijama, alergijama, a unosit će se i podaci o posjetima liječniku, bolovanjima, značajnijim kirurškim zahvatima, ugrađenim implantatima, otpusnim pismima itd. Korištenjem e-zdravstvenog kartona, liječnik će u vrlo kratkom vremenu moći sagledati sve relevantne medicinske informacije o pacijentu, kako bi mu mogao efikasije pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

U Nizozemskoj, Danskoj, Švedskoj, Austriji, SAD-u i drugim državama posebna je pažnja posvećena primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Liječnik opće prakse postaje Koordinator zdravstvene skrbi. Povećava se sadržaj kliničkih postupaka na primarnoj razini što bitno smanjuje upućivanje prema sekundarnoj i naročito tercijarnoj razini. Multidisciplinarne kliničke smjernice i upravljanje kroničnim bolestima su postali standardni način rada. Ovakav općeprihvaćeni pristup zdravstvenoj skrbi, ne samo da je poduprt E-zdravljem, nego bez njega nije moguć na učinkovit i djelotvoran način. Pri tome treba imati na umu da se o strategijama eZdravlja u tim zemljama brinu profesionalne organizacije, koje su definirale strategije eZdravlja svojih zemalja. I Hrvatska ima Strateški plan razvoja eZdravlja u Republici Hrvatskoj –dalje **SPeZ** koja je donesena 2014.g.³²

³² Strateški plan razvoja eZdravlja u republici Hrvatskoj – **SPeZ** dostupan je na <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan>

Nacionalna strategija definira i konkretne mjere kojima će se ti ciljevi ostvariti. Te mjere, dopunjene i usklađene sa svjetskim trendovima i preporukama Europske unije (EU), postaju ciljevima strateškog plana eZdravlja:

1. Treba težiti smanjenju razlike među ustanovama u razini integrirane informatiziranosti, na način da većina brže slijedi naprednije čiji su se sustavi i procesi dokazali u praksi.

2. Sustavi eZdravlja trebaju omogućiti automatsku izradu standardiziranih izvješća, izvješćivanje i alarmiranje u realnom vremenu, dostavu podataka za statističke analize te dati podršku za samostalno izrađivanje izvješća „po narudžbi“ različitih korisnika (primjena tehnologije poslovnog izvješćivanja)

3. Sustavi eZdravlja trebaju osigurati automatsko punjenje zdravstvenih i drugih registara od interesa za javno zdravstvo (npr. trenutna epidemiološka situacija) i istraživanja u području medicine i zdravstva

4. Postojeći institucionalni sustavi će se unaprijediti i modernizirati kako bi bili interno djelotvorni, a prema van interoperabilni, prije svega u potpori procesima zdravstvene skrbi i distribuiranom raspolaganju zdravstvenim podacima pacijenta. Strogo će se voditi računa o tome da se eZdravlje i procesi u zdravstvu unapređuju sinkronizirano do mjere da planiranje promjena procesa uključuje istovremeno planiranje promjena sustava eZdravlja

5. Osim potpore osnovnoj djelatnosti ostvarit će se i poslovni sustavi, koji će davati potporu i npr. objedinjenoj nabavi

6. Telemedicina će koliko je god moguće biti integrirana u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti, te će skupa s mZdravljem omogućiti liječenje na daljinu (čime nadomješćuje nedostatak stručnjaka) i uspostavu aktivnije uloge pacijenata u vlastitom liječenju

7. Programska podrška koja će se nabaviti ili izraditi prije stavljanja u upotrebu će biti odgovarajuće certificirana na osnovi prihvaćenih međunarodnih kriterija; certifikati se izdaju na osnovi prihvaćenih normi, neprekidno se provjerava funkcionalnost, sigurnost podataka i sustava te interoperabilnost

8. Nabava rješenja (hardver, softver, primjena, potpora) će se provoditi objedinjeno i u što većoj mjeri koristeći standardna rješenja koja imaju značajan udio na tržištu, poglavito u zdravstvenom sektoru širom svijeta

9. Djelatnici u sustavu zdravstva će biti dodatno educirani za eZdravlje, uključivo upravljanje promjenama pri uvođenju eZdravlja, uključivo unapređenje potpore za korisnike eZdravlja s naglaskom na pacijente i druge građane, po mogućnosti sustavima za udaljeno učenje.

10. Sustavno će se educirati stručnjaci iz područja medicinske informatike, te će im se omogućiti razmjena znanja i iskustava

11. Sredstva za eZdravlje će se povećati na potrebnu razinu u skladu s mogućnostima državnog proračuna, koristeći prosječnu razinu u EU kao orijentir, relativno u odnosu na zdravstveni proračun. Koristit će se i drugi izvori sredstava pored državnog proračuna, npr. sredstva iz fondova EU-a, Svjetske banke, lokalnih samouprava i sl.

12. eZdravlje će biti zakonski regulirano

13. Beziznimno će se koristiti međunarodna razmjena iskustava, te preuzimanje i prilagođavanje dobrih praksi

14. Upravljanje eZdravljem bit će centralno na nacionalnoj razini, organizirano kao dio postojeće institucije (trenutno HZZO-a) ili kao odvojeno središnje tijelo s potrebnim ovlastima, financiranjem, kadrovima i nezavisnošću; Neprekidno će se provoditi evaluacija rezultata eZdravlja.

15. Hrvatska će aktivno sudjelovati u međunarodnim inicijativama iz eZdravlja i kao članica eHealth Network središnjeg EU tijela za eZdravlje dati svoj doprinos.³³

Prednosti uvođenja informatizacije u zdravstvene sustave su brojne, a kao najznačajnije prednosti valja istaknuti sljedeće. Povijest bolesti svakog pacijenta biti će dostupna u obliku elektroničkog zapisa tijekom cijelog života pacijenta te će joj zdravstveni djelatnici moći pristupiti na svakom mjestu gdje postoji pristup internetu i u bilo koje vrijeme, uz primjenu strogih standarda zaštite osobnih podataka o pacijentu. Zdravstvene informacije o pacijentu će se stalno ažurirati, čime će se stvoriti cjelovita slika o zdravstvenom stanju pacijenta. Također, primjena telemedicine omogućava govornu, slikovnu, podatkovnu ili multimedijalnu komunikaciju između liječnika koji su međusobno prostorno udaljeni ili između liječnika i udaljenog pacijenta, kako bi se olakšala i ubrzala razmjena podataka o pacijentu u svrhu što kvalitetnijeg i uspješnijeg liječenja. Nadalje, elektroničkim vođenjem podataka zdravstveni sustav postaje znatno transparentniji u pogledu prava pacijenata i pristupa sadržajima i informacijama u zdravstvenim ustanovama (kao što su npr. liste čekanja), što u konačnici pridonosi zadovoljstvu pacijenata.³⁴

³³ Vidi SPeZ, str. 4-5

³⁴ Hrvatsko eZdravlje je među vodećima u Europi – imamo nacionalni eRecept, eUputnicu, eNaručivanje, eListe čekanja, eNalaz, eOtpusno pismo i velik broj projekata u tijeku. Za primjere vođenja obrade elektroničkih zapisa pacijenata vidi više u Wyatt, J.C., Wright, P., Medical records. I: design should help use of patient data. Lancet1998;352:1375–8.

Međutim, uvođenje informatizacije u zdravstvene sustave ima i svoje nedostatke. Kao prvi nedostatak mogli bi istaknuti visoku cijenu informacijsko-komunikacijskih tehnologija, koja je razumljiva jer se radi o visoko sofisticiranim i veoma složenim računalnim sustavima. Kao drugi nedostatak nameće se mogućnost zlorabe podataka o pacijentu, računalnih virusa te oštećenja informatičkog sustava.³⁵ Stoga je, uzevši u obzir da na jednom mjestu na Internetu postoji izrazito velik broj zdravstvenih informacija i osobnih podataka o pacijentu, nužna kontinuirana edukacija zaposlenika u zdravstvenom sustavu, kako bi se spriječile moguće negativne posljedice za privatni život pacijenta.³⁶

4.1. Sigurnosni izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-Zdravlja

Nagla ekspanzija trenda neovlaštene obrade velikih količina osobnih podataka poprimila je zabrinjavajuće razmjere na globalnoj razini. U današnjem suvremenom društvu organizacije sve više ovise o informacijsko – komunikacijskoj tehnologiji. Jedno od ključnih pitanja informatizacije zdravstva je sigurnost i to pitanje gdje se čuvaju osobni podaci, kome su sve i na koji način dostupni. Temeljni cilj zaštite informacijskih sustava u zdravstvu je zaštititi povjerljivost, dostupnost i integritet informacija o pacijentu. U zaštiti informacija potrebno je voditi računa o svim elementima sustava, odnosno o pacijentima, zaposlenicima, javnosti, poštivanju zakona i drugih propisa. Svi sudionici sustava moraju biti zadovoljeni u kontekstu zaštite integriteta, te zaštite i dostupnosti informacija.³⁷

Prilikom zaštite podataka potrebno je voditi računa o riziku sigurnosti osobnih podataka. Taj rizik proizlazi iz ranjivosti sustava i posljedica koje može prouzročiti. U zdravstvenim ustanovama najčešće postoji rizik od nedostupnosti podataka, neovlaštenog pristupa podacima i neovlaštenog mijenjanja podataka. Kako bi se ti rizici sveli na prihvatljivu razinu, potrebno je upravljati rizicima.

³⁵ O tome vidi Walton of Detchant, Doll R, Asscher W, et al., Consequences for research if use of anonymised patient data breaches confidentiality. *BMJ*1999;319:1366. Vidi i Liu, J.L.Y, Wyatt J.C, Altman, D.G., Exploring the definition and scope of clinical decision tools: focus on the problem, not the solution. Oxford: Working paper, Centre for Statistics in Medicine, Oxford University, 2002.

³⁶ E-zdravlje je jako širok pojam pa u ovisnosti kako ga tko shvaća, dobiva se različita slika stupnja razvoja e-Health infrastrukture u različitim državama, negdje je e-Health “običan” portal sa javnozdravstvenim i sličnim sadržajima te linkom “vi pitate - mi odgovaramo”, negdje će “papirati” recept koji se “usput” informatički registrira u središnji sustav radi analitike propisivanja nazvati elektroničkim receptom, a negdje postoje i pravi e-Health sustavi kao što su oni u Lombardiji, Kataloniji, Danskoj, Švedskoj pa i Hrvatskoj. Nizozemska je, uz Hrvatsku jedan od ranih implementatora HL7 norme, a i dalje ima elektronički recept koji radi ali ima neke nedostatke - primjerice morate kod liječnika odabrati ljekarnu u kojoj će podignut lijekove, radi na regionalnoj razini tako da lijek propisan u jednoj regiji ne možete podignuti u drugoj. U Kataloniji postoji potpuno integrirani sustav na različitim razinama zdravstvene skrbi, ali neke Španjolske regije i dalje su na papiru i olovci. O upravljanju obradom zapisa o pacijentima vidi više u Burns, F., Information for health. Leeds: NHS Executive, 1998.

³⁷ Vidi više u Sim, I, Gorman, P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc*2001;8:527–34.

„Tri su osnovna mehanizma za upravljanje rizicima:

- BSC (Balanced Scorecard) – strateška razina
- COBIT 4.1 + IT Risk (COBIT 5.0) – taktička razina
- ISO 27799; 2008 – operativna razina – konkretne aktivnosti.“³⁸

Prijetnje sigurnosti osobnih podataka u zdravstvenim ustanovama su specifične. One obuhvaćaju: namjerne i slučajne ljudske radnje unutar i izvan organizacije kao što su krađe podataka unutar organizacije i izvan nje, neovlašteni pristup podacima kao što je primjerice ostanak u programu nakon prestanka rada pa se drugi zaposlenik koristi programom pod tuđom lozinkom, nehotično slanje podataka na krive adrese, problemi sustava poput tehničkih greški, greški u funkcioniranju sustava, hardverske i softverske greške, zatim drugi problemi kao što su greške u održavanju, greške zaposlenika i sl. Upravljanje sigurnošću podataka u zdravstvu ne svodi se samo na sigurnost korisničkih imena i lozinki, već je potrebno voditi računa i o razvijanju svijesti o informacijskoj sigurnosti, provedbi edukacija o informacijskoj sigurnosti, kontroli pristupa podacima, provedbi disciplinskog postupka za kršenje sigurnosti, inzistirati na odgovornosti i ukidanju prava pristupa podacima.³⁹ Osim osobnih podataka pacijenata potrebno je osigurati sustav zaštite podataka o pacijentima koji su prikupljeni za potrebe nekih istraživanja (statističkih ili kliničkih), podatke koji služe za donošenje odluka u klinici (npr. podaci o reakciji na lijekove), te informacije o zdravstvenim djelatnicima, ostalom osoblju i volonterima.⁴⁰

4.2. Etički izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-Zdravlja

Za potrebe ovoga rada, u nastavku teksta istaknuti su etički izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-Zdravlja.. Radi boljeg razumijevanja teksta koji slijedi uvodno je važno definirati pojmove kao što su etika i medicinska etika te njihov odnos prema informacijama i zaštiti informacija. Etika se definira kao „filozofija morala ili filozofsko razmišljanje o moralu, moralnim problemima i moralnim sudovima. Njezin su predmet, najopćenitije rečeno, ljudsko djelovanje,

³⁸ Tako i šire Božić, V., „Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu“, MEDIX, Broj: 101/102, 2012., str. 220

³⁹ O upravljanju rizikom vidi više u Čizmić, J., Boban, M., Zlatović, D., „Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Split, 2016.

⁴⁰ Kao glavne preporuke za čuvanje sigurnosti baze podataka su stalna nadogradnja programskih paketa, odvajanje baze na sigurne segmente mreže, korištenje enkripcije pri transferu i skladištenju podataka te korištenje autorizacije autentifikacije i uloga za pristup bazama. Također, preporučljivo je redovito mijenjati lozinke za pristup bazama podataka, primjerice svaka 3 mjeseca s time da se ne mogu ponavljati one lozinke koje je korisnik koristio ranije. Ibidem.

i to moralno relevantno djelovanje te različiti oblici moralnog argumentiranja, obrazloženja i opravdanja morala.“⁴¹ Medicinska etika je jedna od specijalističkih oblasti etike kao znanstvene discipline, a spada u tzv. profesijske etike.⁴² Medicinska etika pomaže zdravstvenim radnicima da prepoznaju i riješe probleme etičke prirode. Posljednjih godina raste interes za medicinsku etiku sa mnogobrojnim pitanjima i moralnim dilemama koje proizlaze iz ubrzanog tehnološkog razvoja u medicini, otkrićima novih mogućnosti liječenja i razvoja tzv. zdravstvene informatike. Zaštita podataka zahtijeva jasna pravila o ponašanju osoba kojima su ti podaci dostupni i osoba koje ih obrađuju, odnosno upisuju ili mijenjaju, te se zbog prirode posla njima koriste u svakodnevnom radu. Zbog toga je nužno definirati pravila ponašanja i odnosa prema zdravstvenim podacima i informacijama općenito, a koje se odnose, u prvom redu na pacijenta, a potom i na zaposlenike zdravstvenih ustanova. Osim navedenog, značajan predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između zdravstvenog radnika i pacijenta u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni nego je i etički. U tom odnosu zdravstveni radnik je dužan pridržavati se načela medicinske etike. Etički principi Hipokratove zakletve su postali osnova medicinske etike i nikako se ne može osporiti njezin značajan doprinos razvoju suvremene medicine. Ta je zakletva opisna kao „najviši stupanj razvoja striktnih etičkih načela u medicini“.⁴³

Tijekom povijesti ova se zakletva često mijenjala, ali je na kongresu Međunarodnog saveza liječničkih društava u Ženevi 1948. godine zaključeno da Hipokratovu zakletvu treba prilagoditi današnjim shvaćanjima i potrebama. Ženevska liječnička prisega je to ovako odredila: „...Poštovat ću tajne onoga tko mi se povjeri...“⁴⁴ Polaganjem takve zakletve skreće se pažnja na uzvišena moralna načela na kojima se zasniva liječnička profesija. Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju etičkim kodeksima kojima se u pravilu utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati članovi pojedinih komora pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Takvi kodeksi mogu biti nacionalni i međunarodni.

⁴¹ Vidi Kregar, J., Marčetić, G., Grubišić, K., „Etika u politici i javnoj upravi“, Novi informator, 2016, str. 13

⁴² Prema Čizmić, J., Cvitković, M., Klari, A., „Zdravstveno strukovno staleško pravo“, Split 2017, str. 64

⁴³ Izvorni tekst Hipokratove zakletve, a koji se odnosi na zaštitu podataka, glasi: „...Što pri svojemu poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u komunikaciji s ljudima, ukoliko se ne bude smjelo javno znati, prešutjet ću i zadržat ću tajnu.“ Tako i šire Demarin, K., „Povijest medicine i sestrinstva s osnovama medicinske etike“ Priručnik za učenike, I izdanje, Školska knjiga, Zagreb 1984, str. 20

⁴⁴ Ibid., str. 87

Etički kodeksi su akti koji sadržavaju etičke norme izdvajajući pritom najvažnije odrednice odgovornosti pojedine struke. Upravo te moralne odrednice odgovornosti opravdavaju smisao profesije i vjerodostojnost profesije.

Brzina razvoja medicinske djelatnosti i znanstveno tehnoloških inovacija, kao i uvođenje informatičke tehnologije, donose nove moralne dileme pa se nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine. Mogućnost zloupotrebe podataka postaje sve veća jer je i mogućnost pristupa informacijama veća. U većini zemalja u svijetu pravila medicinske etike su danas utvrđena kao zasebni tekstovi (*tzv. kodeksi medicinske etike*) od strane različitih strukovnih udruga. *Međunarodna udruga medicinskih informatičkih znanosti* (dalje - **IMIA**) je svjetsko tijelo za zdravstvenu i biomedicinsku informatiku koja se zalaže za promicanje najbolje prakse u korištenju informacijskih i komunikacijskih tehnologija u zdravstvu.⁴⁵ IMIA je 2003. godine objavila Etički kodeks za zdravstvene informatičare (dalje u tekstu: Kodeks) koji predstavlja kumulaciju višegodišnjeg napora radne skupine za zaštitu podataka u zdravstvu. Pored njega pripremljen je i detaljan priručnik objašnjenja koja prate principe i odredbe Kodeksa. U Njemačkoj je, 2016. godine na sjednici Generalne skupštine IMIA, odobreno objavljivanje revizije Kodeksa i priručnika objašnjenja.⁴⁶ Obzirom da je informatičko područje u konstantnoj mijeni, Kodeks je fleksibilan da bi se prilagodio nadolazećim promjenama, ali i zbog činjenice da zdravstveni informatičari rade u drugačijim sredinama od onih u kojima rade neki drugi informatičari profesionalci. Etički kodeks zdravstvenih informatičara se temelji na osnovnim etičkim principima i sastoji se od dva dijela. Kada se primijene na situacije koje karakteriziraju informatičku sredinu, osnovni etički principi prerastaju u opće etičke principe informatičke etike. To su princip informacijske privatnosti i raspolaganja, otvorenosti, sigurnosti, dostupnosti, legitimnog kršenja, minimalno nametnute alternative i odgovornosti.⁴⁷ Privatnost je osnovno pravo svih ljudi, a time i kontrola prikupljanja, pohranjivanja, dostupnosti, uporabe, razmjene, rukovanja i raspolaganja s podacima o sebi. Prikupljanje, pohranjivanje, dostupnost, uporaba, razmjena, rukovanje i raspolaganje osobnim podacima mora biti dano na uvid subjektu podataka na primjeren način i pravovremeno. Podaci o nekoj osobi koji su legitimno prikupljeni trebaju biti zaštićeni sa svim mjerama od gubitka, degradacije, neautoriziranog uništenja, dostupnosti, uporabe, rukovanja,

⁴⁵ O Međunarodnoj udruzi medicinskih informatičkih znanosti vidi više na <http://imia-medinfo.org/wp/> (25. 02. 2019.)

⁴⁶ Revizija Kodeksa i priručnika objašnjenja dostupna je na <http://imia-medinfo.org/wp/imia-code-of-ethics> (25. 02. 2019.)

⁴⁷ IMIA-in etički kodeks za medicinske odnosno zdravstvene informatičare – profesionalce u medicinskoj odnosno zdravstvenoj informatici, Prvi dio - Uvod, B. Opći principi informatičke etike, točka 1 - 7

modifikacije ili razmjene. Osoba na koju se odnosi elektronički zapis ima pravo pristupiti zapisu i korigirati ga s obzirom na točnost, potpunost i važnost podataka u njemu. Svako kršenje prava privatnosti pojedinca i njegovih prava da nadzire osobne podatke mora biti odobreno od pojedinca u primjerenom roku i na primjeren način.

Drugi dio Kodeksa odnosi se na pravila etičkog ponašanja zdravstvenih informatičara koja se mogu podijeliti u šest općih poglavlja, a svako od njih se dalje dijeli na potpoglavlja. Opća poglavlja obilježavaju različita područja etičkih odnosa između zdravstvenih informatičara i specifičnih korisnika (subjekti elektroničkog zapisa, zdravstveno osoblje, institucije, društvo, profesija i obveze zdravstvenih informatičara), dok potpoglavlja ukazuju na specifičnosti tih odnosa.⁴⁸

4. ZAKLJUČAK

Sustav e-Zdravlja predstavlja informacijsko – komunikacijsku tehnologiju u sustavu zdravstvene zaštite putem koje se poboljšava pristup i kvaliteta medicinskih i poslovnih procesa koje provode zdravstvene ustanove i medicinsko osoblje prema pacijentima. Korisnici imaju moć lako i brzo prikupljati i razmjenjivati informacije, informacije postaju dostupnije, smanjuju se troškovi kroz on-line komunikaciju te čitav sustav postaje efikasniji, efektivniji i ekonomičniji. Unatoč brojnim prednostima, elektroničko poslovanje je u okviru zdravstva posebno osjetljiva oblast jer se putem interneta razmjenjuju povjerljivi, važni i osjetljivi podaci o nečijem zdravstvenom stanju. Zaštitom osobnih podataka od neodgovarajuće uporabe štiti se osoba jer se u tom slučaju ne radi o povredi podataka u klasičnom smislu te riječi već se radi o povredi osobe. Unutar informacijskih sustava zaštita osobnih podataka ima iznimno veliku važnost i postala je jedno od najznačajnijih društvenih pitanja. Informacijska sigurnost podrazumijeva zaštitu informacija od prijetnji. Postiže se upravljanjem rizicima u organizaciji i poštivanjem zakona i drugih pravnih propisa. Računala su omogućila brzu pretragu velike količine podataka što je korisno i za medicinske podatke, ali se ukazala potreba sprječavanja zlouporabe te velike količine lako dostupnih osobnih podataka. Zbog toga je bilo potrebno donijeti propise koji će regulirati ovo područje. U praksi se u zdravstvu premalo pažnje posvećuje zaštiti osobnih podataka i profesionalnoj liječničkoj tajni.

⁴⁸ Ibidem.

Kako bi se kvalitetno provodio zakon potrebno je provesti izobrazbu zdravstvenih djelatnika za adekvatan rad na računalu jer korisnici računala moraju biti upoznati s mogućim rizicima uporabe te opreme i moraju znati načine kako spriječiti njihovo nastupanje. Opća uredba o zaštiti podataka nadzornim tijelima daje moć kontrole i kažnjavanja. Ispunjavanje njezinih zahtjeva zahtijeva angažiranost cijele organizacije, od menadžmenta do neposrednih izvršitelja. Nužno je krenuti od upravljanja rizicima, a što predstavlja osnovu izgradnje sustava za upravljanje informacijskom sigurnošću. Opća uredba o zaštiti podataka usklađuje zakone o zaštiti podataka u Europskoj uniji te mijenja način pristupa zaštiti podataka. U današnjem digitalnom okruženju poštivanje zakona nije dovoljno već moramo uzeti u obzir i etičku dimenziju zaštite osobnih podataka. Nužno je definirati pravila ponašanja i odnosa prema posebnoj kategoriji osobnih podataka, tj. podacima koji se odnose na zdravlje. Razvijajući svijest o važnosti zaštite takvih podataka istodobno pridonosimo prevladavanju svih ranije spomenutih izazovima zaštite osobnih podataka u sustavu e-Zdravlja.

LITERATURA:

1. Fors, P., „GDPR Compliance“, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. Vidi i FERNANDEZ, P. C., „Flexibility Clauses in the General Data Protection Regulation: The “Swiss Cheese” of EU Data Protection Law? A Study of the Flexibility Clauses Within the GDPR and the Possibility of Them Hampering the Attainment of the Objectives of the Regulation“, 2016.
2. Calder, A, EU GDPR & EU-US Privacy Shield: A Pocket Guide, IT Governance Ltd, 2017., str. 76-80
3. Bergus GR, Cantor SB, Ebell MH, et al. A glossary of medical decision making terms. *Med Decis Making* 1995;22:385–93.
4. Božić, V., „Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu“, MEDIX, Broj: 101/102, 2012., str. 220
5. Bronzino, J.D., Medical Devices and Systems, CRC Press, 2006.
6. Burns, F., Information for health. Leeds: NHS Executive, 1998.
7. Callens, S. The EU legal framework on e-health. U E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten i Hervey, T., (Ur.), Health systems governance in Europe: The role of European Union law and policy, 2010., str. 561–588
8. Coiera E., Glossary. In: A guide to medical informatics, the internet and telemedicine. New York: Chapman and Hall, 1997:339–50.
9. Čizmić, J., Boban, M., „Utjecaj novih tehnologija na zaštitu tajnosti podataka i informacijsku sigurnost“, Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem „Pravo na pristup informacijama i zaštita osobnih podataka“, Pravni fakultet u Splitu, Split, 2015., str. 67-104.

10. Čizmić, J., Boban, M., „Učinak nove EU Uredbe 2016/679 (GDPR) na zaštitu osobnih podataka u Republici Hrvatskoj“, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Vol.39 No.1 Travanj (2018.), str. 381
11. Čizmić, J., Cvitković, M., Klarić, A., „Zdravstveno strukovno staleško pravo“, Split 2017.
12. Degoulet, P., Fieschi, M., Introduction to Clinical Informatics, Springer Science & Business Media, 2012.
13. Demarin, K., „Povijest medicine i sestrinstva s osnovama medicinske etike“ Priručnik za učenike, I izdanje, Školska knjiga, Zagreb 1984, str. 20
14. Deželić, Đ., Medicinska informatika. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, 1997.
15. Gertz, M., Guldentops, E., Strous, L., (ed.), „Integrity, internal control and security in information systems: connecting governance and technology“, IFIP TC11/WG11.5 Fourth Working Conference on Integrity and Internal Control in Information Systems, November 15-16, 2001, Brussels, Belgium. Springer, 2002.
16. Gobeo, A., Fowler, C., Buchanan, W. J., „GDPR and Cyber Security for Business Information Systems“, River Publishers, 2018., str. 70.
17. Hrvatska komora medicinskih sestara, službene stranice, dostupno na <https://edu.hkms.hr/mod/forum/discuss.php?d=38>
18. Iakovidis, I., Wilson, P., Healy, J. C., E-health: Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-health Applications, IOS Press, 2004.
19. Izvješće Agencije Europske unije za mrežnu i informacijsku sigurnost, dostupno na <https://www.enisa.europa.eu/publications/privacy-and-data-protection-by-design>
20. Kregar, j., Marčetić, G., Grubišić, K., „Etika u politici i javnoj upravi“, Novi informator, 2016, str. 13
21. Lawlor D.A., Stone T., Public health and data protection: an inevitable collision or potential for a meeting of minds. Int J Epidemiol2001;30:1221–5.
22. Masys D.R., Brennan P.F., Ozbolt J.G., et al. Are medical informatics and nursing informatics distinct disciplines? The 1999 ACMI debate. J Am Med Inform Assoc2000;7:304–12.
23. Međunarodna udruga medicinskih informatičkih znanosti, službene stranice, <http://imia-medinfo.org/wp/>
24. National HealthKey Collaborative. Securing the exchange and use of electronic health information to improve the nation's health: a summary report to the community. New York: The Robert Wood Johnson Foundation, 2001.
25. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S., E.-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije, Društvena istaživanja, Zagreb, God. 21 (2012), br. 4 (118), str. 843-862, doi:10.5559/di.21.4.02

26. Petrovečki, M., Uvod u medicinsku informatiku, (inačica 1.05, siječanj 2002.), dostupno na http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm
27. Revizija Kodeksa i priručnika objašnjenja, IMIA, dostupno je na <http://imia-medinfo.org/wp/imia-code-of-ethics>
28. Rodrigues, R. J. Opportunities and challenges in deployment of global e-health. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 5(3/4/5), 2003., 335–358. doi:10.1504/IJHTM.2003.004173
29. Sharma, A., Deshkar, N., Wadhawan, K., Kearns-Manolatos, D, Nangla, A., Seolikar, A., Yeung, S., Das, S., Patil, R., „Privacy & GDPR for Digital Platforms“, Synchrotron Inc, 2018., str. 27
30. Shortliffe E. H., The science of biomedical computing. *Med Inform* 1984;9:185-93.
31. Sim I, Gorman P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc* 2001;8:527–34
32. Sim, I, Gorman, P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc* 2001;8:527–34.
33. Strateški plan razvoja eZdravlja u republici Hrvatskoj – SPeZ dostupan je na https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan_razvoja_eZdravlja.pdf
34. Tankard, C., „What the GDPR means for businesses“, *Network Security* 2016(6):5-8, June, 2016.
35. UREDBA (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) usvojena je 27. svibnja 2016. godine, dostupno na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
36. Van Bommel J. H, Musen M. A. What is medical informatics? U: van Bommel JH, Musen MA, ur. *Handbook of medical informatics*. Houten/Diegem: Springer, 1997:xxxi-xxxiv.
37. Van Bommel J.H., Duisterhout J.S., Data and information. U: van Bommel JH, Musen MA, ur. *Handbook of medical informatics*. Houten/Diegem: Springer, 1997., str. 3-34.
38. Van Bommel, J.H., The structure of medical informatics. *Med Inform* 1984;9:175-80.
39. Walton of Detchant, Doll R, Asscher W, et al., Consequences for research if use of anonymised patient data breaches confidentiality. *BMJ* 1999;319:1366. Vidi i Liu, J.L.Y, Wyatt J.C, Altman, D.G., Exploring the definition and scope of clinical decision tools: focus on the problem, not the solution. Oxford: Working paper, Centre for Statistics in Medicine, Oxford University, 2002.

40. Webster, F., Theories of the Information Society“, Cambridge: Routledge, 2002., str. 10

41. Wyatt, J.C., Wright, P., Medical records. I: design should help use of patient data. Lancet 1998;352:1375–8.

E-HEALTH: PROTECTION OF PERSONAL DATA IN NEW CONDITIONS

The focus of the presentation is on the analysis of the existing legal regulation in the field of personal data protection, with particular reference to the security, legal and ethical challenges of personal data protection in e-health, and the definition of basic quality data protection principles based on the Regulation. Particular emphasis will be placed on the issue of information security and health protection: status, tasks and regulations (standards and regulations) in the light of ethics and personal data security, namely in terms of anonymization and pseudonymization of personal data.

Key words: *anonymization, e-health, ethics, information technology, GDPR, personal data, privacy, legal framework, pseudonymization, security, protection*

Dr. sc. Maja Proso, docentica
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

PRAVO PACIJENTA NA ZAŠTITU OSOBNIH PODATAKA O ZDRAVLJU U PREKOGRANIČNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

UDK:342.721 : 614

Primljeno: 18. veljače 2019.

Izvorni znanstveni rad

Pravo na zaštitu osobnih podataka temeljno je pravo pojedinca sadržano u nizu međunarodnih i nacionalnih pravnih dokumenata. Posebnu zaštitu uživaju posebne kategorije osobnih podataka, kao one o zdravstvenom stanju pacijenta. U radu autorica izlaže pojam osobnog podatka o zdravlju, analizira pravni okvir zaštite osobnih podataka, posebice osobnog podatka o zdravlju (pacijenta) de lege lata, predlaže pravna rješenja jače zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) de lege ferenda, s posebnim osvrtom na pitanje modaliteta zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) u kontekstu prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ključne riječi: *osobni podaci o zdravlju, pacijent, prekogranična zdravstvena zaštita.*

1. UVOD

Tehnološki razvoj i globalizacija dovode do pojave novih izazova u zaštiti osobnih podataka. Opseg prikupljanja i razmjene osobnih podataka svakodnevno se povećava. Tehnologijom se privatnim društvima i tijelima javne vlasti omogućuje uporaba osobnih podataka u dosada neviđenom opsegu radi ostvarenja njihovih djelatnosti. Pojedinci svoje osobne informacije sve više čine dostupnima javno i globalno. Tehnologija je preobrazila i gospodarstvo i društveni život, ali bi ujedno trebala olakšavati slobodan protok osobnih podataka osiguravajući pri tome visoku razinu zaštite osobnih podataka. Možda je upravo u zdravstvenoj djelatnosti najbolje vidljiv tehnološki napredak suvremenog društva, koristi, ali i potencijalne opasnosti i zamke koje digitalizacija i informatizacija u medicini donose pravima pacijenata, a posebno njegovom pravu na privatnost, poglavito pravu na zaštitu pacijentovih osobnih podataka o zdravlju.¹ Osobni zdravstveni

¹ „U okviru zaštite osobnih podataka posebno mjesto zauzima zaštita medicinskih osobnih podataka. Podaci o zdravstvenom stanju osoba vrlo su značajni, spadaju u specifične podatke i potrebne su stroge norme koje će regulirati pristup tim podacima u pogledu ovlaštenih osoba i pod kojim uvjetima. Zahtijeva se točnost tih podataka, ali je isto tako potreban i brz pristup.“, Dulčić, K., Bodiroga-Vukobrat, N., Zaštita osobnih podataka

podatci su vrlo osjetljiva kategorija podataka čije neopravdano objavljivanje može prouzročiti posramljenost, stigmatizaciju i diskriminaciju pojedinca u društvu, odnosno povredu osobnih neimovinskih dobara osobe čiji su zdravstveni podaci objavljeni.² Jedno od područja koje dijelom uređuje Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: Direktiva 2011/24/EU)³ je i prekogranični prijenos i zaštita osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Direktivom 2011/24/EU utvrđuju se pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Danas je posebice važno pitanje prekograničnog prijenosa, upotrebe i zaštite osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Snažan razvoj zdravstvenih inovacija i sustava mobilnog zdravstva (m-zdravstvo), kao i e-zdravstva (elektronsko zdravstvo) omogućio je prikupljanje i obradu velike količine osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) pri uporabi tehnologija mobilnog i elektronskog zdravstva, te je otvorio pitanje osiguranja načina i postupaka za ojačanje sigurnosti i zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta). U radu autorica izlaže pojam osobnog podatka o zdravlju u svjetlu novog pravnog uređenja zaštite osobnih podataka, analizira pravni okvir zaštite osobnih podataka, posebice osobnog podatka o zdravlju (pacijenta) de lege lata, predlaže pravna rješenja jače zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) de lege ferenda, s posebnim osvrtom na pitanje modaliteta zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) u kontekstu prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

2. PRAVNI OKVIR ZAŠTITE OSOBNOG PODATKA O ZDRAVLJU

Sustav zaštite osobnih podataka u Europi temelji se na Konvenciji br. 108 Vijeća Europe, pravnim aktima Europske unije (EU), kao i sudskoj praksi Europskog suda za ljudska prava i Suda Europske unije. Ugovor o funkcioniranju Europske unije

¹ pacijenta u europskom i hrvatskom pravu, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 29., no. 1., 2008., str. 373.

² Orentlicher, D., Prescription Data Mining and the Protection of Patients' Interests, Journal of Law, Medicine & Ethics, Vol. 38., No. 1., 2010., str. 76.

³ Službeni list L 88, 4. 4. 2011. Direktiva 2011/24/EU je potpisana 9. ožujka 2011. u Strasbourgu, a stupila je na snagu dvadesetog dana od dana objave u Službenom listu Europske unije. Države članice trebale su prenijeti Direktivu 2011/24/EU u nacionalna zakonodavstva do 25. listopada 2013. godine.

u članku 16. (bivši čl. 286. UEZ-a)⁴ ističe da: „Svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka. Europski parlament i Vijeće, odlučujući u skladu s redovnim zakonodavnim postupkom, utvrđuju pravila o zaštiti pojedinaca s obzirom na obradu osobnih podataka u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Unije te u državama članicama kad obavljaju svoje aktivnosti u području primjene prava Unije i pravila o slobodnom kretanju takvih podataka. Poštovanje tih pravila podliježe nadzoru neovisnih tijela.“. Sukladno čl. 1. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, iz 1950. godine⁵, države ugovornice su dužne osigurati za sve osobe pod njihovom jurisdikcijom prava i slobode zajamčene u dijelu I Konvencije. Ako je država ratificirala dodatne Protokole br. 1., 4., 6. ili 7.⁶ ta se obveza odnosi i na prava i obveze sadržane u pripadajućim protokolima. Pored materijalnih odredbi Europska konvencija sadrži i odredbe kojima se osigurava da zemlje ugovornice poštuju obveze prema Konvenciji. Nadzor nad provođenjem Konvencije prvenstveno je na državnim tijelima države ugovornice, posebice na nacionalnoj sudbenoj vlasti. Ovo implicira i čl. 13., koji predviđa “učinkovit pravni lijek pred nacionalnim vlastima”⁷. Konvencija za zaštitu osoba glede automatske obrade osobnih podataka (ETS broj 108)⁸ omogućuje zaštitu pojedinaca za slučaj povreda osobnih podataka vezanih uz automatsko prikupljanje i obradu osobnih podataka, ujedno omogućavajući nesmetan međunarodni protok takvih podataka. Za potpisivanje je otvorena 1981.g.⁹ Odredba članka 1. određuje kako: „svakoj fizičkoj osobi, bez obzira na njezino državljanstvo i boravište, na području svake stranke, osigurati poštovanje njezinih prava i temeljnih sloboda, a osobito njezino

⁴ Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty establishing the European Community (Official Journal of the European Union C 306, 17.12.2007.); Lisabonski ugovor Europske unije - Konsolidirani tekst Ugovora o Europskoj uniji (Maastricht, 1992.) - Konsolidirani tekst Ugovora o funkcioniranju Europske unije (Rim, 1957.): protokoli, prilozi i izjave, Adrias, No. 16., Zagreb – Split, 2009.; Čapeta, T., Europska unija po Lisabonskom ugovoru, Hrvatska javna uprava, god. 10., br. 1., 2010., str. 35. – 47.

⁵ Temeljem čl. 1. Zakona o potvrđivanju Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i Protokola br. 1., 4., 6., 7. i 11., NN “Međunarodni ugovori” br. 18 od 28. listopada 1997., Konvencija je postala dijelom hrvatskog pravnog poretka te u skladu s odredbom čl. 140. Ustava RH, NN 41/2001, ima nadzakonsku snagu.

⁶ Republika Hrvatska je pristupnica navedenih protokola.

⁷ Članak 13. Pravo na djelotvoran pravni lijek „Svatko čija su prava i slobode koje su priznate u ovoj Konvenciji povrijeđeni, ima pravo na djelotvorna pravna sredstva pred domaćim državnim tijelom čak i u slučaju kad su povredu počinile osobe koje su djelovale u službenom svojstvu.“

⁸ Konvencija za zaštitu osoba glede automatske obrade osobnih podataka, ETS No.108, Strasbourg, 28.01. 1981., <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/8268613> (5.01.2017.)

⁹ Republika Hrvatska potpisala je Konvenciju ETS br. 108 5. lipnja 2003. u Strasbourgu, a Hrvatski sabor donio je na sjednici 14. travnja 2005. godine Zakon o potvrđivanju Konvencije za zaštitu osoba glede automatizirane obrade osobnih podataka i Dodatnog protokola uz konvenciju za zaštitu osoba glede automatizirane obrade osobnih podataka u vezi nadzornih tijela i međunarodne razmjene podataka (Narodne novine, br. 04/05.). Konvencija i Dodatni protokol stupili su na snagu 1. listopada 2005. godine.

pravo na privatnost glede automatizirane obrade osobnih podataka koji se na nju odnose(zaštita podataka)“.

Ugovorom iz Lisabona (tzv. Reformskim ugovorom), koji je potpisan 13. prosinca 2007. godine¹⁰, Povelja temeljnih ljudskih prava EU¹¹ postaje dijelom primarnoga europskoga prava, te nakon stupanja na snagu Ugovora postaje pravnoobvezujuća. U glavi I. Povelje temeljnih ljudskih prava EU, dostojanstvo čovjeka proglašava se najvećom vrijednošću, te temeljnim i moralnim ishodištem na kojemu se zasniva Europska unija. U članku 3. Povelje temeljnih ljudskih prava EU, koji štiti osobni integritet, predviđa se da svatko ima pravo na poštivanje svog fizičkog i psihičkog integriteta a da se na području medicine i biologije posebno moraju poštivati, između ostalog, i slobodan i informirani pristanak zainteresirane osobe.¹² Člankom 8. Povelje temeljnih ljudskih prava, regulira se “zaštita osobnih podataka” u širokom shvaćanju.¹³ Tako se utvrđuje kako svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka a takvi se podaci moraju pravično upotrebljavati za određene svrhe, i to uz pristanak zainteresirane osobe, odnosno na temelju neke druge legitimne osnove propisane zakonom. Svatko ima pravo pristupa podacima koji se odnose na njega ili nju te pravo da se oni isprave. Poštivanje ovih pravila nadzirat će, prema Povelji, neovisno tijelo.¹⁴

Velik iskorak u području zaštite osobnih podatka i informacijske sigurnosti predstavljaju odredbe nove Opće uredbe o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka 2016/679¹⁵ (dalje u tekstu: GDPR) i njenim stupanjem na snagu 25. svibnja 2018. godine, kojim se

¹⁰ Pernice, I, Griller, S. Ziller, J., eds., “The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights”, The Lisbon Treaty: EU Constitutionalism without a Constitutional Treaty? (Wien New York: Springer), 2008., http://www.judicialstudies.unr.edu/JS_Summer09/JSP_Week_1/Pernice%20Fundamental%20Rights.pdf, (9. 02.2019.)

¹¹ 15 Povelja temeljnih ljudskih prava EU, Službeni list Europske unije, C 303/1.

¹² Članak 3. Povelje temeljnih ljudskih prava „ Svatko ima pravo na poštivanje svoga fizičkog i psihičkog integriteta. 2. Na području medicine i biologije posebno se moraju poštivati sljedećanačela:– slobodan i informirani pristanak zainteresirane osobe, sukladno zakonom propisanom postupku;– zabrana eugenetičkih postupaka, posebice onih kojima je cilj selekcijaosoba;– zabrana korištenja ljudskih tijela ili dijelova tijela kao izvora financijske zarade;zabrana reproduktivnog kloniranja ljudskih bića ”

¹³ Akrivopoulou, C.- Athanasios, E.P., Personal data privacy and protection in a surveillance era: technologies and practices, Information science reference, Hershey, New York, 2011., str. 143.

¹⁴ Article 8., Protection of personal data “ 1. Everyone has the right to the protection of personal data concerning him or her.2. Such data must be processed fairly for specified purposes and on the basis of the consent of theperson concerned or some other legitimate basis laid down by law. Everyone has the right of access to data which has been collected concerning him or her, and the right to have it rectified.3. Compliance with these rules shall be subject to control by an independent authority.“

¹⁵ Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka),Službeni list Europske Unije L 119/1.

Direktiva 95/46/EC¹⁶ stavila van snage. Fragmentiranost pravnih uređenja zaštite osobnih podataka u EU, koja rezultira pravnom nesigurnošću svih građana EU, samo su neki od razloga za donošenje novog pravnog okvira zaštite osobnih podataka u EU.¹⁷ GDPR definira osobni podatak na način da uključuje i podatke “o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca;” čime se po prvi put definiraju biometrijski podaci kao osobni podaci te se, ujedno, uvodi pojam „mrežni identifikator“ kao i sama obrada „lokacije“(GDPR, čl. 4 st. 1.)¹⁸ Bitno je napomenuti kako GDPR odredbom članka 7. određuje nova, stroža i jasnija pravila koja se tiču davanja privole na upotrebu osobnih podataka. Odredba članka 9. Uredbe, uređuje zabranu obrade¹⁹, osjetljivih podataka, ili, kako ih Uredba naziva, posebnih kategorija osobnih podataka. To su i dalje podaci koji otkrivaju rasno ili etničko podrijetlo, politička mišljenja, vjerska ili filozofska uvjerenja ili članstvo u sindikatu, podaci koji se odnose na zdravlje ili podaci o spolnom životu ili seksualnoj orijentaciji pojedinca.²⁰

¹⁶ Smjernica 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995.o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka, Službeni list Europske unije, L 281/31.

¹⁷ Voigt, P.-Bussche, von dem A; The EU General Data Protection Regulation (GDPR), Springer, 2017. str.2.

¹⁸ „Osobni podaci” označavaju sve podatke koji se odnose na pojedinca čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi („ispitanik”); pojedinac čiji se identitet može utvrditi jest osoba koja se može identificirati izravno ili neizravno, osobito uz pomoć identifikatora kao što su ime, identifikacijski broj, podaci o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca;“ GDPR, čl. 4. st. 11.

¹⁹ Članak 4., t. 2 definira obradu osobnih podataka na način da se pod tim pojmom podrazumijeva: «obrada znači svaki postupak ili skup postupaka koji se obavljaju na osobnim podacima ili na skupovima osobnih podataka, bilo automatiziranim bilo neautomatiziranim sredstvima kao što su prikupljanje, bilježenje, organizacija, strukturiranje, pohrana, prilagodba ili izmjena, pronalaženje, obavljanje uvida, uporaba, otkrivanje prijenosom, širenjem ili stavljanjem na raspolaganje na drugi način, usklađivanje ili kombiniranje, ograničavanje, brisanje ili uništavanje.»

²⁰ Stavak 2. članka 9. Uredbe određuje uvjete pod kojim se posebne kategorije osobnog podatka mogu obrađivati: ispitanik je dao izričitu privolu za obradu tih osobnih podataka za jednu ili više određenih svrha, osim ako se pravom Unije ili pravom države članice propisuje da ispitanik ne može ukinuti zabranu iz stavka 1., obrada je nužna za potrebe izvršavanja obveza i ostvarivanja posebnih prava voditelja obrade ili ispitanika u području radnog prava i prava o socijalnoj sigurnosti te socijalnoj zaštiti u mjeri u kojoj je to odobreno u okviru prava Unije ili prava države članice ili kolektivnog ugovora u skladu s pravom države članice koje propisuje odgovarajuće zaštitne mjere za temeljna prava i interese ispitanika; obrada je nužna za zaštitu životno važnih interesa ispitanika ili drugog pojedinca ako ispitanik fizički ili pravno nije u mogućnosti dati privolu; obrada se provodi u sklopu legitimnih aktivnosti s odgovarajućim zaštitnim mjerama zaklade, udruženja ili drugog neprofitnog tijela s političkim, filozofskim, vjerskim ili sindikalnim ciljem te pod uvjetom da se obrada odnosi samo na članove ili bivše članove tijela ili na osobe koje imaju redovan kontakt s njom u vezi s njezinim svrhama i da osobni podaci nisu priopćeni nikome izvan tog tijela bez privole ispitanika; obrada se odnosi na osobne podatke za koje je očito da ih je objavio ispitanik; obrada je nužna za uspostavu, ostvarivanje ili obranu pravnih zahtjeva ili kad god sudovi djeluju u sudbenom svojstvu; obrada je nužna za potrebe značajnog javnog interesa na temelju prava Unije ili prava države članice koje je razmjerno željenom cilju te kojim se poštuje bit prava na zaštitu podataka i osiguravaju prikladne i posebne mjere za zaštitu temeljnih prava i interesa ispitanika; obrada je nužna za potrebe značajnog javnog interesa na temelju prava Unije ili prava države članice koje je razmjerno željenom cilju te kojim se poštuje bit prava na zaštitu podataka i osiguravaju prikladne

2.1 Osobni podatak o zdravlju

Podaci o zdravstvenom stanju osoba spadaju u specifične, osjetljive podatke i potrebne su stroge norme koje će regulirati pristup tim podacima u pogledu ovlaštenih osoba i pod kojim uvjetima. Zahtijeva se točnost tih podataka, ali je isto tako potrebno omogućiti brz pristup istima. Ukoliko to nedostaje, posljedice mogu biti kobne.²¹ Budući da postupanje s osobnim podatkom tako osjetljive prirode kakav je osobni podatak o zdravlju (pacijenta) zahtijeva visoki stupanj povjerljivosti, širok je i spektar eventualnih povreda tog prava.

Postavlja se, između ostalog, pitanje kruga osoba koji bi bili dužni čuvati povjerljivost osobnih podataka o zdravlju pacijenta (tko i pod kojim uvjetima ima obvezu čuvanja tzv. profesionalne tajne, kao i situacija u kojima ne bi postojala takva obveza itd.)²² Osobni podaci koji se odnose na zdravlje trebali bi obuhvaćati sve podatke koji se odnose na zdravstveno stanje ispitanika, a koji otkrivaju informacije u vezi s prijašnjim, trenutačnim ili budućim fizičkim ili mentalnim zdravstvenim stanjem ispitanika. To uključuje informacije o pojedincu prikupljene tijekom registracije za ili tijekom pružanja tom pojedincu zdravstvenih usluga kako je navedeno u Direktivi 2011/24/EU broj, simbol ili oznaku koja je pojedincu dodijeljena u svrhu njegove jedinstvene identifikacije za zdravstvene svrhe; informacije izvedene iz testiranja ili ispitivanja dijela tijela ili tjelesne tvari, među ostalim iz genetskih podataka i bioloških uzoraka; i bilo kakvu informaciju o, na primjer, bolesti, invalidnosti, riziku od bolesti, medicinskoj povijesti, kliničkom tretmanu ili fiziološkom ili biomedicinskom stanju ispitanika neovisno o njegovu izvoru, kao na primjer od liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika, bolnice, medicinskog uređaja ili dijagnostičkog testa *in vitro*.²³

i posebne mjere za zaštitu temeljnih prava i interesa ispitanika; obrada je nužna u svrhu preventivne medicine ili medicine rada radi procjene radne sposobnosti zaposlenika, medicinske dijagnoze, pružanja zdravstvene ili socijalne skrbi ili tretmana ili upravljanja zdravstvenim ili socijalnim sustavima i uslugama na temelju prava Unije ili prava države članice ili u skladu s ugovorom sa zdravstvenim radnikom te u skladu s uvjetima i zaštitnim mjerama iz stavka 3., obrada je nužna u svrhu javnog interesa u području javnog zdravlja kao što je zaštita od ozbiljnih prekograničnih prijetnji zdravlju ili osiguravanje visokih standarda kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi te lijekova i medicinskih proizvoda, na temelju prava Unije ili prava države članice kojim se propisuju odgovarajuće i posebne mjere za zaštitu prava i sloboda ispitanika, posebno čuvanje profesionalne tajne; obrada je nužna u svrhe arhiviranja u javnom interesu, u svrhe znanstvenog ili povijesnog istraživanja ili u statističke svrhe u skladu s člankom 89. stavkom 1. na temelju prava Unije ili prava države članice koje je razmjerno cilju koji se nastoji postići te kojim se poštuje bit prava na zaštitu podataka i osiguravaju prikladne i posebne mjere za zaštitu temeljnih prava i interesa ispitanika.

²¹ Hondius, F.W.: Protecting Medical and Genetic Data, European Journal of Health Law, br. 4.1997., str. 364.

²² O dužnosti vođenja i čuvanja medicinske dokumentacije (koja sadrži osobne podatke pacijenata, pretežito, ali ne i isključivo o zdravlju, kao i o obvezi čuvanja profesionalne tajne vidi više u: Čizmić, J., Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenata, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci (1991) v. 29, br. 1, (2008.)

²³ Točka 35 Preambule GDPR

3. DIREKTIVA 2011/24/EU O PRAVIMA PACIJENATA U PREKOGRANIČNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Direktiva 2011/24/EU usmjerena je na uspostavljanje pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u Uniji i osiguravanje mobilnosti pacijenata, kao i njihovih osobnih podataka o zdravlju, putem dobrovoljne mreže tzv. e- zdravstva u državama članicama EU. Direktiva se primjenjuje na pacijente koji odluče tražiti zdravstvenu zaštitu u državi članici koja nije država članica čijem sustavu pripadaju. Cilj je i unapređenje suradnje u području zdravstvene zaštite između država članica uz istodobno poštovanje odgovornosti država članica za određivanje davanja socijalne sigurnosti koja se odnose na zdravstvo, kao i za organizaciju i pružanje zdravstvene zaštite i medicinske skrbi te za određivanje davanja socijalne sigurnosti, posebno za bolest. Utvrđuju se pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Točka 25. Preambule Direktive 2011/24/EU navodi kako osiguranje kontinuiteta prekogranične zdravstvene zaštite ovisi o prijenosu osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Potrebno je omogućiti protok osobnih podataka iz jedne države članice u drugu, ali istodobno treba zaštititi temeljna prava osoba. Direktivom 95/46/EZ utvrđivalo se pravo osoba na pristup svojim osobnim podacima o zdravlju, na primjer podacima u svojim zdravstvenim kartonima koji sadrže podatke poput dijagnoza, rezultata pregleda, ocjena liječnika i svih obavljenih postupaka liječenja ili intervencija. Te se odredbe trebalo primjenjivati i u kontekstu prekogranične zdravstvene zaštite, što se i činilo, sukladno pravnim pravilima određenima Direktivom 95/46/EC, do stupanja na snagu GDPR-a.²⁴ Zdravstvena zaštita po prirodi može biti planirana ili neplanirana, a s obzirom na mogućnost provođenja, može biti ona koja se može provesti u Republici Hrvatskoj i ona koja se ne može provesti u Republici Hrvatskoj. Neplanirano korištenje zdravstvene zaštite koja se inače može provesti u Republici Hrvatskoj najčešće je rezultat bolesti ili, pak, nezgode tijekom putovanja izvan granica RH.. U takvim situacijama, osigurana osoba Hrvatskog zavoda HZZO-a, koja se za vrijeme svog privremenog boravka na području druge države članice EU iznenada razboli, ozlijedi ili doživi nesreću, ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može dogoditi do njezinog planiranog povratka u Hrvatsku, a na teret sredstava HZZO-a. Neodgodiva zdravstvena zaštita je i zdravstvena zaštita u vezi

²⁴ Naime, odredbom stavka 2., članka 94. GDPR određeno je kako se upućivanja na direktivu koja je stavljena izvan snage (Direktiva 95/46/EZ stavljena je van snage 25.svibnja 2018., kada je stupio na snagu GDPR- st.1. članka 94.) tumače se kao upućivanja na ovu Uredbu.

s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije bio liječenje.. U svim navedenim slučajevima, osigurana osoba koristi zdravstvenu zaštitu pod uvjetima pod kojima ju koriste i osigurane osobe države članice u kojoj se nalaze. Pa tako imaju i obvezu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (participacija) za postupke, dijagnoze i iznose koji vrijede za tamošnje osigurane osobe. Ukoliko se, pak, radi o planiranom liječenju van granica domicilne države, može se raditi o bolesti koja se može ili koja se ne može uspješno liječiti u RH. Kada se liječenje ne može uspješno provesti u RH, osiguranoj osobi može se odobriti pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo. Navedeno je uređeno Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite.²⁵ Posebno područje predstavlja planirana prekogranična zdravstvena zaštita unutar EU koja se može provesti u matičnoj državi, ali osigurane osobe iz nekog razloga tu zdravstvenu zaštitu žele provesti u drugoj državi članici. To je područje uređeno Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu; ZOZO), pripadajućim podzakonskim propisima i općim aktima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu; HZZO).²⁶ Podatke o pružateljima zdravstvenih usluga u drugoj državi članici pacijent može zatražiti od Nacionalnih kontaktnih točaka, a HZZO je Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj.²⁷

3.1. Osobni podatak o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

Podaci koji se odnose na zdravlje”, definirani su točkom 15. članka 4. GDPR-a na način da znače osobne podatke povezane s fizičkim ili mentalnim zdravljem pojedinca, uključujući pružanje zdravstvenih usluga, kojima se daju informacije o njegovu zdravstvenom statusu. Temeljni uvjet za uspješnost provođenja prekograničnih zdravstvenih usluga je povjerenje korisnika tih usluga (pacijenata) da njihova privatnost neće biti ugrožena, odnosno da podatci o njegovom zdravlju neće biti zlouporabljani. Pravo na zaštitu osobnih podataka jedno je od temeljnih prava zajamčeno člankom 8. Povelje o temeljnim pravima Europske unije. Međutim, osiguravanje kontinuiteta prekogranične zdravstvene zaštite pacijenta ovisi o prijenosu podataka o pacijentovu zdravstvenom stanju. Mora se, dakle, omogućiti da podaci o pacijentovu zdravstvenom stanju za potrebe njegovog liječenja budu, ukoliko je to potrebno, dostupni u nekoj drugoj državi članici, ali poštujući pravo na zaštitu osobnih podataka pacijenta. Podaci o pacijentovom zdravstvenom stanju spadaju u kategoriju, kako ih GDPR u članku 9. naziva, posebnih .osobnih podataka, uz podatke koji otkrivaju rasno ili etničko podrijetlo,

²⁵ Narodne novine, br. 160/13, 11/15, 16/15, 113/16, **34/18**.

²⁶ Narodne novine, br. 80/13, 137/13.

²⁷ Odredba članka 32. ZOZO.

politička mišljenja, vjerska ili filozofska uvjerenja ili članstvo u sindikatu te obrada genetskih podataka, biometrijskih podataka u svrhu jedinstvene identifikacije pojedinca, podataka o spolnom životu ili seksualnoj orijentaciji. Prikupljanje i daljnja obrada osobnih podataka koji se odnose na zdravlje je zabranjena. Iznimno se takvi podaci mogu prikupljati i dalje obrađivati u slučaju postojanja izričite privole za obradu takvih osobnih podataka u jednu ili više određenih svrha, da je obrada nužna u svrhu preventivne medicine ili medicine rada, procjene radne sposobnosti zaposlenika, medicinske dijagnoze, pružanja zdravstvene ili socijalne skrbi ili tretmana ili upravljanja zdravstvenim ili socijalnim sustavima i uslugama, i da je obrada nužna u svrhu javnog interesa u području javnog zdravlja kao što je zaštita od ozbiljnih prekograničnih prijetnji zdravlju ili osiguravanja visokih standarda kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi te lijekova i medicinskih proizvoda. Odredba članka 14. Direktive 2011/24/EU jamči kako će se u ostvarivanju ciljeva e-zdravstva posebno voditi računa o poštovanju načela zaštite osobnih podataka.²⁸ Odredbom članka 4. Direktive 2011/24/EU uređena je odgovornost država članica u pogledu prekogranične zdravstvene zaštite. Tako, država članica liječenja treba pacijentima, između ostalog, osigurati i da je zaštićeno temeljno pravo na privatnost u vezi s obradom osobnih podataka u skladu s nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktive 2002/58/EZ, kao i da da radi osiguranja kontinuiteta skrbi pacijenti koji su primili terapiju imaju pravo na pisani ili elektronički zdravstveni karton te terapije i dobivanje barem jednoga primjerka toga kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktive 2002/58/EZ. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava da pacijenti koji podnose zahtjev za dobivanje ili dobivaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljinski pristup svojim zdravstvenim kartonima ili da dobiju barem kopiju tih kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode propisi

²⁸ Članak 14. E-zdravstvo "1.Unija podupire i olakšava suradnju i razmjenu informacija među državama članicama koje djeluju u sklopu dobrovoljne mreže koja povezuje državna tijela odgovorna za e-zdravstvo, a koja su imenovala države članice. 2.Ciljevi mreže e-zdravstva su: djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada europskih sustava e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite; izrada smjernica o taksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata; i učinkovitim metodama za omogućavanje korištenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje; potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Ciljevi iz točaka (b) i (c) poduzimaju se uz dužno poštovanje načela zaštite podataka kako je navedeno posebno u direktivama 95/46/EZ i 2002/58/EZ. 3. Komisija u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcioniranje te mreže."

Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktiva 2002/58/EZ.²⁹ Na području prekogranične zdravstvene zaštite javljaju se potencijalne opasnosti od manipulacije osobnim podacima o zdravlju i medicinskim kartonima pacijenta.³⁰ Radi se, između ostalog, o pitanju pristupa i kojeg kruga osoba elektronskim bazama medicinskih podataka o pacijentima kojima se služe zemlje tretmana i kojima se mora moći pristupiti radi pružanja medicinske usluge, kao i razmjena i/ili potvrda izdatih recepata elektronskim putem. Pristup takvim podacima, mišljenja smo, treba biti omogućen isključivo zdravstvenim djelatnicima, odnosno, službama koji su izravno uključeni u pružanje određene zdravstvene usluge pacijentu, a koji imaju obvezu čuvanja tajnosti takvih podataka³¹ i poštenog, transparentnog i zakonitog korištenja³² prikupljenih podataka, u skladu s odredbama GDPR-a o prikupljanju i korištenju posebnih kategorija osobnih podataka, u koje spada i osobni podatak o zdravlju. Od velike je važnosti u kontekstu zaštite osobnih podataka o zdravlju pacijenta i razvoj dobrovoljne mreže tzv. “e-zdravstva”, odnosno, elektronskog zdravstva, koja podrazumijeva elektronsko prikupljanje, obradu, čuvanje, razmjenu, kao i korištenje podataka o pacijentu, povijesti bolesti, pitanja o javnom zdravstvu i slično.³³ Ciljevi mreže e-zdravstva su djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada europskih sustava e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite; izrada smjernica o netaksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata; učinkovitim metodama za omogućavanje korištenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje, kao i potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.³⁴

²⁹ Odredba članka 5. Direktive 2011/24/EU

³⁰ Zdravstveni karton pacijenta nije nužno identičan pojmu medicinske dokumentacije, koji je širi pojam. Više o medicinskoj dokumentaciji u: Čizmić, J., Pravni aspekti medicinske dokumentacije, *Pravo i porezi*, 16, (2007), 10; 3-18.

³¹ Quinn, P.- De Hert, P.; The Patients rights Directive-Providing some rights to EU residents seeking healthcare in other member States, *Computer Law and Security review*, 27, 2011, str. 497.

³² Članak 5., stavak 1., točka a) GDPR

³³ Članak 14. Direktive 2011/24/EU

³⁴ Članak 14., stavak 2. Direktive 2011/24/EU

4. ZAKLJUČNE NAPOMENE

Nije daleko od istine tvrdnja kako su u današnje digitalno doba temeljna prava pojedinca na privatnost i zaštitu osobnih podataka (vezanih uz zdravstveno stanje) irealna i da je njihova nemoć očevidna³⁵ Zaštita osobnih podataka, i onih o zdravlju (pacijenta) ustavna je kategorija³⁶ te je svakom građaninu u okviru zaštite ljudskih prava i temeljnih sloboda zajamčena zaštita osobnih podataka, njihove sigurnosti i tajnosti. Brojni osobni podaci građanina (primjerice: datum rođenja, matični broj građanina, osobni identifikacijski broj (skraćeno OIB) e-mail adresa, etničko podrijetlo, vjersko uvjerenje) prikupljaju se i koriste u brojnim aspektima svakodnevnog života Upravo u zdravstvenom sektoru dolazi posebice do izražaja konstantni razvoj novih tehnologija kojima je zadatak pomoći ljudima da ostanu zdravi, bolju dijagnosiku bolesti, liječenje i omogućavanje bolje kvalitete života.³⁷ S obzirom na narušenost povjerenja europskih građana u povjerljivost osobnih podataka, posljednjih je godina zabrinutost oko privatnosti i jamstva temeljnog prava na zaštitu privatnosti osobnih podataka³⁸ zasigurno s razlogom postala naglašenija nego ikada.³⁹ Novi pravni okvir za zaštitu podataka sadržan u GDPR-u ima dvojaki zadatak, s jedne strane olakšati protok podataka, a s druge strane istodobno mora omogućiti učinkovitu zaštitu posebnih osobnih podataka (i onih o zdravlju) od rizika zlorabe i od svih nezakonitih, neželjenih, nepotrebno brojnih i pojednostavljenih načina pristupa, obrade i korištenja tih podataka. Bez kontrolnih mehanizama korištenja i uporabe svih kategorija posebnih osobnih podataka široko bi se otvorila vrata potencijalnom komercijalnom, ali i svakom drugom iskorištavanju posebnih kategorija osobnih podataka, i onih o zdravlju, što u konačnici može rezultirati diskriminiranjem pojedinaca, ali i cijelih grupacija ljudi. Dopuštanje preširoke i vremenski neograničene uporabe osobnih podataka od strane državnih tijela i velikih nacionalnih ili multinacionalnih korporacija, dovelo bi do prikupljanja goleme količine informacija o svima nama, s posljedicom nadgledanja velikog dijela populacije bez našeg znanja i/ili odobrenja. Jedan od mogućih načina smanjenja takve opasnosti je, prema našem mišljenju, donošenje preciznih provedbenih pravnih akata, kojima će se pravila o

³⁵ Villey, M, Pravo i prava čovjeka, Disput, Zagreb, 2002., str.10.

³⁶ Odredba članka 37. Ustava Republike Hrvatske, Narodne novine br. NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14

³⁷ Tavana, M. Gapanchi, A.H. Talaei-Khoei, A., Healthcare Informatics and Analytics: Emerging issues and trends, A volume in the Advances in Healthcare information systems and administration (AHISA) Book series, 2015., str.24.

³⁸ Hervey, K.-T.-McHale, V.J; European Health Law, Themes and Implications, Cambridge University Press, 2015., str. 20.

³⁹ Izvršni sažetak mišljenja Europskog nadzornika za zaštitu podataka o budućem razvoju područja slobode, sigurnosti i pravde, Službeni list C 224, 15. 7. 2014., str. 27.

zaštiti osobnih podataka o zdravlju općenito, posebice i u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite uređenom Direktivom 2011/24/EU, gdje se pojavljuju povećane opasnosti za sigurnost osobnih podataka o zdravlju (pacijenta,) uistinu moći prevesti u stvaran život i ostvariti u konkretnim, svakodnevnim situacijama. Sustav pravne zaštite osobnih podataka o zdravlju u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom pacijenata trebao bi učinkovito balansirati između prava pojedinca i općih društvenih interesa. Osiguranje kontinuiteta prekogranične zdravstvene zaštite ovisi o prijenosu osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Potrebno je, stoga, omogućiti protok osobnih podataka iz jedne države članice u drugu, ali se istodobno trebaju zaštititi pravo pacijenta na privatnost osobnih podatak o zdravlju u slučaju korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, i na pristup svojim osobnim podacima o zdravlju, podacima u svojim zdravstvenim kartonima koji sadržavaju podatke poput dijagnoza, rezultata pregleda, ocjena liječnika i svih obavljenih postupaka liječenja ili intervencija. Informacijama o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti koje pružaju Nacionalne kontaktne točke (u Republici Hrvatskoj je Nacionalna kontaktna točka HZZO) treba u većoj mjeri pacijentima učiniti dostupnima i razumljivima podatke o mogućnostima korištenja prekogranične zdravstvene zaštite i pod kojim, točno, uvjetima. Potrebno je pacijentima omogućiti da u praksi zaista i ostvare zajamčena prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu i zaštitu osobnih podataka o zdravlju koji se u ostvarivanju prekogranične zdravstvene zaštite prenose preko nacionalnih granica. Trebalo bi, prema mišljenju autorice, razmisliti i o opciji osnivanja drugih povezanih kontakt točaka na regionalnoj ili lokalnoj razini, kako bi potrebne informacije pacijentima bile što dostupnije.⁴⁰

⁴⁰ Točka 49. Preambule Direktive Direktive 2011/24/EU: Države članice trebale bi odlučiti o obliku i broju svojih nacionalnih kontaktnih točaka. Nacionalne kontaktne točke mogu također biti uključene u aktivnosti postojećih informativnih centara ili se mogu oslanjati na te aktivnosti, pod uvjetom da je jasno naznačeno da su one i nacionalne kontaktne točke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Nacionalne kontaktne točke trebale bi se osnivati na učinkovit i transparentan način i trebale bi moći savjetovati se s organizacijama pacijenata, osigurateljima koji nude zdravstveno osiguranje i pružateljima zdravstvene zaštite. Nacionalne kontaktne točke trebale bi imati odgovarajuće tehničke mogućnosti za pružanje informacija o glavnim aspektima prekogranične zdravstvene zaštite. Postojanje nacionalnih kontaktnih točaka ne bi trebalo onemogućavati države članice da uspostave druge povezane kontaktne točke na regionalnoj ili lokalnoj razini koje su odraz posebne organizacije njihovog sustava zdravstvene zaštite.

5. Popis korištene literature

Akrivopoulou, C.- Athanasios, E.P., Personal data privacy and protection in a surveillance era: technologies and practices, Information science reference, Hershey, New York, 2011

Dulčić, K, Bodiroga-Vukobrat, N., Zaštita osobnih podataka pacijenta u europskom i hrvatskom pravu, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 29., no. 1., 2008.

Čapeta, T., Europska unija po Lisabonskom ugovoru, Hrvatska javna uprava, god. 10., br. 1., 2010.

Čizmić, J., Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenata, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci (1991) v. 29, br. 1, (2008.)

Čizmić, J., Pravni aspekti medicinske dokumentacije, Pravo i porezi, 16, (2007), 10; 3-18.

Hervey, K.-T.-McHale, V.J; European Health Law, Themes and Implications, Cambridge University Press, 2015

Hondius, F.W.: Protecting Medical and Genetic Data, European Journal of Health Law, br. 4.1997

Izvršni sažetak mišljenja Europskog nadzornika za zaštitu podataka o budućem razvoju područja slobode, sigurnosti i pravde, Službeni list C 224, 15. 7. 2014.

Orentlicher, D., Prescription Data Mining and the Protection of Patients' Interests, Journal of Law, Medicine & Ethics, Vol. 38., No. 1., 2010

Pernice, I, Griller, S. Ziller, J., eds., "The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights", The Lisbon Treaty: EU Constitutionalism without a Constitutional Treaty? (Wien New York: Springer), 2008, http://www.judicialstudies.unr.edu/JS_Summer09/JSP_Week_1/Pernice%20Fundamental%20Rights.pdf (9.02.2019.)

Quinn, P.- De Hert, P; The Patients rights Directive-Providing some rights to EU residents seeking healthcare in other member States, Computer Law and Security review, 27, 2011.

Tavana, M. Gapanchi, A.H. Talaei-Khoei, A., Healthcare Informatics and Analytics: Emerging issues and trends, A volume in the Advances in Healthcare information systems and administration(AHISA) Book series, 2015.

Villey, M, Pravo i prava čovjeka, Disput, Zagreb, 2002

Voigt, P.-Bussche, von dem A; The EU General Data Protection Regulation (GDPR), Springer, 2017

Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, Službeni list L 88, 4. 4. 2011

Povelja temeljnih ljudskih prava EU, Službeni list Europske unije, C 303/1

Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, Narodne novine, br. 160/13, 11/15, 16/15, 113/16 , **34/18**

Smjernica 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka, Službeni list Europske unije, L 281/31

Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka), Službeni list Europske Unije L 119/1

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. 80/13, 137/13

Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine br. NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14

“THE PATIENT’S RIGHT TO THE PROTECTION OF PERSONAL DATA ON HEALTH IN CROSS-BORDER HEALTHCARE “

The right to the protection of personal data is a fundamental right of the individual contained in a series of international and national legal documents. Special protection is given to the specific categories of personal data, like those about the health condition of the patient. In this paper, the author lays out the concept of personal data about health, analyze the legal framework of protection of personal data, in particular personal data about patients’ health, de lege lata, propose certain legal solutions for stronger protection of personal data on health of the patient de lege ferenda, with particular reference to the question of modalities of protection of personal data on patients’ health in the context of patients’ rights in cross-border healthcare.

Key words: *patient, personal data about patients’ health, cross-border healthcare*

Dr.sc. Blanka Kačer, docentica
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Prof.dr.sc. Suzana Kraljić
Pravni fakultet Sveučilišta u Mariboru

GRAĐANSKOPRAVNI ASPEKTI KRIONIKE I NEUROPREZERVACIJE KAO PRAVA PACIJENATA

UDK:34:615.81-026.656 (497.5)

34:614.253.8 (497.4)

Primljeno: 20. veljače 2019.

Izvorni znanstveni rad

Autorice u radu analiziraju pojmove krionike i neuroprezervacije kao prava pacijenata i njihov građanskopravni aspekt komparativno u hrvatskom i slovenskom pravu. Cilj rada je detektirati pravnu prazninu *de lege lata* i dati prijedloge *de lege ferenda*. U radu se analizira područje za koje pravo ne daje odgovore, a niz je pitanja na koja bi trebalo dati odgovor: bi li se otvorilo nečije nasljedstvo zato što se podvrgao krioniziranju, bi li oni koji su sudjelovali bili izloženi kaznenim ili drugim sankcijama, što bi bilo s imovinom krionizirane osobe (posebno što ako se na istoj zasnuje neka vrsta založnog prava u korist troškova krioniziranja), što je sa statusom nasljednika koji traže nasljedstvo i negiraju prava krionizirane osobe (je li moguća ikakva analogija s onim tko ne poštuje posljednju volju ostavitelja, a to je jedan od razloga nedostojnosti), što je sa zastupanjem krionizirane osobe u raznim postupcima ako nije mrtva), kakav bi bio pravni status dekrionizirane osobe itd. Niz je otvorenih pitanja, na koja autorice pokušavaju pronaći odgovore.

Ključne riječi: *krionika, neuroprezervacija, građanskopravni aspekt, pravni status, nasljeđivanje*

1. UVOD

U pričama o budućnosti uvijek se provlači tema o besmrtnosti čovjeka. Medicina napreduje velikom brzinom, no i dalje postoje bolest i smrt. Međutim, postoji tehnologija koja omogućuje da se nakon smrti osobe krioniziraju i da u budućnosti, kada znanost dosegne tu razinu da to bude moguće, vrate u život. Riječ je o dva postupka - krionici i neuroprezervaciji, koji zapravo znače da je budućnost već došla, a pravo ih, ne baš uspješno, pokušava slijediti. Bili za ili protiv ovakvih postupaka, činjenica je da svatko u Republici Hrvatskoj, u Sloveniji ili bilo kojoj državi tko misli da bi mu to bilo zabranjeno u njegovoj državi, može odlučiti otići u SAD ili Rusiju i tamo provesti postupak krionizacije ili neuroprezervacije (možda je to netko već i učinio). Već i sama mogućnost toga ukazuje na potrebu žurne reakcije zakonodavca da se odredi u odnosu na ovu mogućnost.

Ovdje imamo potpunu pravnu prazninu, a niz je pitanja na koja bi trebalo dati odgovor: bi li se otvorilo nečije nasljedstvo zato što se podvrgao krioniziranju, bi li oni koji su sudjelovali bili izloženi kaznenim ili drugim sankcijama, što bi bilo s imovinom krionizirane osobe (posebno što ako se na istoj zasnuje neka vrsta založnog prava u korist troškova krioniziranja), što je sa statusom nasljednika koji traže nasljedstvo i negiraju prava krionizirane osobe (je li moguća ikakva analogija s onim tko ne poštuje posljednju volju ostavitelja, a to je jedan od razloga nedostojnosti), što je sa zastupanjem krionizirane osobe u raznim postupcima ako nije mrtva), a pogotovo kakav bi bio pravni status osobe, ako (ili kad) se probudi iz „kriosna“. Pravno gledano, krioprezervirane osobe su mrtve. Oni koji vjeruju da će biti u budućnosti moguće probuditi se iz kriosna, redovito prate napredak u različitim znanstvenim granama (npr. bioinženjering, atomska nanotehnologija, nanomedicina, itd.). Znanost u tim područjima još je u povojima, pa je proces krioprezervacije trenutno vrlo kontroverzan i nesumnjivo uzrokuje kontroverze na raznim poljima - medicini, etici, religiji, pa naravno i u pravu.

Ovo nisu postupci koji su nešto novo, oni postoje odavno i na njima se radi već vrlo intenzivno. Zamrzavanje matičnih stanica je postalo danas „rutina“ pri rođenju djeteta, kako bi se u budućnosti, primjerice, ako je oštećen bubreg te osobe iz sačuvanih stanica moglo razviti novi organ i ugraditi ga umjesto oštećenog. Kriogena komora već je davno korištena u medicini. Koristi se za skladištenje živih organizama ili reagensa, ali se može razlikovati u energiji i rashladnom elementu: sojevi virusa koji su razvili biolozi i virolozi pohranjeni su u posebnim kriogenim komorama; u slučaju transplantacije organa, prijevoz se provodi u kriokomori; mnogi lijekovi se dugo pohranjuju u malim kriokomorama; nalaze se u njima biomaterijali (poput jaja ili muških spermija).¹

Prošlo je preko 50 godina od smrti prve osobe koja je podvrgnuta krionizaciji. Dr. James Hiram Bedford, profesor psihologije sa Sveučilišta Berkeley – California, umro je od posljedica raka 12. siječnja 1967. U Alcor Institutu je od 1991. On je prvi od 300 tijela i mozгова koje se čuvaju u jednom od tri u svijetu poznata instituta za krioniku i neuroprezervaciju. Ti instituti su: Alcor Life Extension Foundation u Scottsdale, Arizona, USA; Cryonics Institute in Clinton Township, Michigan i KrioRus pokraj Moskve. Prema dostupnim podacima, preko 3000 ljudi je potpisalo ugovor kojim će nakon smrti svoja tijela dati na krionizaciju ili neuroprezervaciju (potpisivanje ugovora znači i plaćanje da ih jednom, kada nastupi smrt „krioniziraju“ i time kupuju svoje mjesto u institutu,

¹ Vidjeti tako na: <https://hr.carolchanning.net/obrazovanje/83477-kriogennaya-kamera-opisanie-vidy-harakteristiki-i-osobennosti.html> (10.02.2019., 15h).

kada za to dođe vrijeme).² Zamrzavanjem ljudi na ultra-nisku temperaturu se u tim zemljama ne krši zakon. U Francuskoj, zakonom je propisano da se tijelo pokojnika može pokopati samo ispod razine zemlje, primjerice, u Iranu mora biti kremirano ili pokopano tijekom dana. U Rusiji i SAD se poštuju želje osobe, te bira sama hoće li biti pokopana na tradicionalan način, raspršujući svoj pepeo ili da se uranjanj u tekući dušik.³

Brojni eksperimenti se rade. Na primjer, u jednom od eksperimenata, moždani neuroni ekstrahirani nakon dva sata nakon smrti neke osobe su zamrznuti u kriokameri i pokazali su nevjerovatnu sposobnost funkcioniranja i stvaranje novih veza nakon uklanjanja iz stanja spavanja. Ali u drugom slučaju, tijekom odmrzavanja stanice su umrle.⁴ Stoga znanstvenici mogu samo zamrznuti tijelo ili mozak u očekivanju novog kruga razvoja znanosti. Danas je moguće zamrznuti tijelo ili glavu (mozak), a odmrzavanja i „uskrsnuća“ će možda ipak biti naša budućnost, odnosno budućnost naših potomaka. Hoćemo li zabijati glavu u pijesak ili ipak pokušati dati odgovore u smislu pravne regulacije unaprijed, na kvalitetan način? Smatramo da je druga opcija puno bolja, zbog pravne sigurnosti i vladavine prava.

2. ANALIZA POJMOVA I POSTUPAKA

2.1. KRIONIKA

Naziv “cryonics” potječe od grčke riječi »kryos« (gr. *Κρύος*) “ledeno hladno”, a taj naziv na najbolji način označava tehnologiju dizajniranu da bi se stanice zamrznule i pokušale očuvati na vrlo niskim temperaturama. Cryonics je znanstvena tehnologija koja omogućava očuvanje živog organizma pri niskim temperaturama i pohranjivanje u tom stanju do odmrzavanja ili drugih manipulacija.⁵ Prvi je riječ krionika upotrijebio Karl Werner potpredsjednik Cryonics Society of New York,⁶ međutim ocem krionike se smatra Robert E. Ettinger, koji je 1964. godine u svojoj knjizi „The Prospect of Immortality“, odnosno „Mogućnost besmrtnosti“

² Vidjeti tako i više: <https://qz.com/883524/fifty-years-frozen-the-worlds-first-cryonically-preserved-humans-disturbing-journey-to-immortality/>.

³ <https://hr.readingontheweb.com/obschee/4425-mozhno-li-zamorozit-cheloveka-na-100-let.html>

⁴ Vidjeti tako i više na: <https://hr.carolchanning.net/obrazovanje/83477-kriogennaya-kamera-opisanie-vidy-harakteristiki-i-osobennosti.html> (23.01.2019., 19h).

⁵ Ibid.

⁶ Daniel R. Spector, Legal implications of cryonics, Cleveland State University, 18 Clev.-Marshall L. Rev., 1969., str. 341. (341.-357.), dostupno na: <https://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2841&context=clevstlrev> (03.02.2019., 18h). Ideja zamrzavanja ljudi začeta je u knjizi Roberta Ettingera: Mogućnost besmrtnosti.

predstavio koncept „krionične prezervacije“. Naglasio je da je zamrzavanje lakši dio procesa i da je to već moguće u pogledu tadašnjeg znanja i tehnologije. Ettinger je predvidio da će u narednim godinama medicina napredovati toliko da će biti moguće eventualno eliminirati ili popraviti bilo kakvo oštećenje ljudskog tijela, uključujući štetu koja će nastati zbog smrzavanja. Vjerovao je da će kompleksni proces odmrzavanja napredovati u budućnosti i omogućiti potpuni i uspješan oporavak zamrznute osobe, odnosno **kriona**.⁷ Krionika bi tako trebala omogućiti vječni život, jer bi se eliminacijom bolesti “izigrala smrt” i postigla bi se vječnost.⁸

Krioniku treba razlikovati od kriogenike (eng. Cryogenics) i kriobiologije (engl. Cryobiology). **Kriogenika ili kriofizika** je fizika niskih temperatura, grana fizike koja istražuje pojave, svojstva tvari i učinke na niskim temperaturama blizu apsolutne nule.⁹ **Kriobiologija** (grčki: *krýos* mraz, studen, *bíos* život, *logos* riječ; znanost), grana biologije koja proučava djelovanje niskih temperatura i smrzavanja na živa bića, kao i primjene niskih temperatura u kirurškim zahvatima, čuvanju tkiva i organa za presađivanje i sl.¹⁰

Krionika je grana znanosti koja se bavi zamrzavanjem ljudi (pa čak i kućnih ljubimaca), nakon što im se ustanovi moždana smrt¹¹, kako bi ih se jednog dana, kada znanost dosegne dovoljan stadij napretka, moglo vratiti među žive.¹² Neki vjeruju da će medicina u budućnosti osigurati popravak stanica i njihovu regeneraciju na molekularnom nivou, a što će dovesti do reverzibilnosti pojave starenja i obolijevanja. Temelji se na pojavi da se organi i tkiva mnogo duže održavaju bez trajnijih oštećenja na niskoj temperaturi (i organi za transplantaciju se prilikom prijevoza prenose u hladnjacima s ledom da se propadanje anoksičnog tkiva i potrošnja kisika svedu na najmanju moguću mjeru¹³).

Krioničari ne koriste naziv smrt, već „*deanimation*“.¹⁴ Zagovornici krionike smatraju da smrt nije trenutak, već proces i kada nekoga proglase klinički mrtvim, on još uvijek nije biološki mrtav i nad njim se može provesti postupak „produžavanja života“ (dakle, prema njima to nije „buđenje iz mrtvih“). Ako se

⁷ Cheryl Knight, A science without deadline, Engineering & Technology, Vol. 3, Issue 19, 2008., str. 28.-31. (dostupno na: <http://eandt.theiet.org/magazine/2008/19/science-without-deadline.cfm>) (15.2.2019, 15:30h).

⁸ Adam. A. Perlin, To die in order to live: the need for legislation governing post-mortem cryonic suspension. Southwestern University Law Review vol. 36, 2007., str. 34. (33.-58.).

⁹ Vidjeti tako na: <http://proleksis.lzmk.hr/32742> (16.01.2019., 17:20h).

¹⁰ Ibid.

¹¹ Bar bi tako moralo biti.

¹² Vidjeti tako u: Ognjen Ožegić, Vrijeme za hlađenje, Medicinar 45, na: medicinar.mef.hr/pdf/krionika.pdf

¹³ Ibid.

¹⁴ Vidjeti tako na: <https://qz.com/883524/fifty-years-frozen-the-worlds-first-cryonically-preserved-humans-disturbing-journey-to-immortality/> (19.01.2019., 18:35h).

odmah takva osoba stavi u „proces“, prema mišljenju tih znanstvenika, zaustavlja se njegov biološki sat (to uspoređuju sa zamrzavanjem embrija) i omogućuje da se tu osobu u budućnosti probudi i izliječi od onoga što je dovelo do njegove „smrti“, te da će on moći nastaviti normalan život.

Postupak krioniziranja traje oko četiri sata. Idealno je ako se postupak krioprezervacije započne unutar dvije minute nakon zaustavljanja otkucaja srca, ali je preporučljivo započeti svakako unutar 15 minuta nakon smrti, kako bi se spriječilo oštećenje tijela. Što je brže uključivanje u proces, bolje je očuvanje tijela i time bolje polazište za moguće oživljavanje u budućnosti. Iz tog razloga, ljudima koji su se odlučili za krionizaciju savjetuje se, da se na primjer, prije smrti premjestite u bolnice ili hospicije, tako da „tim za krionizaciju“ može biti u stalnoj pripravnosti i da može započeti s postupkom što je prije moguće nakon smrti.¹⁵ Sam postupak krioniziranja (ukratko) izgleda ovako:

- nakon smrti, tijelo mora biti ohlađeno do nula stupnjeva, kako bi se postigao rezultat, možete koristiti suhi led;
- tijelo je povezano s posebnim aparatom i kroz nju se ispušta krv;
- umjesto krvi, ulijeva se cryoprotectant - otopina koja sprečava kristalizaciju stanica
- nakon manipulacija, tijelo se stavlja u dewar , ako govorimo o skladištenju glave u bix.¹⁶

Postupak krionizacije se napretkom medicine mijenja. Krionizirani pacijenti više nisu „smrznuti“, već su „vitificirani“, što bi u slobodnom prijevodu značilo „pretvoreni u staklo“. ¹⁷ Idealno bi bilo da tim za kriogeniku pruža kardiopulmonarnu njegu odmah nakon smrti i tijekom prvotnog hlađenja. Ako osoba umre prije nego stigne krio-kirurg, važno je tijelo staviti na led. Ubrizgava se antikoagulant kako bi se spriječilo zgrušavanje krvi. Krio-kirurg će krv zamijeniti s krio-protektantom. To se naziva perfuzija. Tijelo, ili samo glava (kod neuroprezervacije), se dalje hladi u suhom ledu tijekom nekoliko dana dok temperatura tkiva ne padne na -120°C. Stanice se vitificiraju - u biti pretvaraju se u staklo. To sprječava oštećenje koje bi se dogodilo da je tkivo zamrznuto dok je još ispunjeno vodom. Kad je tijelo (ili glava) doseglo temperaturu tekućeg dušika (-196°C), premješta se u kriogenički spremnik, koji se zatim puni tekućim dušikom. Tekući se dušik povremeno dodaje i za pacijenta se može brinuti bez struje.¹⁸

¹⁵ Rebekah Cron, Is Cryonics an Ethical Means of Life Extension?, University of Exeter, 2014., dostupno na: <http://philpapers.org/archive/CROICA-2.pdf> (15.2.2019, 19h).

¹⁶ Vidjeti tako na: <https://hr.carolchanning.net/obrazovanje/83477-kriogennaya-kamera-opisanie-vidy-harakteristiki-i-osobennosti.html> (10.02.2019., 18:50h).

¹⁷ Vidjeti tako na: <https://qz.com/883524/fifty-years-frozen-the-worlds-first-cryonically-preserved-humans-disturbing-journey-to-immortality/> (10.02.2019., 19:40h).

¹⁸ Vidjeti tako i više na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/odrubite-si-glavu-i-zamrznite-je-sad-vratite-se-medju-zive-kada-covjecanstvo-otkrije-besmrtnost/932181.aspx>. (12.02.2019., 21:40h).

Koliko god nekima ovo izgledalo nestvarno, sviđalo se to nama ili ne, činjenica je da je ovaj postupak stvarnost. Koliko znamo, do sada nitko nije dekrioniziran (odmrznut), ali znanstvenici su optimistični i radi nekih postupaka koji ukazuju na to da treba biti optimističan po pitanju mogućnosti odmrzavanja. Kao značajna vijest objavljeno je da je već 2008. godine rođeno dijete koje je začeto spermom oca koji je umro četiri godine prije. Naime, jedan Britanac¹⁹ je zamrznuo spermu nakon što je saznao da ga čekaju kemoterapije, ali je nažalost umro i njegova supruga je gotovo četiri godine nakon toga otišla na umjetnu oplodnju i rodila zdravu kćerku²⁰. Iz toga je vidljivo da je moguće zaustaviti rast i razvoj ljudskih stanica, držati ih zamrznutim, staviti u za to pogodno okruženje (sada je bila riječ o maternici, ali lako je moguće da će se to moći raditi i u strojevima koji će simulirati maternicu pa je moguće da će se moći i klonirati ljudi bez usadnje embrija u maternicu, a znamo da je danas moguće klonirati ljudski embrij – do sada je to dozvoljeno u Engleskoj i to u terapijske svrhe) i da će stanice nastaviti rast i razvoj u pravom smjeru i da se može roditi (i rodilo se) živo i zdravo (barem koliko za sada znamo) ljudsko biće. Danas, 2019. godine, to nije „vijest“. Sada je često zamrzavanje sperme, jajnih stanica, pa i zametaka. U studenome 2018. objavljeno je da je u Kini pokrenut postupak protiv liječnika jer su rođene prve GMO (genetski modificirane) bebe.²¹

Više i detaljnije vidjeti u: Harold A. Buetow, *Medical-Legal Aspects of Cryonics: Prospects for Immortality Ethical - Legal and Social Challenges to a Brave New World Genetics - Ethics and the Law*, *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 2(1), 1986., str. 173. – 187.; Rebekah Cron, *Is Cryonics an Ethical Means of Life Extension?*, University of Exeter, 2014, dostupno na: <http://philpapers.org/archive/CROICA-2.pdf> (15.2.2019); John LaBouff, *He Wants To Do What?*, *Cryonics: Issues in Questionable Medicine and Self-Determination*, 8 Santa Clara High Tech. L. J., 1992., str. 469-498; George P. Smith, *Intimations of Immortality: Clones, Cryons and the Law*, 6 U. New S. Wales L. J., 1983., str. 119-132.

¹⁹ Riječ je o Jamesu Robertsu koji je preminuo u 33. godini života.

²⁰ Vidjeti tako i više o tome u: Zaledila spermu supruga i rodila nakon njegove smrti, na: http://www.24sata.hr/index.php?cmd=show_clanak&action (21.01.2019., 15:50h).

²¹ Profesor He Jiankui (koji se obrazovao na prestižnome američkom Stanfordu) i kolege sa Sveučilišta Southern University of Science and Technology u gradu Shenzhen **su objavili da obavili izmjene na genima embrija** sedam parova koji su podvrgnuti umjetnoj oplodnji. Rezultat napora profesora Hea i njegovog tima je zdrava trudnoća i rođenje, krajem 2018. godine, dviju zdravih djevojčica koje su prirodno otporne na HIV, jer je otac djevojčica HIV pozitivan. Profesor He je objavio da je gene embrija modificirao na način da postanu otporni na zarazu HIV-om tako da je „eliminirao gen pod nazivom CCR5 kako bi djevojčice postale otporne na HIV, ako s tim virusom ikada dođu u kontakt“. Objasnio je i da je „operativni zahvat“ na oplodjenim jajašcima izveo koristeći CRISPR/CAS9 sustav za prepravljanje genoma, koji omogućuje obavljanje zahvata na genomu živih bića dosad neviđenom i preciznošću i lakoćom. - vidjeti tako na: U Kini rođene prve GMO bebe: 'Zgroženi smo, kreće istraga', <https://www.24sata.hr/tech/u-kini-ro-ene-prve-gmo-bebe-zgrozeni-smo-krece-istraga-601878> (08.02.2019., 19:40).

2.2. NEUROPREZERVACIJA

Neuroprezervacija (*engl. neuropreservation*) je vrsta krionizacije u kojemu se krionički postupci ne provode nad cijelim tijelom, već samo nad mozgom. Obrazloženje krioničara je da svi krionički pacijenti ionako imaju ozljede na tijelu za „popravlak“ kojih će trebati vrlo visoko razvijena tehnologija (ozljede su neminovne uslijed jako niskih temperatura, ali i proteka vremena). Prema njihovom mišljenju teorijski se sva tkiva i organi mogu zamijeniti, osim mozga. Interesantno je spomenuti da se postupak provodi tako što se odvaja glava od dijela tijela ispod vrata i transport se vrši zajedno s glavom, kako pri rukovanju ne bi došlo do oštećenja mozga. Dakle, objekt neuroprezervacije je mozak, a glava je samo „kutija“ koja ga štiti.

Razlog zbog kojega se neki pacijenti odlučuju za neuroprezervaciju, a ne za krionizaciju cijelog tijela je taj što je neuroprezervacija manje skupa i u slučaju hitnih intervencija neuropacijenti²² se mogu lakše premiještati. Neki od krioničara čak smatraju da je neuroprezervacija bolje rješenje jer je lakše reparirati mozak staviti u mlado, zdravo tijelo, nego reparirati staro (koje će nužno biti vrlo oštećeno – na njemu će biti potrebno reparirati doslovno svaku stanicu).²³ Uz to, kao prednost navode i to što onaj tko ne želi da se zna da je neuroprezervirao mozak može to nikome ne reći ili reći samo najužoj obitelji, a s ostatkom tijela se mogu obaviti obredi kakvi su običaj u njegovoj obitelji. Krioničari čak savjetuju da se ne objašnjava članovima obitelji o odluci, već da kažu da su odlučili donirati mozak za znanstvena istraživanja.²⁴ Međutim, i to povlači za sobom niz pravnih pitanja, o kojima ćemo govoriti u radu, a vezani su za pravnu situaciju što ako se tijelo uspije uspješno dekrionizirati i mrtva osoba bude opet među živima.

Mnogi smatraju da je to samo prijevara²⁵, ali u prošlosti je *science fiction* bilo i letenje avionom, a kamoli letovi u svemir, prije se umiralo od bolesti koje se sada lako liječe i protiv kojih danas postoje cjepiva. Tako se nama sada čini gotovo nemogućom tvrdnja znanstvenika koji se bave neuroprezervacijom da će vjerojatno biti moguće u budućnosti programirati sačuvani mozak da obnovi cijelo tijelo²⁶. Oni polaze od teze da je ionako cijelo naše tijelo nastalo iz jedne stanice i svakodnevno provode istraživanja kako bi bilo moguće navesti mozak da razvije cijelo tijelo. Kada ostavimo kao moguće da se to i ostvari, otvara nam se jedno

²² Neuropacijentima oni nazivaju ustvari samo nečiji mozak koji je u krioničkom procesu.

²³ Vidjeti tako i više o tome na: Neuropreservation FAQ, <http://www.alcor.org/Library/html/neuropreservationfaq.html> (04.02.2019., 20:30h).

²⁴ Ibid.

²⁵ Ali, krioničari ne garantiraju da će se jednog dana „povratak u žive“ moći provesti. Nikoga ne prisiljavaju na taj postupak, a ulijevaju nadu onima koji u to vjeruju.

²⁶ Tu bismo mogli povući paralelu s postupkom kloniranja.

vrlo važno pitanje, važno s pravnog i s bioetičkog aspekta: je li (u slučaju uspjeha) riječ o istoj osobi, ili je to ipak druga osoba. Kada bi mozak „proizveo“ ostatak tijela, bi li to bila osoba s istim otiscima prstiju? Ako bi, moguće je da se pravno vodi kao ista osoba (no, to ne utječe na postupke koji su se proveli nakon smrti – nasljeđivanje i sl.), ali to bi samo značilo da ima isto ime i prezime i da eventualno raspolaže bankovnim računom. Ukoliko nisu ni otisci prstiju isti kao prije, onda je moguće jedino dozvoliti da „nova“ osoba koristi „staro“ ime i prezime. Međutim, u oba slučaja riječ je o vrlo sličnoj situaciji jer je „nastala“ nova osoba koja nema od koga dobiti ime i prezime, već je logično da koristi staro; u oba slučaja, prema našem mišljenju, morala bi imati pravo koristiti eventualno postojeći bankovni račun; te bi u oba slučaja podaci o toj osobi iz prošlosti (izvadak iz kaznene evidencije i sl.) morali biti dostupni. To je sve uz pretpostavku da mozak ostane isti kakav je i bio. Međutim, lako je moguće da uslijed svih postupaka koji se nad mozgom provode, a i mogućih oštećenja, dođe do promjena na karakteru čovjeka, na koncu moguće je da dođe do potpuno promijenjene ličnosti. Kako onda riješiti problem je li riječ o istoj osobi, ili o potpuno novoj? Za sada postoji mnogo nepoznanica i, kada zanemarimo vjeru i osobni stav o ovim postupcima, moramo naglasiti da je riječ o nečemu što dovodi ne samo do pravnih problema, već i do mogućnosti stvaranja ljudi s genetskim greškama i raznim poremećajima. Uz to, čovjek je društveno biće na koje utječu ljudi s kojima živi i koji ga okružuju, a sigurno je da će doživjeti svojevrsan šok kada ga se stavi u novu sredinu s potpuno novim ljudima, u neko drugo vrijeme, u kojem vrijede neka nova pravila.

3. PITANJE UTVRĐENJA SMRTI I S TIM POVEZANA GRAĐANSKOPRAVNA PITANJA

3.1. UTVRĐENJE SMRTI

Pravno gledajući, smrt je pravna činjenica, dakle činjenica za koju pravo veže postanak, promjenu ili prestanak pravnog odnosa, a u svezi s tim postanak, prestanak ili promjenu subjektivnih prava. Preciznije, riječ je o pravnoj činjenici koja, s obzirom na postanak, spada u skupinu prirodnih događaja (druga skupina su ljudske radnje). Prirodni događaji za koje pravo veže pravne učinke nazivaju se i pravnim događajima.²⁷

Postoje razne teorije (koje su se kroz povijest mijenjale) o tome što je smrt, odnosno koji trenutak smatramo smrću čovjeka. U hrvatskom pravu prihvaćena

²⁷ O pravnim činjenicama vidjeti tako i više u: Petar Klarić, Martin Vedriš, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2006., str. 25. - 26. U ovom radu nećemo ulaziti u detaljnu podjelu pravnih činjenica.

je teorija prema kojoj je smrt nastupila kada dođe do ireverzibilnog prestanka rada velikog, malog mozga i moždanog debla. Pri tome se pravo poslužilo drugom znanošću – medicinom i u velikoj se mjeri oslanja na ono što medicina smatra smrću. To znači da nema potrebe mijenjati propis ovisno o nekim novim dostignućima, ali znači i da postoji određeni stupanj pravne nesigurnosti u smislu mogućeg voluntarizma u tumačenju od strane onih koji propise tumače – nekada je, naime, neko dostignuće općeprihvaćeno i svima jasno, ali često to i nije tako pa postoje sukobljavanja oko toga je li nešto ili nije medicinski prihvaćeno.

Smrt se kroz povijest različito određivala. U staro vrijeme jedini pouzdani dokaz o nastupanju smrti je bilo raspadanje leša, a kasnije se smatralo da je osoba mrtva kada joj prestanu raditi pluća i srce (*primum movens, ultimum moriens*). U doba feudalizma je medicina napredovala te iz tog perioda datira pravilo da je smrt nastupila prestankom dviju životno važnih funkcija: disanja i rada srca.²⁸ To je definicija smrti koja je u medicinskoj znanosti vrijedila dugo, sve dok nova tehnička dostignuća nisu omogućila utvrđivanje prestanka rada mozga i centralnog nervnog sustava. Veliki napredak postignut je izumom elektroencefalografa koji je omogućio utvrđivanje smrti vezano za prestanak rada mozga.²⁹

Svjedoci smo da se može dogoditi da nekome srce stane, ali da uspije reanimacija i da srce ponovno prokuca te da ta osoba normalno nastavi sa životom. Također znamo da je danas moguće vršiti transplantaciju srca pri kojoj se događa da osoba koja dobiva organ neko vrijeme bude održavana s nekucajućim srcem i nakon toga joj se implantira tuđe srce. Moguće je živjeti i s tzv. umjetnim srcem, koje se nalazi izvan tijela i koje mašinski pumpa krv i zamjenjuje funkciju srca.

Biologija i medicina smatraju da je smrt proces koji tek počinje prestankom disanja i rada srca, a završava s moždanom smrću, poslije čega dolazi do dekompenzacije tkiva i organa i do njihovog bespovratnog odumiranja. Pravo se time ne zadovoljava i traži rješenje koje će odrediti točan trenutak nastupanja smrti jer je to činjenica za koju se vezuje nastanak, odnosno prestanak niza subjektivnih prava i obveza.

Najdiferenciraniji organ u našem tijelu pa tako i najosjetljiviji je mozak, u kojem već nakon 5-25 sekundi bez kisika nastaju difuzna oštećenja moždane kore (kortikalna smrt) i centara u moždanom deblu za disanje i druge moždane funkcije (smrt moždanog debla). Neko se vrijeme zadrže samo spinalni refleksi. Nakon smrti mozga, u različitim vremenskim intervalima odumiru i ostali organi i tkiva,

²⁸ Od 13. stoljeća postoje propisi koji nalažu obvezu pokušaja reanimacije davljenika koji su prestali davati znakove života.

²⁹ Vidjeti tako i više o tome u: Miodrag Janjić, Pravni problemi u vezi sa presađivanjem tkiva i organa, Institut za uporedno pravo, Beograd, 1972., str. 62.- 83.

odnosno dolazi do potpune biološke smrti.³⁰ Naglašavamo, smrt je samo jedna, ali je riječ o procesu u okviru kojega moramo utvrditi kada je trenutak koji smatramo “trenutkom smrti”.

Bitno je razlikovati **faze smrti**³¹:

1. Faza smrti je **klinička smrt** – ova faza je stanje bez manifestnih znakova života i praćena je prestankom disanja i rada srca i moždanih aktivnosti te smanjenjem krvnog tlaka do nulte vrijednosti. Pravovremenom i adekvatnom liječničkom intervencijom (reanimacijom) postoji mogućnost da se osoba vrati u život. Može potrajati 4-6 minuta i u tom periodu ne nastaju ireverzibilne promjene na stanicama centralnog živčanog sustava (uslijed održavanja minimalnih metaboličkih procesa u njima).
2. Faza smrti je **moždana ili cerebralna smrt**³² - ukoliko dođe do kliničke smrti i ne počne liječnička intervencija u svrhu oživljavanja, u roku od 4-6 minuta moždane stanice počinju nekrotirati, odnosno propadati uslijed nedostatka kisika. To je cerebralna smrt.
3. Faza smrti je **biološka smrt** – ona nastupa kada propadnu sve stanice organizma, odnosno produkt je anoksije i hipoksije svih stanica organizma.

Pravilnik o načinu pregleda umrlih osoba te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti³³ ne daje odgovor na pitanje kako se utvrđuje smrt u hrvatskom pravu.³⁴ Odgovor nalazimo u Pravilniku o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja,³⁵ koji u čl. 2. određuje da će se smatrati da je nastupila smrt ako je kod te osobe nastao potpuni i konačni prestanak moždane cirkulacije (smrt mozga). Prema čl. 3. smrt mozga podrazumijeva ireverzibilni prekid funkcije velikoga i malog mozga te moždanoga debla. Dijagnoza se postavlja temeljem kliničkog pregleda, a potvrđuje se jednim od parakliničkih potvrdnih testova. Ono što je problem za krioniku i neuroprezervaciju jest čl. 11. Pravilnika, prema kojem, nakon

³⁰ Vidjeti tako i više o tome u: CARDIONet Zdravlje, Uzroci i mehanizmi zastoja disanja i krvotoka, na: <http://www.cardionet.hr/CardionetZdravlje/casopis/clanak.asp> (06.02.2019., 22:50h).

³¹ Vidjeti tako i više o tome u: Smrt- wikipedia, slobodna enciklopedija, na: <http://bs.wikipedia.org/wiki/Smrt> (09.02.2019., 18:20h).

³² Slovenski Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti (UL RS, 70/01; 56/15) u čl. 2 definira moždanu smrt kao konačni i nepovratni prestanak funkcioniranja cijelog mozga (moždanog debla i moždane hemisfere) kod osobe kojoj se uz umjetno disanje održava rad srca i krvnih krugova.

³³ Pravilnik o o načinu pregleda umrlih osoba te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti, NN 46/11 6/13, 63/14.

³⁴ Slovenski Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti o utvrđivanju moždane smrti piše u čl. 6 do 10.

³⁵ Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja, NN 3/06 dalje: Pravilnik.

utvrđivanja smrti mozga liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke. Iznimno, pod uvjetima propisanim zakonom, dopušteno je nastaviti medicinske postupke samo u slučaju kad je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.

Prve preciznije kriterije za pojam smrti mozga odredio je Odbor Medicinskog fakulteta harvardskog sveučilišta³⁶ pod predsjedanjem prof. Beechera³⁷ i to su: nedostatak opažanja i reagiranja, nedostatak tjelesnih pokreta i disanja, nedostatak refleksa, ravna linija na elektroencefalografu, ponavljanje testa u roku od 24 sata, koji pokazuje nepromijenjeno stanje.³⁸

Potrebno je razlikovati komu, stanje vegetiranja i smrt. Koma podrazumijeva patološko stanje za koje je karakterističan gubitak svijesti, spontane pokretljivosti i osjećaja. Pacijent može pasti u komu zbog različitih razloga, najčešće zbog trovanja, poremećaja metabolizma, tumora, trauma ili ozljeda mozga. Reverzibilna koma može trajati od nekoliko dana do nekoliko tjedana; što je kraće trajanje kome, manja su eventualna oštećenja mozga pacijenta. **Stanje vegetiranja** može nastati iz kome, a karakterizira ga buđenje iz kome ali bez povratka u svjesno stanje. Niti u jednom od dva slučaja, komi ili stanju vegetiranja, ne može se izvršiti eksplantacija organa ili tkiva.³⁹ Trajno vegetativno stanje (tzv. socijalna smrt) je stanje s trajnim oštećenjem mozga, pri čemu ozlijeđena osoba ostaje u nesvjesnom stanju, ali ima aktivan EEG i neke reflekse.⁴⁰ **Utvrđivanje smrti** je postupak kojim liječnici utvrđuju trenutak nastupanja smrti. Trenutak nastupanja smrti se utvrđuje pomoću točno određenih postupaka utvrđivanja smrti, točno određenim redoslijedom. O tome ćemo detaljnije kasnije u radu. **Trenutak nastupanja smrti** – smrt je proces koji započinje kliničkom, a završava biološkom smrću – dakle, završava kada umre i posljednja stanica u čovjekovom

³⁶ Vidjeti o tome i u: The neurologist and Harvard criteria for brain death, na: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/61/7/970> (10.02.2019., 19:20h).

³⁷ Vidjeti tako u: Ljiljana Krulj, Trenutak čovjekove smrti kao pravni pojam, u: V.Klajn- Tatić, N. Djurdjević, Lj. Krulj, H. Mujović-Zornić, J. Radišić, M. Mijačić, O. Popopović, Medicinsko pravo i medicinska etika, Beograd, 1994., str 223., prema: Dippel, u: Leipziger Kommentar zum StGb, Band 4, 10. Auflage (1988), marginalni broj 8; Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, München, 1992., str. 770, marginalni broj 4., vidjeti o tome i u: Vidjeti tako u : Erwin Deutsch, Arztrecht und Arzneimittelrecht, 2. Auflage, Berlin, 1991., str. 202.

³⁸ Vidjeti tako i više o tome u : Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma, 205 journal of American Med. Association, str. 337., prema: Ljiljana Krulj, Trenutak čovjekove smrti kao pravni pojam, u: V. Klajn-Tatić, N.Djurdjević, Lj. Krulj, H. Mujović- Zornić, J.Radišić, M. Mijačić, O. Popović, Medicinsko pravo i medicinska etika, Beograd, 1994., str. 222.

³⁹ Vidjeti tako na službenoj stranici Talijanske donorske mreže na: <http://www.trapianti.ministerosalute.it>. (20.12.2018., 19:50h).

⁴⁰ Vidjeti tako na: <http://www.prometna-zona.com/cestovni-sigurnost-002.medicina> (10.01.2019., 18:30h).

tijelu.⁴¹ Pitanje je koji koncept je prihvaćen, dakle koji se trenutak smatra smrću čovjeka, u smislu konačnog kraja kada se prestaje sa svim postupcima oživljavanja i osobu proglašava mrtvom, nakon čega se mogu početi provoditi postupci poput eksplantacije organa, krionizacije, neuroprezervacije i sl. Napretkom medicine, u većini zemalja je prihvaćen model moždane (cerebralne) smrti kao trenutak smrti, jer se postupci poput krioniziranja i transplantiranja ne mogu provoditi ako je prihvaćen model biološke smrti kao trenutka smrti. Međutim, sve medicinske škole nemaju jednaki koncept moždane smrti. Dva su glavna koncepta:

1. Smrt moždanog debla;
2. Smrt cijelog mozga.⁴²

1. Smrt moždanog debla

Definira se kao ireverzibilni gubitak svijesti i ireverzibilni prekid spontanog disanja. Dijagnoza se postavlja kliničkim pregledom, kojim se dokazuje izostanak aktivnosti moždanog debla i nisu potrebni instrumentalni testovi.⁴³

2. Smrt cijelog mozga

Ovaj koncept je prihvaćen⁴⁴ u Republici Hrvatskoj i u Republici Sloveniji. Riječ je o ireverzibilnom prekidu funkcija velikog, malog mozga i moždanog debla. Dijagnoza se postavlja temeljem kliničkog pregleda, a potvrđuje se jednim od parakliničkih potvrdnih testova.⁴⁵

Četiri su koraka u dijagnosticiranju moždane smrti⁴⁶:

1. Ispuniti preduvjete za postavljanje dijagnoze moždane smrti (to su: da je pacijent u apneičnoj komi⁴⁷ i da je poznat točan uzrok koji je doveo do oštećenja mozga te da je sigurno da je oštećenje ireverzibilno i da je to dokumentirano CT nalazom);
2. Isključiti reverzibilne uzroke koji mogu oponašati moždanu smrt (to su hipotermija ispod 35 stupnjeva C, hipotenzija sa sistoličkim tlakom

⁴¹ O tome vidjeti i u: Vidjeti tako u: Ljiljana Krulj, *Trenutak čovjekove smrti kao pravni pojam*, op. cit., str. 222.-223.

⁴² Vidjeti tako i više o tome u: Nikola Žgrablić, I. Tečaj za transplantacijske koordinatore, *Dijagnostika moždane smrti*, Ministarstvo zdravstva RH i Hrvatska donorska mreža, Pula, studeni 2003., str. 86.- 92.

⁴³ Ibid, str. 88.

⁴⁴ Uz ograde koje smo naveli jer se radi o prihvaćanju od strane medicinske znanosti, a samo posredno od zakonodavca.

⁴⁵ Čl. 3. Pravilnik o utvrđivanju smrti.

⁴⁶ Vidjeti tako u: Nikola Žgrablić, I. Tečaj za transplantacijske koordinatore, op. cit., str. 88.- 92.

⁴⁷ To znači da nema spontanih pokreta disanja.

ispod 80 mmHg, metabolički i endokrilni poremećaji⁴⁸ i intoksikacija lijekovima i alkoholom);

3. Nakon što su se prva dva koraka (uvjeta) zadovoljila, treba činiti klinički pregled kojim se potvrđuje smrt moždanog debla i perzistirajuća apnea (pregledava se stanje zjenica, kornealni refleksi i izostanak spontanog treptanja, podražaj trigeminusa⁴⁹, okulocefalni refleksi⁵⁰, okulovestibularni refleksi⁵¹, faringealni i trahealni refleksi⁵², atonija muskulature, atropinski test⁵³, apnea test⁵⁴;

Smrt mozga utvrđuje se s dva uzastopna klinička pregleda. Između prvoga i drugoga pregleda kojim se utvrđuje potpuni prestanak moždanih funkcija mora proći propisani najkraći vremenski razmak od tri sata za odrasle osobe i djecu iznad 12 godina, to jest 12 sati kod djece između 2 i 12 godina starosti te 24 sata kod djece stare između 2 mjeseca i 2 godine⁵⁵.

4. Za utvrđivanje smrti mozga obvezno je nakon kliničkog pregleda izvršiti i jedan od sljedećih parakliničkih potvrdnih testova:

1. selektivna panangiografija mozga;
2. transkranijaska Doppler sonografija;
3. perfuzijska radionuklearna scintigrafija;
4. evocirani moždani potencijali;
5. EEG⁵⁶;
6. CT multislice kontrastna panangiografija.⁵⁷

⁴⁸ Kao što su hepatična encefalopatija, hiperosmolarna koma, preterminalna uremija, miastenia gravis.

⁴⁹ Riječ je o izostanku reakcije na bolno podražavanje.

⁵⁰ Izvodi se tako da se očni kapci drže otvoreni, a glava se rotira naglo na jednu stranu i zadrži u tom položaju 3-4 sekunde, a zatim se naglo rotira na drugu stranu. Kod mrtve osobe, oči prate pokrete glave. Ovaj se test ne smije izvoditi kod pacijenta kod kojeg je dokazana ili postavljena sumnja na ozljedu cervikalne kralježnice.

⁵¹ Glava se podigne za 30 stupnjeva, injicira se 50 ml hladne vode u vanjski slušni hodnik, najlakše kroz plastični kateter. Kod pacijenta s moždanom smrću oči se ne pomaknu.

⁵² Špatulom se podraži korijen jezika i stražnji zid ždrijela, a trahealni tako da se kroz tubus uvede kateter i njime podraži traheja. Ovo je posljednji refleksi koji nestaje.

⁵³ Pacijentu se intravenski ubrizga atropin u dozi od 0,04 mg/kg, nakon čega porast srčane frekvencije ne smije biti veći od 10% s obzirom na početnu frekvenciju.

⁵⁴ Ovaj test se izvodi posljednji i njime se dokazuje odsustvo respiracijskih pokreta za vrijeme odvojenosti od ventilatora kroz dovoljno dugo vrijeme, koje bi osiguralo dovoljno visok porast arterijskog CO₂, a koji bi potaknuo neurone respiracijskog centra. Vidjeti o načinu na koji se ovaj test provodi u čl. 5., toč. 10. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

⁵⁵ Čl. 6. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

⁵⁶ Za utvrđivanje smrti mozga potrebne su dvije EEG snimke bez moždane električne aktivnosti u trajanju od 20 minuta napravljene u jednakim vremenskim razmacima.

⁵⁷ Čl. 7. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

Dijagnoza moždane smrti je vrlo ozbiljna i važna medicinska dijagnoza i nužno je poštivanje redoslijeda dijagnostičkih postupaka, kao i osiguravanje da dijagnozu daju nepristrani i stručni liječnici.⁵⁸

Zakoni nekih država izričito određuju da smrt mozga označava smrt; neki tu materiju ne uređuju, ali je u medicini prihvaćena smrt mozga kao smrt; u nekim državama smrt mozga nije u potpunosti prihvaćena kao smrt; a u nekim državama nije uopće društveno priznata kao smrt.

-Eksplicitno zakonsko priznanje da je smrt mozga konačna, dakle označava smrt: Argentina, Australija, Belgija, Brazil, Češka Republika, Čile, Danska, Finska, Francuska, Grčka (zakon je objavljen u ožujku 1985. i u potpunosti oslikava zakon Ujedinjenog Kraljevstva pa se u njemu test elektroencefalografom ne zahtijeva.), Irska (objavljen je 1988. godine memorandum kojim je određeno da je temeljni element u smrti mozga smrt moždanog debla. Prema njemu: „Ako je funkcija moždanog debla nepovratno izgubljena, sve što se događa u mozgu, nevažno je i život se ne može vratiti“), Kanada, Kolumbija, Kuba, Mađarska, Nizozemska, Norveška, Peru, Poljska (u Poljskoj se traži da i srce stane prije nego se može početi s postupkom eksplantacije organa - dakle, srce tako nije moguće iskoristiti za transplantaciju), Portugal, Puerto Rico, SAD (gotovo sve države), Saudijska Arabija, Slovačka, Španjolska, Švedska, Urugvaj, Venezuela, Italija (Zakon u Italiji strogo određuje sve faze utvrđivanja smrti putem neuroloških kriterija koje obavlja ekspertni liječnički tim (anesteziolog, neurofiziopatolog, specijalist sudske medicine) kojega saziva zdravstvena uprava bolničkog centra, neovisno o eventualnom dopuštenju za eksplantaciju organa. Prema zakonu br. 578 od 29. prosinca 1993. smrt nastupa nepovratnim prestankom svih funkcija mozga. Ovo stanje može nastupiti zbog zastoja protoka krvi (elektrokardiogram pokazuje ravnu liniju ne kraće od 20 minuta) ili zbog teške ozljede koja je nepovratno oštetila mozak. U ovom posljednjem slučaju liječnici obavljaju pomne kliničke i instrumentalne provjere kako bi utvrdili istovremeno postojanje sljedećih uvjeta: stanje nesvijesti, odsutnost refleksa tijela, odsutnost spontanog disanja, električna tišina mozga⁵⁹.)

- Medicinsko priznavanje smrti kao smrti mozga, ali bez zakonskog temelja: Austrija, Indija, Južna Koreja, Južna Afrika, Njemačka, Novi zeland, SAD (neke države), Švicarska, Tajland, Ujedinjeno Kraljevstvo (tu je smrt mozga od 1974. godine prihvaćena kao smrt, temeljem pravilnika kojega je 1976. godine usvojila

⁵⁸ Vidjeti o tome više u: C. Pallis, D. H. Harley, Osnove smrti moždanog debla - Dijagnoza smrti moždanog debla, Medicinska naklada, Zagreb, 2002., str. 1.- 2., 22.- 35.

⁵⁹ Vidjeti tako na službenoj stranici Talijanske donorske mreže na: <http://www.trapianti.ministerosalute.it> (20.12.2018., 20:20h).

Konferencija Kraljevskih medicinskih udruženja i njihovih tijela, a to je potvrđeno 1995. godine memorandumom Britanskih kraljevskih udruženja u kojemu se predlaže da se izraz „smrt mozga“ zamijeni izrazom „smrt moždanog debla“).

-Smrt mozga nije u potpunosti priznata kao smrt: Izrael (u Izraelu je Ministarstvo zdravstva izdalo odredbu prema kojoj smrt mozga znači smrt, ali politički i kulturalni protivnici takvog rješenja spriječili su da ta odredba postane zakon. Međutim, odredbe koje izdaje Ministarstvo zdravstva imaju zakonsku težinu što se tiče medicinskih pitanja i na taj način je kompromisno ipak legitimizirana smrt mozga kao smrt).

-Smrt mozga nije društveno prihvaćena kao smrt: Japan

3.2. PITANJA GRAĐANSKOPRAVNOG STATUSA NAKON DEKRIONIZIRANJA

3.2.1. Prvo na što trebamo dati odgoor jest jesu li krionika i neuroprezervacija u Hrvatskoj i Sloveniji dopušteni?

Bi se u Hrvatskoj i Sloveniji mogla osnovati takva institucija koja se brine o krioniziranim tijelima i provodi postupak krionizacije, ili bi li se netko u Hrvatskoj ili Sloveniji mogao odlučiti za to da znanstvenici dođu iz jedne od američkih institucija koje se bave krionikom i (primjerice, radi se o osobi koja umire od neke smrtonosne bolesti i evidentno je da je smrt vrlo blizu, pa da liječnici dođu i budu uz njega u trenutku smrti, kada se postupak krionizacije najkasnije mora početi provoditi⁶⁰, kako bi nastala što manja šteta na tkivima i organima) provedu pripremni dio postupka neuroprezervacije u Hrvatskoj ili Sloveniji, te poduzmu ovdje sve postupke koji su nužni prije transporta tijela u krionički institut u Americi ili Rusiji? Odgovor na to pitanje daje nam čl. 11. Pravilnika: *Nakon utvrđivanja smrti mozga liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke. Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga članka, pod uvjetima propisanim zakonom dopušteno je nastaviti medicinske postupke u slučaju kad je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.* Istu odredbu možemo naći i u slovenskom Pravilniku u čl. 13.

Dakle, prema ovome bi se dalo zaključiti da je krionički postupak u Republici Hrvatskoj i Republici Sloveniji⁶¹ zabranjen. No, zar to nije kršenje prava čovjeka,

⁶⁰ Dakle, oni bi trebali početi s postupcima najkasnije vrlo kratko nakon što je proglašena smrt (ali je za postupak važno da se ne provodi oživljavanje, da se ne daje kisik – odnosno, da ga se daje što kraće dok se aparatura ne pripremi i da ga se ne uključuje na aparate za održavanje života, kako bi mozak ostao sa što manje oštećenja).

⁶¹ Usporediti također slovenski Pravilnik o načinu konzerviranja in postopkih prevoza človeških organov (UL RS, br. 12/16), koji u čl. 1 piše da se njime određuje način konzerviranja i postupci za prijevoz ljudskih organa namijenjenih presađivanju od davatelja do primatelja.

jer ako on može odlučiti dati svoje organe nakon smrti (donirati ih), zašto ne bi mogao cijelo svoje tijelo dati zamrznuti (krionizirati) u nadi da će se jednog dana moći ponovno vratiti među žive. Naravno, polazeći od toga da je dopušteno sve što nije zabranjeno, postavlja se i pitanje je li nešto tako značajno smije biti predmetom podzakonskog akta – vjerujemo da ne.

3.2.2. *Kakav je pravni status osobe koja je krionizirana?*

Danas, kada su krionika i neuroprezervacija postale stvarnost (jer se u svijetu provode), bitno je imati striktnu (po mogućnosti specijalnu - baš za potrebe krionike i neuroprezervacije) pravnu regulaciju kada smrt nastupa i, ako nisu zabranjene, pod kojim uvjetima se krionika i neuroprezervacija smiju provoditi. Prema definiciji smrti kakva je prihvaćena u našem pravu, u kojem je smrt ireverzibilni prekid funkcija velikog, malog mozga i moždanog debla⁶², kao vrijeme smrti osobe uzima se vrijeme utvrđivanja smrti mozga, odnosno potpisivanja obrasca „Zapisnik o utvrđivanju smrti“, kojeg potpisuju liječnici specijalisti koji su izvodili klinički pregled te liječnik specijalist koji je izvršio parakliničke potvrđne testove kojima je utvrđena smrt mozga.⁶³ **Prema tome, kada liječnici potpišu „Zapisnik o utvrđivanju smrti“, osoba se pravno smatra mrtvom i bilo kakav krionički ili slični postupak ne može dovesti do toga da se tu osobu (više) ne bi smatralo mrtvom.** Ta osoba bi (*de lege lata*) bila pravno mrtva i nastale bi sve pravne posljedice koje se vežu uz činjenicu smrti.

U osnovi postoje dvije različite moguće situacije. Prva je ona u kojoj dođe do smrti (koju se ničim ne potiče, ona dođe po prirodnom slijedu stvari) i tek nakon toga se umrla osoba krionizira ili neuroprezervira (to naravno podrazumijeva prethodnu pripremu i stvaranje uvjeta za žurnu reakciju). Druga je ona u kojoj bi „pacijent“ mogao i dalje živjeti, ali se odluči na krioniziranje ili neuroprezerviranje ne čekajući svoju prirodnu smrt (najčešće će to biti u zadnjem stadiju bolesti) i možda čak i nasljednici takav postupak podržavaju. Kada bismo povukli paralelu s eutanazijom (koja je u Hrvatskoj i u Sloveniji nedopuštena) to bi (krionika prije smrti⁶⁴) bilo počinjenje kaznenog djela, ali i to je dvojbeno jer još nemamo

⁶² Čl. 3. Pravilnika. Upućujemo primjedbe da je to propis koji se odnosi na presađivanje i načelno je problematično koristiti ga i za druge slučajeve.

⁶³ Čl. 10. Pravilnika.

⁶⁴ Vidjeti slučaj opisan u: Charles Platt, The Cryopreservation of Jim Glennie, na <http://www.alcor.org/Library/html/glennie.html>, u kojem se vrlo detaljno opisuje kraj života osobe koja je podvrgnuta krioniziranju, kao i cijeli postupak. (20.12.2018., 21:50h). Ono što ovdje želimo naglasiti je da je bolnica (u Coloradu), nakon upute o neoživljavanju (supruga je iznijela da je to njegova želja, ali su i iz Alcora objasnili liječnicima bolnice da se samo tako može uspješno provesti cijeli postupak), izgasila i aparate kojim se prati rad srca i disanje pacijenta (jer je bolnička logika „sve ili ništa“ – odluči li se za neoživljavanje u slučaju potrebe, skinu ga s aparata) i krionički proces je počeo kada je pacijent počeo jako teško disati, hroptati i kada je liječnik rekao da će to biti kraj, da ulazi u agonalnu fazu. Krioničari „kao normalno“ opisuju daje postupak odmah započet, kako ne bi došlo do oštećenja mozga zbog slabe opskrbe kisikom.

odgovor na osnovno pitanje: **znači li krionizacija žive osobe smrt ili ne**. Ako krenemo od stava krioničara, riječ je o produljenju života pomoću hibernacije (oni i ne koriste naziv smrt), kako bi se osoba mogla izliječiti kada znanost dosegne potreban stupanj razvoja. S druge strane, po definiciji smrti nema razlike između onoga tko je krioniziran nakon smrti i onoga prije smrti, što znači da je dosta logično zaključiti da, ako netko nije umro prije krioniziranja, sigurno nije nadživio postupak krioniziranja (druga je stvar pitanje „odmrzavanja“ koje je za sada teorijska kategorija) i također bi moralo doći do potpisivanja navedenog Zapisnika o utvrđivanju smrti.

3.2.3. Kakav je pravni status osobe koja je dekrionizirana i uspješno vraćena među žive?

Kada bi krionički postupak i bio dopušten, kada bi postojala odredba prema kojoj bi se osoba koja je podvrgnuta krioničkim postupcima smatrala umrlom (što po hrvatskom i slovenskom pravu znači i pokretanje ostavinskog postupka i *ex lege* nasljeđivanje), što s tom osobom kada (ako) se jednog dana nad njom provede reverzibilni postupak i kada (ako) postupak uspije i ta se osoba vrati među žive?

Dakle, tada imamo umrlu osobu koja ponovno stupa u pravne odnose i koja ima ponovno određena prava i obveze. Nužno bi bilo da ta osoba opet postoji. Ono što smatramo dobrim rješenjem je da se dopusti podvrgavanje krioničkim postupcima samo u slučajevima kada je moguće proglasiti smrt, odnosno nakon što se potpiše Zapisnik o utvrđivanju smrti. Nakon toga bi se krioniziranu osobu moralo smatrati mrtvom. **Ukoliko do „povratka među žive dođe“, pravno bi ta osoba bila u statusu osobe nestale i proglašene za umrlu, koja se naknadno pojavila. Druga mogućnost je da se smatra „novorođenom“.** Sva njena prava i obveze iz prijašnjeg života ne bi postojali, pa ta osoba ne bi mogla sebi ostaviti imovinu (jer je postupak nasljeđivanja proveden), brak ne bi postojao jer je bračni drug mogao sklopiti novi brak itd.

Pitanje koje nam se tu nameće je: zar netko nema pravo (u nadi da će lijek biti pronađen i da će ponovno živjeti, a svakako se tome nada i vjeruje u to, kada se podvrgla tom postupku) osigurati sebi imovinu za taj dio života, je li nužno i pravedno da onda počinje iz početka, a možda je bio vrlo bogat prije? **Zar ne bi**

Mi ovdje pitamo: je li to bila riječ o živoj osobi, za koju se liječnici potvrdili da je kraj neizbježan i blizu, ali bi li bio taj dan? Pacijent je bio u agonikalnoj fazi (agon=borba) koja je okarakterizirana gubitkom svijesti i refleksa i nastankom poremećaja u radu vitalnih organa. Rad srca je usporen, srčani tonovi tiši, puls se ne pipa, a arterijski pritisak je izrazito smanjen. Disanje je neujednačeno, površno i s povremenim prekidima ili periodično (zbog promjena na respiratornom centru). Ako agonikalna faza traje nekoliko sati ili dana zbog smanjenog intenziteta metaboličkih procesa, dolazi do hipotermije. Dakle, to nije čak ni klinička smrt – stanje bez manifestnih znakova života, a čak iz kliničke smrti postoji mogućnost da se čovjek reanimacijom vrati u život (a to je stepenica prije moždane smrti).

trebao imati pravo imati npr. račun u banci sa svotom novca koji mu neće biti ugašen sve dok ga ne „odmrznu“, pa makar tako i desetljećima novac stajao u banci (trebalo bi ga biti dovoljno da pokriva trošak vođenja računa ili sl.). Smatramo da treba o tome razmisliti i naći rješenje ako uspije postupak dekrionizacije.

4. ZAKLJUČAK

Sa stajališta fizike, proces zamrzavanja i skladištenja je vrlo jednostavan – bilo koji predmet uronjen u tekući dušik dobiva temperaturu minus 196 stupnjeva. U tom stanju biološka tkiva mogu postojati desetine milijuna godina.⁶⁵ Optimisti, a među njima i nobelovac Richard Smalley, tvrde da će takav “popravak” stanica postati moguć u sljedećih nekoliko desetljeća.⁶⁶

Već i sama mogućnost toga ukazuje na potrebu žurne reakcije zakonodavca da se odredi u odnosu na ovu mogućnost. Međutim, ako zakonodavac ostane pasivan, a situacija se ipak dogodi, sudovi ne mogu odbiti postupanje i morali bi se odrediti u odnosu na mnoga pitanja, od kojih smo naveli samo ona glavna. Dakle, bi li se otvorilo nečije nasljedstvo zato što se podvrgao krioniziranju, bi li oni koji su sudjelovali bili izloženi kaznenim ili drugim sankcijama, što bi bilo s imovinom krionizirane osobe (posebno što ako se na istoj zasnuje neka vrsta založnog prava u korist troškova krioniziranja), što je sa statusom nasljednika koji traže nasljedstvo i negiraju prava krionizirane osobe (je li moguća ikakva analogija s onim tko ne poštuje posljednju volju ostavitelja, a to je jedan od razloga nedostojnosti), što je sa zastupanjem krionizirane osobe u raznim postupcima ako nije mrtva) itd. Niz je otvorenih pitanja na koja je potrebno dati odgovore zbog pravne sigurnosti i vladavine prava.

LITERATURA

Knjige, članci:

Harold A. Buetow, Medical-Legal Aspects of Cryonics: Prospects for Immortality Ethical - Legal and Social Challenges to a Brave New World Genetics - Ethics and the Law, Journal of Contemporary Health Law & Policy, 2(1), 1986.

Rebekah Cron, Is Cryonics an Ethical Means of Life Extension?, University of Exeter, 2014.

⁶⁵ <https://hr.readingontheweb.com/obschee/4425-mozhno-li-zamorozit-cheloveka-na-100-let.html> (11.02.2019., 18:30h).

⁶⁶ Ibid.

Erwin Deutsch, *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 2. Auflage, Berlin, 1991.

Miodrag Janjić, *Pravni problemi u vezi sa presađivanjem tkiva i organa*, Institut za uporedno pravo, Beograd, 1972.

Petar Klarić, Martin Vedriš, *Građansko pravo*, Narodne novine, Zagreb, 2006.

Cheryl Knight, *A science without deadline*, Engineering & Technology, Vol. 3, Issue 19, 2008.

Ljiljana Krulj, *Trenutak čovjekove smrti kao pravni pojam*, u: V.Klajn- Tatić, N. Djurdjević, Lj. Krulj, H. Mujović-Zornić, J. Radišić, M. Mijačić, O. Popopović, *Medicinsko pravo i medicinska etika*, Beograd, 1994.

John LaBouff, *He Wants To Do What?, Cryonics: Issues in Questionable Medicine and Self-Determination*. 8 Santa Clara High Tech. L. J., 1992.

Adolf Laufs, Wilhelm Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, München, 1992.

Leipziger Kommentar zum StGb, Band 4, 10. Auflage, 1988.

C. Pallis, D. H. Harley, *Osnove smrti moždanog debila - Dijagnoza smrti moždanog debila*, Medicinska naklada, Zagreb, 2002.

Adam. A. Perlin, *To die in order to live: the need for legislation governing post-mortem cryonic suspension*. Southwestern University Law Review vol. 36, 2007.

Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *A Definition of Irreversible Coma*, 205 journal of American Med. Association, 1968.

George P. Smith, *Intimations of Immortality: Clones, Cryons and the Law*. 6 U. New S. Wales L. J., 1983.

Daniel R. Spector, *Legal implications of cryonics*, Cleveland State University, 18 Clev.-Marshall L. Rev., 1969.

Nikola Žgrablić, I. Tečaj za transplantacijske koordinate, *Dijagnostika moždane smrti*, Ministarstvo zdravstva RH i Hrvatska donorska mreža, Pula, studeni 2003.

Propisi:

Pravilnik o načinu pregleda umrlih osoba te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti, NN 46/11 6/13, 63/14

Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja, NN 3/06

Pravilnik o medicinskim merilima, načinu in postupku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti, UL RS 70/01, 56/15

Pravilnik o načinu konzerviranja in postopkih prevoza človeških organov, UL RS 12/16

Internetski izvori:

<https://hr.carolchanning.net/obrazovanie/83477-kriogennaya-kamera-opisanie-vidy-harakteristiki-i-osobennosti.html>

<https://qz.com/883524/fifty-years-frozen-the-worlds-first-cryonically-preserved-humans-disturbing-journey-to-immortality/>

<https://hr.readingontheweb.com/obschee/4425-mozhno-li-zamorozit-cheloveka-na-100-let.html>

<https://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2841&context=clevstrev>

<http://eandt.theiet.org/magazine/2008/19/science-without-deadline.cfm> (15.2.2019, 15:30h).

<http://proleksis.lzmk.hr/32742>

Ognjen Ožegić, Vrijeme za hlađenje, Medicinar 45, na: medicinar.mef.hr/pdf/kronika.pdf

<http://philpapers.org/archive/CROICA-2.pdf>

<https://www.index.hr/vijesti/clanak/odrubite-si-glavu-i-zamrznite-je-sad-vratite-se-medju-zive-kada-covjecanstvo-otkrije-besmrtnost/932181.aspx>.

Zaledila spermu supruga i rodila nakon njegove smrti, na: http://www.24sata.hr/index.php?cmd=show_clanak&action

Neuropreservation FAQ, <http://www.alcor.org/Library/html/neuropreservationfaq.html>

CARDIONet Zdravlje, Uzroci i mehanizmi zastoja disanja i krvotoka, na: <http://www.cardionet.hr/CardionetZdravlje/casopis/clanak.asp>

<http://bs.wikipedia.org/wiki/Smrt>

U Kini rođene prve GMO bebe: ‘Zgroženi smo, kreće istraga, <https://www.24sata.hr/tech/u-kini-ro-ene-prve-gmo-bebe-zgrozeni-smo-krece-istraga-601878>

<http://www.prometna-zona.com/cestovni-sigurnost-002.medicina>

The neurologist and Harvard criteria for brain death, na: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/61/7/970>

<http://www.trapianti.ministerosalute.it>.

<https://hr.readingontheweb.com/obschee/4425-mozhno-li-zamorozit-cheloveka-na-100-let.html>

Charles Platt, The Cryopreservation of Jim Glennie, na <http://www.alcor.org/Library/html/glennie.html>

CIVIL LAW ASPECTS OF CRYONICS AND NEUROPRESERVATION AS RIGHTS OF PATIENTS

In this paper, the authors analyse the concepts of cryonics and neuropreservation as patients' rights and their civil law aspect comparatively in Croatian and Slovenian law. The aim of this paper is to detect the legal void of *de lege lata* and give suggestions *de lege ferenda*. The paper analyses a series of questions to which the law should provide answers: would someone's estate become available because they were subjected to a cryonics procedure, would those who participated be subjected to criminal or other sanctions, what would happen with the assets of the cryogenically preserved person (especially in case there is a right of pledge in favour of the cryonics procedure costs), what happens with the status of heirs who seek the inheritance and deny the rights of the cryogenically preserved person (is there any analogy with anyone who does not respect the last will of the testator, which is one of the reasons of indecency), what happens with the representation of a cryogenically person in various procedures if they are not dead), what would be legal status of a decryonized person etc. There are a number of open questions to which the authors try to find the answer.

Key words: *cryonics, neuropreservation, civil law aspect, legal status, inheritance*

Prof. dr. sc. Hrvoje Kačer, redovni profesor u trajnom zvanju
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Dr. sc. Blanka Kačer, docentica
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

ODGOVORNOST BEZ KRIVNJE U KIRURGIJI *DE LEGE LATA* I *DE LEGE FERENDA*

UDK:347.56:614.25

347.56:617

Primljeno: 20. veljače 2019.

Izvorni znanstveni rad

U ovom radu autori su se bavili objektivnom odgovornošću, dakle odgovornošću bez krivnje u jednom dijelu medicinske djelatnosti, konkretno u kirurgiji. Pri tome su naglasili da situacija u kojoj postoji veliki nedostatak specijalnih pravnih normi, normi koje su donesene baš za medicinu ili pojedine njezine dijelove, istodobno i zabrinjava i uzrokuje opravdani strah. Za sada su vrlo rijetke sudske odluke u kojima se dosuđuje naknada po pravilima objektivne odgovornosti, ali uzrok takvom stanju je u okolnostima koje se svode na neka procesna i materijalna pravila kod kojih nalazimo i prednosti i nedostatke. Jedino pravo rješenje je što prije donijeti specijalne pravne norme, koje bi trebalo formulirati uz veliko sudjelovanje kako znanosti, tako i zainteresiranih strana, ne smatrajući više *a priori* liječnika jačom, a pacijenta slabijom stranom.

Ključne riječi: šteta, objektivna odgovornost, pacijent, liječnik, zaštita slabije strane

I. UVOD

Sam naslov ovoga rada bi prije ne tako mnogo godina djelovao kao čisti Jules Verne, dakle kao nešto što ne postoji sada, a postojat će, ako bude postojalo, u nekoj dalekoj budućnosti. Manje zakonodavac, a daleko više sudska praksa učinili su da se radi o sadašnjosti, u kojoj odgovornost bez krivnje i nije neka posebna rijetkost, a notorni trend je u povećanju, dakle jakom širenju polja primjene ove vrste odgovornosti.

Općenito kod odgovornosti bez krivnje ili objektivne odgovornosti postoji jedna naglašena suprotstavljenost ili barem različitost između Zakona o obveznim odnosima¹ koji je *sedes materiae* glede odgovornosti uopće i klasičnih medicinskih²

¹ Zakon o obveznim odnosima, NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15 - dalje: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima ili Zakon. Prethodno je na snazi bio istoimeni zakon - Zakon o obveznim odnosima, NN 53/91, 73/91, 111/93, 3/94, 7/96, 91/96, 112/99 i 88/01 - dalje: ZOO 91 ili Zakon o obveznim odnosima 1991.

² Kod oba pojma se zna na što se misli, ali to ipak nisu sinonimi. Naime, smatra se (velika većina tako smatra) da je pojam zdravstveno pravo ipak širi od pojma medicinskog prava. Prijepori nastaju kada tu razliku treba precizirati, posebno kada treba navesti što to spada u zdravstveno pravo, a ne spada u

zakona. Naime, potpuno je svima jasno da i Zakon o obveznim odnosima spada u medicinske propise, ali je isto tako svima jasno da nitko od onih koji su pripremali tekst toga zakona³ nije kod rasprave o materiji štete i odgovornosti za štetu u svojem fokusu imao medicinu. Bez obzira na najbolje namjere svih uključenih, potpuno je jasno da je Zakon o obveznim odnosima iznimno širok, to je hrvatski supstitut građanskom zakoniku kojega, nažalost, (za razliku od praktično svih razvijenih država) ne samo da nemamo, nego nema ni političke odluke da se pristupi radu na tom zakoniku. Dakle, s jedne strane imamo jedan, ma kako kvalitetan, ipak vrlo širok pravni okvir sadržan u Zakonu o obveznim odnosima, dok u čitavom nizu drugih zakona iz tzv. medicinskog paketa o šteti i odštetnoj odgovornosti nema ni riječi.

U ovom radu je analizirana objektivna odgovornost kao jedna od dvije vrste građanskopravne odgovornosti, i to ne općenito u medicini nego baš u kirurgiji kao važnom dijelu medicine uopće. Istraživanje objektivne odgovornosti ili odgovornosti bez krivnje po naravi stvari uključuje i (barem na razini usporedbe) subjektivnu odgovornost ili odgovornost po osnovu krivnje⁴. Ono što je novota, iako predstavlja sadašnjost, ali i blisku budućnost, je odgovornost na planu uporabe robota u kirurgiji i općenito medicini, što je još jedna velika novota, koja imperativno zahtijeva posebnu, specijalnu normativu. Koristili smo sigurno najpoznatiji sudsku odluku o objektivnoj odgovornosti⁵, ali i druge odluke koje, iako *in concreto* presuđuju u korist subjektivne odgovornosti, potvrđuju da je po pozitivnim propisima u Republici Hrvatskoj moguća objektivna odgovornost bez da se i jedna riječ u bilo kojem zakonu promijeni.

medicinsko, kao i ima li nečega što spada u medicinsko pravo, a ne spada u zdravstveno pravo. Svakako, u ovom tekstu, po naravi stvari, ta razlika nije bitna pa ćemo koristiti bilo jedan, bilo drugi pojam. Vidjeti više o tome u: Jozo Čizmić, Aktualno stanje na području medicinskog prava, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017., str. 98.-99.

³ Mislimo u prvom redu na Radnu grupu koju je vodio prof. dr. sc. Petar Klarić, ali i na stručnjake u resornom ministarstvu (to je *in concreto* bilo Ministarstvo pravosuđa), te u konačnici na zastupnike u Hrvatskom saboru.

⁴ Vidjeti više o obje vrste odgovornosti u: Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, Pravo i porezi broj 7/2007., str. 12.- 18.; Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, Pravo i porezi broj 8/2007., str. 14.- 24.

⁵ Vidjeti više o toj odluci u: Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 / 2008., str. 35.- 40.

II. KLJUČNI POJMOVI – KIRURGIJA I OBJEKTIVNA ODGOVORNOST

II.1. KIRURGIJA

Radi potpunosti i razumljivosti, bitno je definirati pojmove koji su mnogima poznati, ali mnogima i nisu. Tako je za medicinare dosta stran pojam štete i/ili odštetne odgovornosti sa svim potankostima, a za nemedicinare je to isto ili slično s pojmom kirurgija.

Kirurgija (od grčkog: *χειρουργική*, i latinskog: *chirurgiae*, što znači “rad rukom”) je grana medicine koja koristi ručne i instrumentalne operativne tehnike na pacijentima da bi istražila i/ili tretirala patološka stanja kao što su bolesti ili ozljede, a u svrhu poboljšanja tjelesnih funkcija ili vanjskog izgleda. Kao što je to i inače slučaj, razvitkom se došlo do mnogih podgrana kirurgije, pa se tako kao podgrane u jednom izvoru navode: opća kirurgija, traumatologija, abdominalna kirurgija, vaskularna kirurgija, torakalna kirurgija, kardijalna kirurgija, plastična i rekonstruktivna kirurgija, endokrinološka kirurgija, dječja kirurgija, neurokirurgija. Ostale grane medicine koje su usko vezane uz kirurgiju su ortopedija, oftalmologija, maksilofacijalna kirurgija, oralna kirurgija, otorinolaringologija, ginekologija, urologija.⁶ Naravno, navedena podjela nije ni jedina ni vječna, za očekivati je daljnje podjele, kao što je to uostalom slučaj i u pravu.

Prema jednom drugom izvoru⁷, kirurgija (lat. *chirurgia* < grč. *χειρουργία*: ručna obradba; vidarsko umijeće), je grana medicinske znanosti i umijeća koja se bavi proučavanjem i liječenjem bolesti i ozljeda primjenom operacijskih (kirurških) zahvata, a ne obuhvaća samo *krvave* zahvate (operacije), nego i *nekrvave* (namještanje iščašenja i prijeloma, postavljanje zavoja i dr.).

Kirurška je djelatnost stara vjerojatno koliko i ljudski rod, ima joj tragova već u kameno doba. U VI. st. pr. Kr. Indijci su izvodili niz operacija mokraćnih kamenaca i očne mrežice. U antičkoj Grčkoj mnogi su se liječnici bavili kirurgijom i uvodili nove zahvate (npr. Hipokrat svojim namještanjem iščašenih udova), a rimski medicinski pisac Celso opisao je velik broj operacija i tehniku njihova izvođenja. U srednjem vijeku kirurgija je nazadovala, pa su se njome bavili brijači i ranarnici; liječnici su kirurški rad smatrali nedostojnim, a i Crkva je tada branila prolijevanje krvi. Ni Arapi nisu unaprijedili kirurgiju, jer im je vjera branila uporabu noža (mjesto nožem, služili su se užarenim željezom).

⁶ Prema: wikipedia, uvid 14.02.2019., 20:17h.

⁷ Prema: <http://www.enciklopedija.hr> uvid 14.02.2019., 20:40h.

Tek u XVI. st., zaslugom francuskog kirurga A. Paréa, kirurgija je postala ravnopravnom medicinskom strukom. Potkraj XIX. i na poč. XX. st. pojedina su se područja kirurške djelatnosti počela odvajati od „opće kirurgije“, pa se kao zasebne specijalnosti dalje razvijaju ginekologija, oftalmologija, otorinolaringologija, ortopedija, stomatologija, urologija i neurokirurgija. Još neka uža područja kirurgije postala su u novije doba posebne specijalnosti ili podspecijalnosti. Tako se *abdominalna kirurgija* usredotočila na liječenje bolesti organa trbušne šupljine, osobito probavnoga sustava. *Angiokirurgija* se bavi kirurškim liječenjem bolesti krvnih (arterija, vena, kapilara) i limfnih žila, napredovala je osobito uvođenjem mikroskopa za zahvate na sitnim krvnim žilama te mogućnošću nadomještanja većih defekata ili pak zaobilaženja bolesnog odsječka neke žile cijevima od dakrona, teflona i drugih materijala.

Dječja kirurgija bavi se liječenjem bolesti u dječjoj dobi i nije samo „kirurgija odrasle dobi u malome“, već obuhvaća i neke specifičnosti kakvih u odraslih osoba nema, npr. kirurgija novorođenčadi (*neonatalna kirurgija*) i kirurgija još nerođene djece (*antenatalna kirurgija*). Kirurškim liječenjem srčanih bolesti i mana bavi se kardiokirurgija, a bolestima i manama čeljusti i lica maksilofacijalna kirurgija. *Mikrokirurgija* se, uz pomoć operacijskoga mikroskopa i vrlo finih instrumenata, bavi zahvatima što omogućuju npr. šivanje krvnih žila promjera manjeg od 0,5 mm ili šivanje živčanih vlaknaca, a obogatila je i postupke plastične kirurgije. Posebna je neurokirurška disciplina psihokirurgija, na njezinim se postupcima danas pristupa vrlo kritički. *Ratna kirurgija* već se zarana izdvojila kao specifična disciplina jer proučava mehanizme nastanka, patologiju i liječenje ratnih ozljeda, a napose organizaciju zbrinjavanja ranjenika. Kirurškim liječenjem bolesti organa prsne šupljine bavi se torakokirurgija, a zbog naglog porasta mirnodopskih ozljeda (osobito u industriji, prometu i sportu) oblikovala se još jedna kirurška grana, traumatologija.

Kirurgija je dio medicinske znanosti i umijeća, bavi se istraživanjem i liječenjem bolesti primjenom operacijskih (kirurških) zahvata.⁸ Koliko je kirurgija važan dio medicine, govori i podatak da su Hipokratovi spisi sabrani u djelu pod nazivom „Corpus Hippocraticus“, koje se sastoji od 59 dijelova, od kojih je 8 o kirurgiji.⁹ Prateći brojne kriterije, neminovno je zaključak da je kirurgija iznimno važan dio medicine, dio koji postaje sve važniji, a nekako upravo proporcionalno s rastom važnosti kirurzi postaju (što je paradoksalno) sve izloženiji rizicima svih vrsta, a posebno onih pravnih - medicinskim rječnikom kazano, daleko smo od epidemije

⁸ Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 1992. god, str. 416.

⁹ http://www.povijest_medicine.pdf.

i to tako da smo već u pandemiji i to je sigurno jedan do važnih razloga odlaska kirurga u inozemstvo.¹⁰

II. 2. ODGOVORNOST BEZ KRIVNJE

Jednako kao što je Rudolf Ludwig Virchow značio prekretnicu¹¹ između razdoblja neodgovornosti medicinskih djelatnika (u prvom redu liječnika, ali ne i samo liječnika), tako je nova prekretnica nastala kada je došlo i do toga da se (i) u medicini može odgovarati i bez ikakve krivnje, dakle objektivno ili kazualno. To je velika promjena koja je, u pravilu, ušla u moderne pravne sustave na područjima velikih rizika, dakle opasnih stvari i opasnih djelatnosti (tu možemo navesti brodove, željeznice, automobile, kamione i sl.). Jasno je da se odgovornost bez krivnje protivi nekim temeljnim načelima pravednosti i poštenja, ali slično možemo kazati i za neodgovornost osnivača i zakonskih zastupnika za dugove pravnih osoba. U oba slučaja razumni kompromis između onoga što npr. zahtijevaju poštenje i pravda i napretka našao se tako da je vaga prevagnula na stranu napretka i dobili smo po kriteriju pravde i poštenja dosta čudne modele¹², ali ipak modele koji omogućavaju napredak.

U svojoj biti, odgovornost bez krivnje je slično uređena u raznim modernim pravnim sustavima. Kod nas je to slučaj sa Zakonom o obveznim odnosima, koji je objektivnoj odgovornosti (u svojem općem dijelu, bez posebnih odredbi za motorna vozila u pogonu) posvetio (samo) pet članaka sa ukupno 12 stavaka. Naravno, to treba dovesti u svezu sa zakonskom definicijom štete uopće iz članka 1046. Zakona. Prema toj zakonskoj definiciji, šteta je umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta).

Prilično je čudno što zakonodavac uopće nije definirao dvije ključne stvari – opasnu stvar i opasnu djelatnost. Naime, u temeljnom, početnom članku 1063. Zakona stoji da se šteta nastala u vezi s opasnom stvari, odnosno opasnom djelatnosti smatra da potječe od te stvari, odnosno djelatnosti, osim ako se dokaže

¹⁰ Paradoks *sui generis* koji će vjerojatno ući u udžbenike je što je jedan od najpoznatijih hrvatskih kirurga, unatoč izraženoj želji da nastavi raditi iako je ispunio uvjete za mirovinu, odbijen od poslodavca (vjerojatno najvećeg u državi).

¹¹ Toliko značajnu da smo zabilježili i podjelu razdoblja na vrijeme prije Virchowa i poslije Virchowa. Vidjeti tako u: Hrvoje Kačer, Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017., str. 194.

¹² Naravno da je donekle čudno da bogati direktor i/ili osnivač ili vlasnik društva ne odgovara osobnom imovinom za štete koje je grubom nepažnjom, ponekad teško shvatljivom nepažnjom, nanio u ime društva trećima. Međutim, tko bi, da nije stvorena konstrukcija pravne osobe razdvojene od fizičke kao zastupnika i osnivača, prihvatio voditi bilo koju veću (po kriteriju broja zaposlenih, visine prihoda...) pravnu osobu – NITKO !!!

da one nisu bile uzrok štete. Dakle, za razliku od odgovornosti s krivnjom kod koje treba dokazati tzv. kauzalni neksus ili uzročno – posljedičnu svezu, kod objektivne odgovornosti postoji vrlo velika razlika. Radi se o tome da se u članku 1063. Zakona nalazi (za objektivnu odgovornost) **predmnjeva uzročnosti**, što znači da je nema potrebe dokazivati. Po ovom sustavu objektivne odgovornosti odgovoran je vlasnik opasne stvari, odnosno onaj tko obavlja opasnu djelatnost. Naravno, ako je vlasniku opasna stvar protupravno oduzeta (ukradena), za štetu koja od nje potječe ne odgovara vlasnik, nego onaj koji mu je oduzeo opasnu stvar, ako vlasnik nije za to odgovoran, a bio bi da npr. ostavi stvar bez nadzora, s dostupnim ključevima i sl. Vlasnik neće odgovarati ni ako je stvar povjerio da se njome služi ili osoba koja je inače dužna da je nadgleda a nije kod njega na radu (jer da je kod njega na radu ipak bi vlasnik odgovarao). Ako je kojim slučajem šteta proizašla iz neke skriveno mane ili skrivenog svojstva stvari na koje joj nije skrenuo pozornost, ipak će odgovarati vlasnik, ali ne sam nego uz tu osobu i tako je dodatno zaštićena oštećena osoba. Ravnoteža se, za slučaj štete uzrokovane skrivenim manama postiže tako da se osobi koja je kao odgovorna platila, a nije vlasnik, priznaje pravo na regres. Posebno je značajno kako je zakonodavac propisao slučajeve u kojima je moguće oslobođenje od odgovornosti. Iako je to izrijeком propisano samo za vlasnika, tada kada je to po naravi stvari moguće, iste odredbe se mogu koristiti i za onoga tko obavlja opasnu djelatnost. Prvi slučaj je ako vlasnik dokaže da šteta potječe od nekog nepredvidivog uzroka koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti. Očito se radi o slučaju koji je poznat u pravu kao viša sila ili *vis maior*. Drugi slučaj je ako vlasnik 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. Treći slučaj je ako je oštećenik djelomično ili potpuno pridonio nastanku štete. Ukoliko je pak šteti treća osoba doprinijela (uz vlasnika opasne stvari), ona odgovara oštećeniku solidarno s vlasnikom stvari, a dužna je snositi naknadu razmjerno težini svoje krivnje.

III. RAZVITAK ODGOVORNOSTI BEZ KRIVNJE

Kako smo već naveli, ovaj razvitak kako općenito, tako i u medicini, ima svoja jasna pravila, ali i redoslijed. Na području medicine je prvo razdoblje neodgovornosti, nakon kojega dolazi do razdoblja odgovornosti, pri čemu je trend, objektivno, zabrinjavajući. Naime, od vremena u kojemu je bilo vrlo teško pronaći vještaka medicinske struke koji bi vještačio u medicinskim predmetima (to je trajalo dosta dugo, a budući da, po naravi stvari, praktički nije moguće

presuditi bez stručnog znanja sudskog vještaka, predmeti su bili u svojevrsnoj blokadi), došlo se do vremena svojevrsne hysterije javnosti (koja nije bez učinka na sudove). Nakon toga se, unutar sustava odgovornosti, počinje, pored odgovornosti po kriteriju krivnje, odgovarati i bez krivnje i to je potpuno nova faza.¹³ Naime, sudska praksa je već prilično bogata glede objektivne odgovornosti općenito, te posebno glede značenja pojmova opasna stvar i opasna djelatnost. Međutim, jedno je zauzeti stav da je npr. nož opasna stvar (što je notorno), a sasvim nešto drugo to primijeniti na kirurgiju u kojoj je nož (u najširem smislu toga pojma) *condicio sine qua non* funkcioniranja uopće. Tu svakako treba spomenuti da je Komisija (tadašnje) EZ u jednom trenutku predložila da sve profesionalne djelatnosti (što uključuje, naravno, i medicinske) budu glede odgovornosti uređene tako da se uvijek odgovara bez krivnje, što je (dodali bi srećom) ipak odbijeno, odnosno nije prihvaćeno.¹⁴

Radi toga što ne postoje posebne, specijalne pravne norme o objektivnoj odgovornosti u medicini (a još manje različitosti unutar medicine, pri čemu je više nego realno da i to postoji, pri čemu bi, stvarno, po naravi stvari, **baš kirurgija zasluživala poseban status**) nego se primjenjuju tzv. opća pravila iz Zakona o obveznim odnosima sudovi su još prilično neodlučni i u pravilu se odlučuju za odgovornost na temelju krivnje. Ovo dovodimo u svezu s činjenicom da se po našem Zakonu o obveznim odnosima krivnja (najblaži oblik) predmnjeva, a po procesnim propisima sud nije vezan pravnom kvalifikacijom tužitelja (što znači da tužitelj koji tvrdi da postoji objektivna odgovornost i traži npr. 100.000,00 Kn po tom osnovu nije radi toga ograničen u tome da mu sud usvoji zahtjev, ali da smatra da se radi o odgovornosti po osnovu krivnje). Na neki način, dakle, imamo potvrđenu objektivnu odgovornost u medicini, ali u praksi se ista u velikoj mjeri izbjegava. Za sada je to bez posljedica na oštećenike, ali pitanje je do kada će to biti tako. Dodatno, nikako se ne smije zaboraviti da oštećenici nisu jedini o kojima treba voditi računa, jer ravnopravnu zaštitu da bi mogli mirno raditi i biti od koristi svim pacijentima zaslužuju i davatelji medicinske usluge, u ovom slučaju kirurzi. Konačno, treba znati i da postoje trendovi prema kojima bi se odustalo

¹³ Vidjeti više u: Hrvoje Kačer - Ante Perkušić, u: Zlatko Česić, Vilim Gorenc, Hrvoje Kačer, Hrvoje Momčinović, Drago Pavić, Ante Perkušić, Andrea Pešutić, Zvonimir Slakoper, Ante Vidović, Branko Vukmir, Komentar ZOO, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005., str. 1643. i dalje; Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, sedmo, izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Organizator, PRAVO 90, Zagreb, 2018., str. 1570. i dalje; Ivica Crnić, Odštetno pravo, Faber & Zgombić Plus d.o.o., Zagreb, 16. srpnja 2004., str. 66.-101. Vidjeti i u: Blanka Ivančić-Kačer, Some proprietary and obligatory legal aspects of printing human organs as a phenomenon of new age, Pravni život, časopis za pravnu teoriju i praksu, Pravo i vrijeme, br. 9., Tom I, Beograd, 2016., str. 339.-353.

¹⁴ Vidjeti više o tome u: Hrvoje Kačer, Odgovornost za štetu javnih bilježnika, odvjetnika i stečajnih upravitelja, u: Jakša Barbić - Ivica Crnić - Marijan Čurković - Ivo Grbin - Hrvoje Kačer - Hrvoje Momčinović - Đuro Sessa, Odgovornost za štetu – zbornik radova, Inženjerski biro, Zagreb, ožujak 2006., str. 130, posebno bilješka broj 52.

od predmnjevanje krivnje, ali i od utvrđivanja koje se bazira na konkretnoj osobi o kojoj se u tom slučaju radi i prešlo na standarde kao što je prosječan liječnik, prosječno pažljiv liječnik i sl.¹⁵

IV. PRAVNA VRELA, POSEBNO I UKLJUČUJUĆI ODLUKU USTAVNOG SUDA REPUBLIKE HRVATSKE U-III-1062/2005 OD 15. STUDENOGA 2007. GOD.¹⁶

Kao i glede bilo kojeg drugog pravnog pitanja, temeljno pravno vrelo je i ovdje svakako Ustav Republike Hrvatske.¹⁷ Pored Ustava, *sedes materiae* je na zakonskoj razini Zakon o obveznim odnosima, a svakako i bilo koja druga pravna norma, zakonske ili podzakonske razine koja se bavi tom pravnom problematikom (štete općenito i štete u medicini). Pri tome je vrlo važna praksa Ustavnog suda Republike Hrvatske, a posebno odluka koju u nastavku citiramo. To je samo potvrda činjenice da je sudska praksa pravno vrelo *sui generis*, što jednako vrijedi i za pravnu znanost, s jedinom razlikom što pravna znanost djeluje samo snagom argumenta, a sudska praksa i argumentom snage.

Obrazloženje:

.....

2. Podnositelj smatra da su mu osporenim odlukama povrijeđena ustavna prava zajamčena člankom 14. i 29. stavkom 1. Ustava Republike Hrvatske.

Obrazlažući povrede, podnositelj u bitnom navodi da za odgovornost podnositelja nije dovoljna uzročno-posljedična veza između primjene elektroterapije i nastanka opekline koje je pretrpio tužitelj, već je potrebna i krivnja podnositelja i njegovih djelatnika. Kako su djelatnici podnositelja postupali po pravilima struke, smatra da je tužbeni zahtjev tužitelja neosnovan.

Predlaže usvajanje ustavne tužbe, ukidanje osporenih presuda i vraćanje predmeta nadležnom sudu na ponovni postupak.

Ustavna tužba nije osnovana.

¹⁵ Takvi trendovi su naglašeni u Srbiji, koja tradicionalno slijedi trendove iz francuskog i engleskog prava.

¹⁶ Citira se tekst (dijela) obrazloženja.

¹⁷ Ustav Republike Hrvatske, NN 56/90, 135/97, 8/98 - pročišćeni tekst, 113/00, 124/00 - pročišćeni tekst, 28/01, 41/01 - pročišćeni tekst, 55/01, 76/10, 85/10 - pročišćeni tekst, 5/14 - dalje: Ustav.

3. *Prema odredbi članka 62. stavka 1. Ustavnog zakona, svatko može podnijeti Ustavnom sudu ustavnu tužbu ako smatra da mu je pojedinačnim aktom tijela državne vlasti, tijela jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave ili pravne osobe s javnim ovlastima, kojim je odlučeno o njegovim pravima i obvezama ili o sumnji ili optužbi zbog kažnjivog djela, povrijeđeno ljudsko pravo ili temeljna sloboda zajamčena Ustavom, odnosno Ustavom zajamčeno pravo na lokalnu i područnu (regionalnu) samoupravu.*

Ustavni sud, u postupku pokrenutom ustavnom tužbom, u granicama zahtjeva istaknutog u ustavnoj tužbi, utvrđuje je li u postupku odlučivanja o pravima i obvezama podnositelja došlo do nedopuštenog posizanja u Ustavom zaštićena ljudska prava i temeljne slobode. Pritom se Ustavni sud, u pravilu, ne upušta u pitanje jesu li upravna tijela i sudovi pravilno i potpuno utvrdili činjenično stanje i ocijenili dokaze. Za Ustavni sud relevantne su samo one činjenice od čijeg postojanja ovisi ocjena o povredi ustavnog prava.

4. *U konkretnom slučaju sud prvog stupnja utvrdio je da je tužitelj liječen kod podnositelja zbog ozljeda nastalih prijelomom lijeve podlaktice te da mu je ordinirana fizikalna terapija. Također, nespornim je utvrđeno kako je tijekom terapije galvanskim strujama na odjelu za fizikalnu terapiju podnositelja, tužitelj zadobio opekotine kože trećeg stupnja. Sud prvog stupnja našao je odgovornim podnositelja ustavne tužbe za nastale ozljede tužitelja na temelju članka 154. stavka 1. i članka 174. stavka 1. Zakona o obveznim odnosima («Narodne novine», broj 53/91., 73/91., 3/94., 7/96. i 112/99.) utvrdivši da je terapijski postupak primjenom galvanske struje opasna djelatnost, a za štetu koja nastane uslijed takve djelatnosti odgovara osoba koja se njome bavi. Također sud je istaknuo kako je u konkretnom slučaju došlo i do organizacijskog propusta podnositelja u organizaciji primjene terapije galvanskim strujama unatoč tome što je dužnost tuženika da organizira rad svojih radnika na način da se spriječi i onemogućiti štetno djelovanje galvanskih struja na organizam osobe koja prima terapiju.*

U povodu žalbe podnositelja drugostupanjski sud odbio je žalbu u cijelosti kao neosnovanu utvrdivši da je aparat za provođenje fizikalne terapije galvanskom strujom po svojim osobinama, namjeni i položaju opasna stvar te da je stoga prvostupanjski sud valjano obvezao podnositelja da naknadi štetu koju je tužitelj pretrpio.

5. *U ustavnoj tužbi podnositelj je istaknuo povredu ustavnog prava zajamčenog člankom 14. Ustava Republike Hrvatske.*

Odredba članka 14. stavka 1. Ustava sadrži ustavno jamstvo zabrane diskriminacije u ostvarenju nekog konkretnog prava po bilo kojoj osnovi. Iako

se podnositelj pozvao na članak 14. stavak 1., podnositelj u ustavnoj tužbi nije obrazložio povredu navedenog ustavnog jamstva. Ustavni sud u provedenom ustavnosudskom postupku nije našao činjenice ili okolnosti koje bi upućivale na to da je u postupku koji je prethodio ustavnosudskom podnositelj bio diskriminiran u ostvarenju nekog ustavnog prava po bilo kojem svojstvu, zbog čega pozivanje podnosioca na povredu ovog ustavnog prava, Ustavni sud ocjenjuje neosnovanim.

Ocjenjujući razloge ustavne tužbe sa stajališta članka 14. stavka 2. Ustava, Sud je utvrdio da u postupcima koji su prethodili ustavnosudskom postupku podnositelju nije povrijeđeno ustavno pravo jednakosti pred zakonom.

Pravna stajališta navedena u osporenim odlukama parničnih sudova zasnivaju se na pravilnoj primjeni mjerodavnog materijalnog prava i na ustavnopravno prihvatljivom tumačenju tog prava. Ustavni sud utvrđuje da su sudovi, polazeći od činjeničnog stanja utvrđenog u provedenom postupku, obrazložili svoja stajališta za koja je nedvojbeno da nisu posljedica proizvoljnog tumačenja i samovoljne primjene mjerodavnog materijalnog prava.

Objektivna odgovornost predviđena je generalno za sve štete od stvari i djelatnosti s povećanom opasnosti za okolinu, a na sudu je da u svakom konkretnom slučaju ocijeni je li stvar odnosno djelatnost u svezi s kojom je šteta nastala, doista stvar odnosno djelatnost s povećanom opasnosti za okolinu.

Iz navedenih razloga Ustavni sud nije prihvatio navode podnosioca da u konkretnom slučaju nije osigurana jednakost pred zakonom, zajamčena člankom 14. stavkom 2. Ustava.

V. U KOJOJ MJERI JE KIRURGIJA PRIKLADNA ZA OBJEKTIVNU ODGOVORNOST

Notorno je da se medicina razvija gotovo nevjerovatnom brzinom i ono što je još do nedavno djelovalo kao daleka budućnost, sada je već sadašnjost. Često se kao veliko čudo spominje prva transplantacija srca i famozni dr. Barnard¹⁸, ali nije manje čudo ni mnogo toga drugog u medicini, da izdvojimo samo printanje organa, što stvarno djeluje nevjerovatno. Nevjerovatna je i robotika koja postaje pravo svjetsko čudo i u bitnoj uporabi je već i u Republici Hrvatskoj, makar još uvijek ne kao u vrlo razvijenim državama.

Pravni dio toga razvitka je, pored ostalog, i objektivna odgovornost. Iz odluke Ustavnog suda koju smo u ovom radu citirali razvidno je kao prvo da se priznaje (i

¹⁸ Prva transplantacija srca gdje su i primatelj i donor bili ljudi dogodila se 1967. godine u Južnoj Africi, grad Capetown, kirurg dr. Christian Barnard.

to ne kao teorija, nego kao sudska praksa) objektivna odgovornost u medicini. Kao drugo, vidi se da Ustavni sud Republike Hrvatske kao opasnu djelatnost smatra uporabu galvanskih struja, što sigurno ne spada u vrh sofisticiranih medicinskih uređaja koji se rabe u hrvatskim bolnicama. Jednostavnom analogijom lako dolazimo do zaključka da gotovo svaki uređaj može biti opasna stvar, a uporaba istog opasna djelatnost.¹⁹ U jednoj od rijetkih sudskih odluka s vrlo jasnim opredjeljenjem (glede odgovornosti), navedeno je kako opekotine uzrokovane elektrokauterom koji se upotrebljavao tijekom operacije nije moguće cijeniti kao slučaj objektivne odgovornosti, što znači da niti je elektrokauter opasana stvar niti je uporaba istog opasna djelatnost²⁰, što kao generalni stav djeluje dosta čudno.

Ako pođemo od toga da je neka vrsta „okidača“ za odluku o priklanjanju objektivnoj odgovornosti uporaba sofisticiranih aparata i općenito tehnike (uređaja i strojeva, uključujući i robote, ali ne ograničavajući se ni u kojem slučaju na njih), prihvaćajući da je logična posljedica ustaljene dugogodišnje nemedicinske prakse da je nož **opasna stvar**²¹, treba zaključiti da je objektivna odgovornost daleko vjerojatnija na planu kirurgije, nego drugih medicinskih grana i područja.

Potpuno druga stvar je koliko su opće odredbe iz Zakona o obveznim odnosima primjerene za medicinu općenito, a unutar medicine baš i za kirurgiju. Naime, činjenica je da je objektivna odgovornost generalno uvedena u taj zakon da bi se zaštitila slabija strana (pacijent). Međutim, od vremena uvođenja objektivne odgovornosti općenito, te posebno u medicinu, do danas su nastale ogromne promjene koje, smatramo, zahtijevaju priličnu promjenu smjera. Naime, **veliko je pitanje danas tko je slabija strana – liječnik ili pacijent**, pri postojanju bezbrojnih udruga za zaštitu pacijenata (a ni jedne jedine za zaštitu liječnika), pri stavu javnosti koja sudi i šalje u zatvor liječnike i prije bilo kakvog postupka, kamoli presude, pri ozračju koje za liječnike djeluje kao da rade okruženi policajcima, odvjetnicima, sucima i osiguravateljima koji im „dišu za vratom“ i ozbiljno ugrožavaju njihova prava osobnosti, ali i pravo na (neometani) rad. Ako smo u pravu (a sigurni smo da jesmo) onda bi u prvom redu trebali tražiti način da se liječnike dovede u ravnopravniji položaj nego sada. Unutar toga, posebna

¹⁹ U jednoj pravomoćnoj sudskoj odluci jednog županijskog suda zauzet je stav da klistiranje nije opasna djelatnost. Vidjeti tako presudu GŽ-325/15 od 17. prosinca 2014. god., odluka je potvrđena od revizijskog suda odlukom Rev-x 192/17-2 od 05. rujna 2018. god. (iz arhive suda).

²⁰ Županijski sud u Splitu, Gžnš-201/12 od 20. rujna 2012. god (iz arhive suda).

²¹ Vidjeti inače brojne sudske odluke koje određuju nečemu status opasne stvari i/ili opasne djelatnosti u: Hrvoje Kačer - Ante Perkušić, u: Zlatko Česić, Vilim Gorenc, Hrvoje Kačer, Hrvoje Momčinović, Drago Pavić, Ante Perkušić, Andrea Pešutić, Zvonimir Slakoper, Ante Vidović, Branko Vukmir, Komentar ZOO, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005., str. 1643., 1645.-1647.; Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, sedmo, izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Organizator, PRAVO 90, Zagreb, 2018., str. 1579., 1596. i dr.

zaštita treba nekim medicinskim djelatnostima, a pored ostaloga i kirurzima²². *In favorem* njihove zaštite, odnosno posebne potrebe za tom zaštitom, svakako ide i činjenica da se najveći broj sudskih postupaka pokreće baš radi navodnih propusta kirurga, ali i činjenica da se roboti najčešće koriste baš u kirurgiji. Naime, ne bi voljeli biti glasnik loših vijesti, ali loše iskustvo nas uči da nismo daleko od vremena u kojemu će političari i „političari“ tvrditi da je problem nedostatnog broja liječnika lako rješiv uporabom robota. Naravno da to nije i ne može i ne smije biti točno, **život čovjeka (liječnika posebno) i njegovu stručnu i toplu riječ i djelo nikada nitko neće moći zamijeniti.**

Dakle, kirurgija je više nego prikladna za primjenu objektivne odgovornosti i samo jedna dosta čudna sudska praksa koja (makar ne negira postojanje objektivne odgovornosti na području medicine) favorizira subjektivnu odgovornost (dakle odgovornost s krivnjom) za sada spašava kirurgiju od teških posljedica koje prijete. Do kada će vrijediti pravilo (propisano Zakonom o obveznim odnosima) predmnjevanog najblažeg oblika krivnje neizvjesno je, ali se realno može dogoditi jako brzo. Isto tako se može dogoditi i da se u ključni procesni zakon (Zakon o parničnom postupku²³) unese promjena i da pravna kvalifikacija tužitelja postane pravno relevantna, što sada nije slučaj. Bilo da se obje promjene dogode, bilo da se dogodi samo jedna, praksa bi se očito (na štetu liječnika, znači i kirurga) značajno promijenila.

²² Vidjeti više o jedinicama intenzivne njega u: Hrvoje Kačer, Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, u: Zbornik radova sa međunarodnog kongresa 1, Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017., str. 191.-211.

²³ Zakon o parničnom postupku, NN 148/11 - pročišćeni tekst, 25/13, 89/14 - dalje: Zakon o parničnom postupku ili ZPP. Pročišćeni tekst Zakona o parničnom postupku obuhvaća Zakon o parničnom postupku, objavljen u SL SFRJ, br. 4/77 i 36/77 (ispr.) te njegove izmjene i dopune objavljene u SL SFRJ, br. 6/80, 36/80, 43/82, 69/82, 58/84, 74/87, 57/89, 20/90, 27/90 i 35/91, Zakon o preuzimanju Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 53/91 (stupio na snagu 8. listopada 1991.), Zakon o izmjenama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 91/92 (stupio na snagu 8. siječnja 1993.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 112/99 (stupio na snagu 6. studenoga 1999.), članak 50. Zakona o arbitraži, objavljen u NN 88/01 (stupio na snagu 19. listopada 2001.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen NN 117/03 (stupio na snagu 1. prosinca 2003.), članak 129. Zakona o izmjenama i dopunama Ovršnog zakona, objavljen u NN 88/05 (stupio na snagu 28. srpnja 2005.), Odluku USRH, br. U-I-1569/04. i dr., objavljena u NN 2/07 i 96/08, Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 84/08 (stupio na snagu 1. listopada 2008., osim odredbe čl. 49. koja stupa na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), ispravak Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 123/08., te Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 57/11. (stupio na snagu 2. lipnja 2011., osim odredbi čl. 14., čl. 29. u dijelu koji se odnosi na Europski sud i čl. 49. koje stupaju na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju).

VI. ZAKLJUČAK

Već prilično dugo je notorno da je najveća ugroza hrvatskog zdravstvenog sustava odljev kadrova, u prvom redu liječnika i medicinskih sestara, pri čemu je potpuno jasno da je visina primanja samo jedan od razloga (i to nikako ne glavni²⁴) zbog kojih se mnogi odlučuju na odlazak u inozemstvo na rad.²⁵

U sustavu nedostaje liječnika svih profila, ali je potpuno sigurno da su na neki način najveći problem odlasci kirurga kao, kako mnogi kažu, specijalizacije svih specijalizacija. Čak i ako tome nije baš tako, ipak je sigurno da kirurzi predstavljaju specijalizaciju koju je vrlo teško obrazovati, kod koje su (specijalizacije) mnogi inače česti i vrlo realni životni problemi (koji za druge stručne profile znače malo ili ništa) znak prestanka karijere kirurga (npr. razni tremori, slabiji vid...). To je jedna od specijalizacija kod koje je u pravilu timski rad *condicio sine qua non*, a notorno je da je teže nadoknaditi nedostajući tim od nedostajućeg pojedinca.²⁶ Naše liječnike inozemstvo (i to ono razvijeno i bogato) traži i cijeni, što pokazuje broj liječnika koji je samo u posljednje vrijeme otišao iz hrvatskog sustava. Mi ih očito još uvijek ne cijenimo dostatno. To dokazuje, pored ostalog, i pravni okvir koji ih prije uništava nego štiti, pravni okvir u koji zakonodavac nije uložio ni toliko da stvori posebne, specijalne pravne norme koje su izrađene imajući i vidu baš medicinu, a ne potpuno druga područja društvenog života. To je pravni okvir koji će, više nego izgledno, ako se nešto bitno ne promijeni, dovesti do (velike, možda i masovne) primjene pravila o objektivnoj odgovornosti u doglednoj budućnosti, a to će, sigurni smo, značiti pravu katastrofu. Ako se jednako pasivno dočeka i daljnje širenje polja primjene robotike, prije će doći još i teže posljedice.

Dakle, za razliku od povećanja plaća i poboljšanja uvjeta rada, što zahtijeva određena novčana sredstva i vrijeme, postoji i nešto glede čega je moguća učinkovita reakcija koja bi bila brza i koja praktično ništa ne bi koštala. Sve ovisi o zakonodavcu koji može mnogo toga pravno popraviti bez ikakvih, a posebno bez značajnih troškova. Vlast (od resornog ministra pa dalje) koja to ne vidi ili to ne želi vidjeti sigurno nije prijatelj ni hrvatske sadašnjosti, ni hrvatske budućnosti. SAPIENTI SAT !!!

²⁴ Očito je da su najbitniji uvjeti rada, uvjeti napredovanja, transparentnost u odnosima i izostanak netransparentnih kriterija i za usavršavanje i za napredovanje.

²⁵ Za razliku od odlazaka u bivšoj državi sada je standard odlazak cijelih obitelji (uključujući djecu), što bitno smanjuje izgleda za povratak i time ugrožava interese Republike Hrvatske.

²⁶ Konačno, poznato je da je splitska kardiokirurgija, kako bi ne samo napredovala nego i opstala, morala moliti za trajnu pomoć zagrebačke kolege na čelu s prof. dr. sc. Bojanom Biočinom. Ako je tako u Splitu, jasno je koliko je lošije u manjim sredinama.

LITERATURA

Knjige, članci:

Ivica Crnić, Odštetno pravo, Faber & Zgombić Plus d.o.o., Zagreb, 2004.

Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, sedmo, izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Organizator, PRAVO 90, Zagreb, 2018.

Jozo Čizmić, Aktualno stanje na području medicinskog prava, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017.

Blanka Ivančić-Kačer, Some proprietary and obligatory legal aspects of printing human organs as a phenomenon of new age, Pravni život, časopis za pravnu teoriju i praksu, Pravo i vrijeme, br. 9., Tom I, Beograd, 2016.

Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, Pravo i porezi broj 7/2007.

Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, Pravo i porezi broj 8/2007.

Hrvoje Kačer - Ante Perkušić, u: Zlatko Ćesić, Vilim Gorenc, Hrvoje Kačer, Hrvoje Momčinović, Drago Pavić, Ante Perkušić, Andrea Pešutić, Zvonimir Slakoper, Ante Vidović, Branko Vukmir, Komentar ZOO, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005.

Hrvoje Kačer, Odgovornost za štetu javnih bilježnika, odvjetnika i stečajnih upravitelja, u: Jakša Barbić - Ivica Crnić - Marijan Ćurković - Ivo Grbin - Hrvoje Kačer - Hrvoje Momčinović - Đuro Sessa, Odgovornost za štetu – zbornik radova, Inženjerski biro, Zagreb, 2006.

Hrvoje Kačer, Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017.

Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 /2008.

Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 1992.

Sudska praksa:

Presuda GŽ-325/15 od 17. prosinca 2014. god., odluka je potvrđena od revizijskog suda odlukom Rev-x 192/17-2 od 05. rujna 2018. god. (iz arhive suda).

Županijski sud u Splitu, Gžnš-201/12 od 20. rujna 2012. god (iz arhive suda).

Internetski izvori:

<http://www.wikipedia.hr>.

<http://www.enciklopedija.hr>.

http://www.povijest_medicine.pdf.

Propisi:

Ustav Republike Hrvatske, NN 56/90, 135/97, 8/98 - pročišćeni tekst, 113/00, 124/00 - pročišćeni tekst, 28/01, 41/01 - pročišćeni tekst, 55/01, 76/10, 85/10 - pročišćeni tekst, 5/14 .

Zakon o obveznim odnosima, NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15 - nastavno: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima ili Zakon). Prethodno je na snazi bio istoimeni zakon - Zakon o obveznim odnosima, NN 53/91, 73/91, 111/93, 3/94, 7/96, 91/96, 112/99 i 88/01

Zakon o parničnom postupku, NN 148/11 - pročišćeni tekst, 25/13, 89/14- dalje: Zakon o parničnom postupku ili ZPP. Pročišćeni tekst Zakona o parničnom postupku obuhvaća Zakon o parničnom postupku, objavljen u SL SFRJ, br. 4/77 i 36/77 (ispr.) te njegove izmjene i dopune objavljene u SL SFRJ, br. 6/80, 36/80, 43/82, 69/82, 58/84, 74/87, 57/89, 20/90, 27/90 i 35/91, Zakon o preuzimanju Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 53/91 (stupio na snagu 8. listopada 1991.), Zakon o izmjenama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 91/92 (stupio na snagu 8. siječnja 1993.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 112/99 (stupio na snagu 6. studenoga 1999.), članak 50. Zakona o arbitraži, objavljen u NN 88/01 (stupio na snagu 19. listopada 2001.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen NN 117/03 (stupio na snagu 1. prosinca 2003.), članak 129. Zakona o izmjenama i dopunama Ovršnog zakona, objavljen u NN 88/05 (stupio na snagu 28. srpnja 2005.), Odluku USRH, br. U-I-1569/04. i dr., objavljena u NN 2/07 i 96/08, Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 84/08 (stupio na snagu 1. listopada 2008., osim odredbe čl. 49. koja stupa na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), ispravak Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 123/08., te Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN 57/11. (stupio na snagu 2. lipnja 2011., osim odredbi čl. 14., čl. 29. u dijelu koji se odnosi na Europski sud i čl. 49. koje stupaju na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju).

LIABILITY WITHOUT FAULT IN SURGERY *DE LEGE LATA* AND *DE LEGE FERENDA*

In this paper, the authors dealt with objective liability, that is, liability without fault in one part of medical activity, specifically in surgery. Thus, they emphasized that the situation in which there is a great lack of special legal norms, norms that have been made especially for medicine or parts of it, is at the same time both worrying and causes justified fear. For the time being, there are very few court decisions which grant compensation under the rules of objective liability, but the cause of such a situation is in circumstances that are reduced to some procedural and material rules in which we find both advantages and disadvantages. The only proper solution is to issue special legal norms as soon as possible, which should be formulated with significant participation by science as well as by interested parties, not considering *a priori* physicians as stronger and patients as weaker parties.

Key words: *damage, objective liability, patient, doctor, protection of the weaker party*

Prof. dr. sc. Renata Perić, Dekanica
Pravnog fakulteta Sveučilišta u Osijeku
Dr. sc. Zoran Šinković, docent
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

OPOREZIVANJE DAROVANJA (DONACIJA) U ZDRAVSTVU

UDK: 336.226.4 : 614

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Izvorni znanstveni rad

Mjerama gospodarske i socijalne politike Republika Hrvatska stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva. Zdravstvo bez vrline solidarnosti zasigurno nije dovršeno zdravstvo, tj. zdravstvo kojim bismo trebali biti zadovoljni. Ulaganjem u podizanje kvalitete života zajednice ostvarujemo načelo društvene odgovornosti to jest oblika solidarnosti koji je odlična prilika da se povežu svi oni koji brinu za društvo. Mjere porezne politike svakako bi trebale biti važan čimbenik u razvijanju filantropije (darovanja) ne samo u zdravstvene svrhe, nego i u kulturne, odgojno-obrazovne, znanstvene, humanitarne, športske, vjerske i druge svrhe.

Ključne riječi: *darovanje, donacije, oporezivanje, zdravstvo.*

1. UVOD

Organiziranje i financiranje zdravstvene zaštite stanovništva (djelomično ili u cijelosti) od države značajno je utjecalo na povećanje rashoda socijalnog osiguranja. Izgradnja, proširenje i održavanje objekata zdravstvene zaštite izvanredno je skupo. Suvremena oprema (npr. unutarnji bubreg, aparat za hemodijalizu, za utvrđivanje moždanih impulsa i sl.) doseže astronomske iznose pa ju je (gotovo) nemoguće nabaviti, što vrijedi i za lijekove, do kojih se – i pored nesporne potrebe – zbog visokih iznosa za njihovu nabavu, jedva dolazi u dovoljnim količinama. I najbogatije države ne mogu uvijek u zadovoljavajućim količinama nabaviti određenu aparaturu i medikamente koji su ne samo korisni i potrebni nego i prijeko potrebni za zaštitu zdravlja ljudi.^{1 2}

¹ Bo. Jelčić i drugi, *Financijsko pravo i financijska znanost*, Narodne novine, Zagreb, 2002., str. 587.

² Na visinu rashoda (izdataka) iz te grupe javnih rashoda značajan utjecaj imaju i sredstva koja se izdvajaju kao: naknade za vrijeme porodiljskog dopusta, pomoć za vrijeme privremene nezaposlenosti, dječji doplatok određenim kategorijama osoba (ovisno o broju djece i/ili materijalnom položaju njihovih roditelja) i drugo. Navedeno prema: *Ibid.*, str. 588.

Glavni trendovi u zdravstvenoj potrošnji ekonomski visokorazvijenih zemalja u proteklom desetljeću (od 2000. do 2010. godine) bili su značajan porast ukupne potrošnje za zdravstvo, koji se očitovao u bržem rastu zdravstvene potrošnje od rasta cjelokupne ekonomije, porast udjela državne i pad udjela privatne zdravstvene potrošnje, povećani izdaci za zdravstvo u odnosu na druge proračunske izdatke, te unutar privatne potrošnje, nepromijenjen odnos između privatnih osiguranja i osobnih izdataka za zdravstvo.³

Složenost politike financiranja zdravstva proizlazi iz činjenice da nije dovoljno samo pronalaženje dodatnih izvora sredstava. Ključno je organizirati način ubiranja i prikladnu alokaciju sredstava, odrediti vrijeme prikupljanja sredstava te od koga ih prikupljati. Nadalje potrebna je analiza utjecaja ključnih kontekstualnih čimbenika, posebno fiskalnih ograničenja, kako bi se odredio razmjer do kojeg je zemlja u mogućnosti postići ciljeve politike financiranja te zbog identificiranja izbora potencijalnih političkih mogućnosti koje se mogu uzeti u obzir. Ovakva analiza omogućuje realističan uvid u ono što je moguće implementirati i što se može postići.⁴

Drugim riječima najčešće se kao temeljne dimenzije zdravstvene skrbi i općenito zdravstvenih sustava izdvajaju: učinkovitost, djelotvornost, dostupnost, sigurnost, jednakost, opravdanost, prikladnost, pravovremenost, prihvatljivost, odgovornost, zadovoljstvo, usredotočenost na pacijenta, poboljšanje, kontinuitet skrbi i druge.⁵ Dimenzije učinkovitosti i djelotvornosti uključene su u gotovo svakoj definiciji kvalitete. U mjerenju kvalitete ključan je izbor dimenzije. Upravo je stoga bitno da svaka zemlja prepozna i uvaži različite dimenzije i realna očekivanja te u skladu s njima stvori uravnotežen zdravstveni sustav.⁶ Odnosno zdravstveni sustavi 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.⁷

³ T. Broz i drugi, O zdravstvu iz ekonomske perspektive, (ur. M. Vehovec), Ekonomski institut Zagreb, Zagreb, 2014., str. 32.

⁴ Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2012., str. 151.

⁵ R. Ostojić i drugi, Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Poslovna izvrsnost, god. 6., br. 2., Zagreb, 2012., str. 110.

⁶ C. Shaw i drugi, A background for national quality policies in health systems, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002., str. 56.

⁷ Komunikacija Europske Komisije O učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima, Bruxelles, 4. 4. 2014., COM(2014) 215 final., str. 10.

Darovanja (donacije) u zdravstvu predstavljaju solidarnost na osobnoj i međunarodnoj razini.⁸ Solidarnost, uključujući i solidarnost u zdravstvu, predstavlja svojevrsnu vrijednosnu transverzalu koja iznutra povezuje cjelokupni sustav u jednu organsku – kreposnu – cjelinu u svjetlu prihvatljivoga i poželjnoga moralnog –djelatnog i djelotvornog – funkcioniranja zdravstvenoga sustava.⁹

Solidarnost u zdravstvu (R. P. i Z. Š.) se pokazuje u povezanosti s aktualnim društvenim fenomenima, s fundamentalnim jedinstvom i međuovisnošću koja međusobno povezuje ljude i narode, u dobru i u zlu, u napretku i u katastrofama koje su prouzročili ljudi.¹⁰

Zdravstvo upravo zbog novih tehnologija postaje sve učinkovitije u zdravstvenoj skrbi za pacijente (dijagnostika, terapija, rehabilitacija) i sve skuplje čak i za najbogatije zemlje svijeta.¹¹ Stoga je danas vrlo aktualno u svim društvenim procesima, a posebno u području zdravstva i filantropsko djelovanje (darovanja) građana i poduzetnika. Filantropsko djelovanje (darovanja) potiče većina europskih zemalja kroz različite zakonske propise koji su podložni promjenama u pozitivnom smislu. Sve više raste svijest zemalja o poticanju filantropije (darovanja) kako u svojim zemljama tako i u prekograničnoj filantropiji što je dodatno ojačano stvaranjem Europske unije i sve su veći naponi u usklađivanju jedinstvenih zakonskih regulativa na prostoru Europske unije. To dokazuju i presude Europskog suda pravde zbog kojeg je uspostavljeno načelo

⁸ Teško da se o porijeklu riječi solidarnost može reći išta nova, tj. nešto što bi u pogledu etimologije na nju bacilo neko novo svjetlo. Gotovo se svi autori slažu u konstataciji da je solidarnost, kao riječ, relativno mlada, iako su joj korijeni vrlo stari. Naime, za vrijeme francuske revolucije po prvi se puta pojavljuje pridjev *solidaire*, odnosno imenica *solidarité*, – kao izvedenica iz latinskoga *solidus* = sav, cio, potpun, odnosno in *solido* = u potpunosti – da bi odatle prešla u sve druge europske jezike, pa tako i u hrvatski jezik. Latinski jezik pozna pridjev *solidus* (*soldus*) = čvrst, gust, tvrd, valjan, postojan, prav, pouzdan, cio, čitav. Od toga je pridjeva onda nastao glagol *solidare* = učiniti gustim, čvrsto nabiti, čvrsto priljubiti i sl. No za našu temu je zanimljivija imenica srednjega roda, nastala iz toga korijena, tj. *solidum* = tvrdo, tvrda zemlja, cijelo, cijela svota. U potonjem je, naime, smislu ova imenica ušla u pravni život staroga Rima kad je jedan od jamaca, u slučaju da svi drugi zakažu ili umru, imao obvezu vraćanja duga, ne tek u određenom postotku, nego in *solido*, tj. u cjelokupnom iznosu. Taj, dakle, pravni institut, na temelju kojega je pojedinac na sebe preuzeo obvezu da će u određenim okolnostima na sebe preuzeti kompletnu isplatu zajma ili duga, tj. i onaj dio koji bi po sebi trebali isplatiti drugi jamci, temelj je one «svi za jednoga, jedan za sve», što će se u novije vrijeme pojaviti kao tipična formula solidarnosti. Među autorima, dakle, vlada jednodušno uvjerenje da je ova, u korijenu latinska riječ, ušla u suvremeni kolokvijalni i znanstveni govor preko francuskoga iz vremena revolucije. Navedeno prema: Š. Marasović, Porijeklo i sadržaj pojma solidarnost, Bogoslovna smotra, god. 74., br. 2., Katoličko bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2004., str. 354.-355.

⁹ T. Matulić, Solidarnost u zdravstvu!?, Etika, god. 2., br. 6., Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2006., str. 3.

¹⁰ «La solidarietà è presentata in connessione ai fenomeni sociali attuali, alla fondamentale unità e interdipendenza, che lega tra loro gli uomini e i popoli, nel bene e nel male, nel progresso e nelle catastrofi, operati dall'uomo. La cultura, la politica, l'economia, la religione, attraverso i grandi mezzi di trasporto e della comunicazione sociale, ne sono gli artefici». Navedeno prema: G. Gazzoni, Morale sociale, Piemme, 1991., str. 51.

¹¹ N. Kovač, Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj, Ekonomski vjesnik, god. 26., br. 2., Ekonomski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2013., str. 551.

nediskriminacije odnosno svaka zemlja treba priznati poreznu olakšicu strane neprofitne organizacije ukoliko ista ispunjava sve uvjete poreznih olakšica iz svog nacionalnog zakonodavstva.¹²

2. KOMPARATIVNI PRIKAZ OPOREZIVANJA DAROVANJA (DONACIJA) U ZDRAVSTVU U ODABRANIM DRŽAVAMA

Pravo na zdravlje jedno je od prava koja proizlaze iz međunarodne solidarnosti. Radi se o kompleksnom polju koje danas ne obuhvaća samo osiguravanje adekvatne zdravstvene skrbi i zaštite za svakog pojedinca, već je povezano s problemom gladi u svijetu, epidemijama i pandemijama zaraznih bolesti te okolišem – globalnim zatopljenjem i održivim razvojem.¹³

Stoga mnoge države članice Europske unije primjenjuju ograničenje ili gornju vrijednost do koje se darovanje (donacije) mogu odbiti od porezne osnovice. Neke države članice Europske unije detaljnije razlikuju u svojim zakonskim odredbama vrste darovatelja odnosno donatora (fizička osoba/pravna osoba) i/ili vrste darovanja (donacija) npr. u novcu/naturi kao i vrstama odnosno oblicima primatelja darovanja (donacija).

Tako u Republici Austriji fizičke i pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 10% oporezivog prihoda. Iznos darovanja (donacija) preko 10% oporezivog prihoda se oporezuje.¹⁴

U Saveznoj Republici Njemačkoj fizičke i pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 20% oporezivog prihoda. Iznos darovanja (donacija) preko 20% oporezivog prihoda se oporezuje.¹⁵

¹² M. Trkulja i drugi, Filantropija oslonac održivih zajednica, Pregled poreznih olakšica povezanih s doniranjem, Europska unija i Ured za udruge Vlade Republike Hrvatske, Zaklada za poticanje partnerstva i razvoja civilnog društva, Pula, str. 9.

¹³ S. Trgovčić, Međunarodna solidarnost i pravo na zdravlje, Europski časopis za bioetiku, god. 9., br. 1., Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i Dokumentacijsko-istraživački centar za europsku bioetiku «Fritz Jahr» Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2018., str. 70.

¹⁴ Podrobnije vidjeti u: W. Riederer, Möglichkeiten für Gemeinden zur Finanzierung des Gesundheitswesens, Steuerungsmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen für Gemeinden, AV Akademikerverlag, Saarbrücken, 2013., str. 8.-25., Österreichisches Stammzellregister | Gesundheit Österreich GmbH <https://goeg.at/node/716>.

¹⁵ Podrobnije vidjeti u: D. Birk i drugi, Steuerrecht, 18. Auflage, C. F. Müller, Heidelberg, 2015/16., str. 184.-198., 213.-252., <https://spendencheck.com/spenden-fuer/gesundheit>.

U Francuskoj Republici fizičke osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 20% oporezivog prihoda odnosno smanjenje poreza na bogatstvo od 75% vrijednosti dara, uz ograničenje (50.000 eura). Pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 60% od iznosa darovanja (donacija) ovlaštenim udrugama u visini do 0,5% njihovog ukupnog godišnjeg prihoda.¹⁶

U Talijanskoj Republici fizičke osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 10% od prihoda, maksimum od 70.000 eura, za darovanje (donacije) ONLUS-u (Organizzazione Non Lucrativa di Utilita' Sociale). Pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 2% prihoda za darovanje (donacije) ONLUS-u (Organizzazione Non Lucrativa di Utilita' Sociale). Nema ograničenja za darovanja (donacija) sveučilištima ili sveučilišnim fondovima.¹⁷

U Republici Poljskoj fizičke osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 6% oporezive osnovice. Pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 10% porezne osnovice.

U Češkoj Republici fizičke osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 10% od porezne osnovice uz uvjet da je 2% oporezive osnovice darovano (donirano), ali ne manje od 1.000 kruna (oko 35 eura). Pravne osobe imaju pravo na poreznu olakšicu (porezno priznate odbitke) prilikom darovanja (donacija) do 10% od porezne osnovice pod uvjetom da je najmanje 2% porezne osnovice darovano (donirano).¹⁸

Fizičke i pravne osobe u Sjedinjenim Američkim Državama imaju pravo na porezne olakšice (porezno priznate odbitke) prilikom oporezivanja dohotka i dobiti ako su iste usmjerene na različite vidove darovanja to jest donacija (zdravstvene, humanitarne, kulturne i druge svrhe).

U Sjedinjenim Američkim Državama prilikom darovanja (donacija) u zdravstvu otkrivene su određene zlouporabe na štetu javnog zdravstva odnosno građana. Tako su industrijski giganti Coca-Cola i PepsiCo posljednjih godina donirali milijune dolara na račune stotinjak istaknutih zdravstvenih grupa, dok su usporedno trošili milijune kako bi uništili javnozdravstvene mjere i zakone koji bi trebali smanjiti unos gaziranih pića kod Amerikanaca. Neprofitna organizacija «Save the Children» («Spasimo djecu»), koja je aktivno podupirala kampanje za

¹⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Système_de_santé_français.

¹⁷ ONLUS Organizzazione non lucrativa di utilità sociale www.merliniemerlini.com/documenti/utility/22_allegato_327.pdf.

¹⁸ M. Trkulja i drugi, Filantropija o. c., str. 10.

uvodenje poreza na gazirana pića u nekoliko američkih saveznih država, odjednom je povukla svoju podršku 2010. godine. Ispostavilo se da je organizacija primila 5 milijuna dolara doniranih od Coca-Cole kako bi mogla razvijati svoje zdravstvene i edukativne programe za djecu.¹⁹

Iz organizacije su u međuvremenu poručili da su se 2010. godine odlučili fokusirati na edukaciju djece u ranoj dobi te da njihova odluka da prestanu podupirati Zakon o gaziranim pićima nema nikakve veze s podrškom korporacija koju je primila neprofitna organizacija «Save the Children».

Kada je Savezna Država New York predložila zabranu ekstra velikih gaziranih pića 2012. godine, «Academy of Nutrition and Dietetics» («Akademija za prehranu i dijetetiku») navela je da su «istraživanja konfliktna» te nije podržala inicijativu. Akademija je prihvatila 525 tisuća dolara u donacijama od Coca-Cole u 2012. godini. Sljedeće godine su dobili još 350 tisuća dolara u donacijama. Akademija danas kaže: «da više nema sponzorsku vezu s trgovačkim društvima koja proizvode gazirana pića».

«National Association for the Advancement of Colored People N. A. A. C. P.» («Nacionalna udruga za zaštitu obojenih ljudi») i «Hispanic Federation» («Latinoamerička federacija») javno su se protivili inicijativama protiv gaziranih pića, usprkos visokim stopama pretilosti u crnačkim i latinoameričkim zajednicama. Cola-Cola je donirala više od milijun dolara «N. A. A. C. P.-u» između 2010. i 2015. godine te više od 600 tisuća dolara «Hispanic Federationu» između 2012. i 2015. godine. Ni jedna zajednica nije htjela komentirati navode.

«Američka udruga za dijabetes» primila je 140 tisuća dolara od Coca-Cole između 2012. i 2014. godine. «Američka asocijacija za srce» primila je više od 400 tisuća dolara od te tvrtke između 2010. i 2015. godine. Nacionalni instituti zdravlja primili su gotovo 2 milijuna dolara od Coca-Cole između 2010. i 2014. godine.

Od 2011. do 2015. godine Coca-Cola je u prosjeku trošila više od 6 milijuna dolara godišnje na lobiranje protiv mjera u javnom zdravstvu kojima je cilj bio smanjenje potrošnje gaziranih pića, sudeći prema podacima iz neovisne organizacije «Center for Responsive Politics» («Centar za odgovorne politike»). PepsiCo je pak trošio oko 3 milijuna dolara godišnje u istom periodu, a cehovska udruga «American Beverage Association ABA» («Američka trgovačka udruga

¹⁹ M. Siegel i drugi, Sponsorship of National Health Organizations by Two Major Soda Companies, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 52., Issue 1., 2017., str. 20.-30.

koja se bavi lobiranjem u ime proizvođača bezalkoholnih pića») više od milijun dolara godišnje.^{20 21}

3. OPOREZIVANJE DAROVANJA (DONACIJA) U ZDRAVSTVU REPUBLIKE HRVATSKE

Darovanje i donacije su sinonimi i s poreznog stajališta imaju potpuno isto značenje. Kod darovanja, darovatelj (donator) ne očekuje nikakvu protučinidbu dok kod sponzorstva, kada sponzor daje razna davanja u novcu, dobrima i uslugama zauzvrat očekuje određenu protučinidbu. Najčešće se protučinidba pojavljuje u obliku promidžbe, javne objave imena ili tvrtke sponzora (to su promidžbene usluge).²²

Ugovor o darovanju uređen je člancima 479. do 498. Zakona o obveznim odnosima.²³

Prema čl. 479. st. 1., 2. i 3. Zakona o obveznim odnosima ugovor o darovanju nastaje kad se darovatelj obveže prepustiti obdareniku bez protučinidbe stvar ili imovinsko pravo, a obdarenik to prihvatiti. Darovanjem se također smatraju oprost i isplata duga uz dužnikovu suglasnost.

Ne smatraju se darovanjem odricanje od nasljedstva, odricanje od prava prije nego je stečeno ili prava koje je sporno, ispunjenje neke moralne obveze i prenošenje na drugoga stvari ili prava s namjerom da ga se obveže na protučinidbu.

Darovati se mogu sadašnje i buduće stvari, prenosiva imovinska prava te sadašnja i najviše polovina buduće imovine (čl. 480. st. 1. Zakona o obveznim odnosima).

Ugovor o darovanju je načelno neformalan ugovor, osim u slučaju darovanja nekretnina kada, sukladno čl. 482. st. 1. i 2. Zakona o obveznim odnosima, mora biti sklopljen u pisanom obliku. Ugovor o darovanju bez prave predaje stvari mora biti sklopljen u obliku javnobilježničkog akta ili ovjerovljene (solemnizirane)

²⁰ Samo 2009. godine, kada je Vlada Sjedinjenih Američkih Država predlagala uvođenje saveznog poreza na gazirana pića kako bi se suzbila pretilost i pomoglo platiti reformu zdravstvenog sustava, Coca-Cola, PepsiCo i «American Beverage Association» zajedno su potrošili 38 milijuna dolara lobirajući protiv predloženih mjera, koje su naposljetku i propale.

Kada je gradonačelnik Philadelphije predložio porez na gazirana pića 2010. godine, industrija pića ponudila je 10 milijuna dolara dječjoj bolnici u Philadelphiji ako grad odustane od tog prijedloga zakona. Gradsko vijeće glasalo je za odustajanje od zakona, a lobi industrije pića kasnije je ispoštovao obećanje o donaciji.

²¹ M. Siegel i drugi, Sponsorship o. c., str. 20.-30.

²² M. Friganović, Oporezivanje darovanja u Republici Hrvatskoj, Računovodstvo i porezi u praksi, br. 6., Centar za računovodstvo i financije d. o. o., Zagreb, 2011., str. 82.

²³ Narodne novine, br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15 i 29/18.

privatne isprave. Ugovor o darovanju koje se ima ispuniti tik poslije smrti darovatelja mora biti sastavljen u obliku javno bilježničkog akta ili ovjerovljene (solemnizirane) isprave.

Zakon o obveznim odnosima razlikuje više vrsta darovanja i to: darovanje s nametom, nagradno darovanje, uzajamno darovanje, mješovito darovanje i darovanje za slučaj smrti.

Prema čl. 492. st. 1. Zakona o obveznim odnosima darovatelj može, sve dok njegova obveza na ispunjenje ne dospije, odustati od ugovora o darovanju, ako se poslije sklapanja ugovora njegovo imovinsko stanje toliko pogorša da bi ispunjenje ugovora ugrozilo njegovo uzdržavanje, odnosno onemogućilo ispunjavanje njegove obveze davanja uzdržavanja.

Opoziv darovanja uređen je člancima 493. do 498. Zakona o obveznim odnosima (npr. opoziv darovanja zbog osiromašenja darovatelja ili zbog nezahvalnosti obdarenika).²⁴

3. 1. Oporezivanje darovanja (donacija) porezom na dohodak

Olakšice u sustavu oporezivanja dohotka prate određenu politiku države (socijalnu, gospodarsku, pronatalitetnu, obrazovnu...) te su, uz ostalo, u funkciji zaštite građana koji žive u težima životnim prilikama.

Jedna je od mjera kakvima se nastoji pomoći građanima u prikupljanju sredstava za liječenje, kada to ne mogu pokriti vlastitim sredstvima ili nekim od oblika osiguranja, olakšica za darovanja fizičkim osobama za zdravstvene potrebe, na jednoj strani, oslobođenjem od utvrđivanja i plaćanja poreza na dohodak na primitke po toj osnovi, a na drugoj omogućivanjem darovateljima da uvećaju vlastiti osobni odbitak za dana darovanja odnosno, ako se radi o pravnoj osobi, da im se to prizna kao izdatak čime se umanjuje poreznu osnovicu. O uvjetima iskorištenja tih olakšica više u nastavku ovoga rada.²⁵

3. 1. 1. Uvjeti za oslobođenje od oporezivanja darovanja (donacija)

Prema čl. 8. st. 2. toč. 3. Zakona o porezu na dohodak²⁶ dohotkom se ne smatraju nasljedstva i darovi.²⁷

²⁴ M. Friganović, Oporezivanje o. c., str. 83.

²⁵ S. Bartolec i drugi, Olakšice po osnovi darovanja za zdravstvene potrebe, Porezni vjesnik, br. 10., Ministarstvo financija Republike Hrvatske, Institut za javne financije, Zagreb, 2016., str. 67.

²⁶ Narodne novine, br. 115/16 i 106/18.

²⁷ Podrobno su ove odredbe uređene čl. 4 st. 5. Pravilnika o porezu na dohodak (Narodne novine, br. 10/17, 128/17, 106/18 i 1/19) prema kojem se darovi iz čl. 8. st. 2. toč. 3. Zakona o porezu na dohodak ne smatraju primicima od kojih se utvrđuje dohodak ako su darovatelj i daroprimateelj fizičke osobe koje ne obavljaju samostalnu djelatnost iz čl. 29. Zakona o porezu na dohodak i ako se darovi daju iz primitaka od kojih je plaćen porez na dohodak ili iz primitaka koji se ne smatraju dohotkom.

Prema čl. 8. st. 1. toč. 4. Zakona o porezu na dohodak propisano je da se dohotkom ne smatraju primici koje fizičke osobe ostvaruju po osnovi darovanja pravnih i fizičkih osoba, a za zdravstvene potrebe (operativne zahvate, liječenja, nabavu lijekova i ortopedskih pomagala te troškove prijevoza i smještaja u zdravstvene ustanove), rješavanje kojih nije plaćeno obveznim, dopunskim, dodatnim i privatnim zdravstvenim osiguranjem niti na teret sredstava fizičke osobe, a pod uvjetom da je darovanje, odnosno plaćanje nastalih izdataka za tu namjenu obavljeno na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove te na temelju vjerodostojnih isprava.

Iz navedene zakonske odredbe može se zaključiti da je jedan od glavnih uvjeta za iskorištenje te olakšice da su primici iskorišteni u cijelosti za zdravstvene potrebe, što su općenito operativni zahvati, liječenje, nabava lijekova, ortopedskih pomagala i troškovi prijevoza i smještaja u zdravstvene ustanove.

Drugi je bitan uvjet kakvome se mora udovoljiti kako bi obveznik mogao iskoristiti oslobođenje od plaćanja poreza na dohodak na darovanja za zdravstvene potrebe da zdravstvene usluge ne namiruje obvezno, dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje niti sama fizička osoba primatelj darovanja. Dopunsko zdravstveno osiguranje omogućuje pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a dodatno zdravstveno osiguranje viši standard zdravstvene zaštite u usporedbi sa standardom zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u usporedbi s onim iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a privatno zdravstveno osiguranje omogućuje zdravstvenu zaštitu fizičkim osobama rezidentima Republike Hrvatske, odnosno strancima sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju²⁸ i Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.^{29 30}

Sljedeći je uvjet kakvome treba udovoljiti da su novčana sredstva (darovanja) isplaćena na žiroračun fizičke osobe primatelja ili zdravstvene ustanove u tuzemstvu ili inozemstvu za te svrhe. Budući da primatelji mogu biti maloljetna djeca, postavlja se pitanje može li se takve primitke isplatiti na žiroračun roditelja? Zakon o porezu na dohodak izričito propisuje da se sredstva mora uplatiti na

²⁸ Narodne novine, br. 80/13 i 137/13.

²⁹ Narodne novine, br. 80/13 i 15/18.

³⁰ S. Bartolec i drugi, Olakšice o. c., str. 69.

žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove, pa roditelji moraju za dijete otvoriti žiroračun na kojem će primati darovanja za liječenje.^{31 32}

Kako bi se utvrdilo udovoljava li fizička osoba uvjetima za oslobođenje od plaćanja poreza na dohodak, bitno je da davatelj i primatelj darovanja imaju vjerodostojne isprave o tome i o namjenskom utrošku – potvrde o primitku dobara,

³¹ Upozorujemo da upravljanje roditelja imovinom djeteta uređuje Obiteljski zakon u čl. 97., gdje stoji kako roditelji imaju dužnost, pravo i odgovornost upravljati imovinom djeteta pozornošću odgovorna roditelja, tako da je očuvaju i po mogućnosti uvećaju, te da se prihod od imovine djeteta može utrošiti samo za uzdržavanje djeteta, dok se imovinu djeteta može otuđiti samo ako roditelji nemaju dovoljno vlastitih sredstava za djetetovo uzdržavanje, liječenje ili obrazovanje, a sredstva se ne može osigurati na drugi način. Ministarstvo socijalne politike i mladih donijelo je u vezi s tim mišljenje u kojemu ističe kako se u pogledu visine svote za kakvu je nužno odobrenje Centra za socijalnu skrb, Ministarstvo oslanjalo na primjenu drugih pozitivnih propisa, npr. Zakona o parničnom postupku, što određuje da se sporovima male vrijednosti smatra one u kojima se optužni zahtjev odnosi na potraživanje u novcu kakvo ne premašuje svotu 10.000,00 kuna. Ministarstvo stoga smatra kako roditelji, bez odobrenja Centra za socijalnu skrb, mogu raspolagati novcem maloljetna djeteta jedan mjesec u svoti ne većoj od 10.000,00 kuna, radi njegova uzdržavanja, liječenja, odgoja, školovanja, obrazovanja ili namirenja neke druge važne potrebe djeteta. Navedeno prema: Ibid., str. 69.-70., http://www.mspm.hr/novosti/vijesti/arhiva_vijesti/studen_i_2012/novo_misljenje_o_imovinskim_odnosima_roditelja_i_djece_u_smislu_tumacenja_odredbi_obiteljskog_zakona.

³² Da li se oporezuju donacije fizičkih i pravnih osoba za zdravstvene usluge (operaciju djevojčice koja boluje od tumora), te da li se iste mogu uplaćivati na tekući račun roditelja?

Prema čl. 9. st. 1. toč. 7. Zakona o porezu na dohodak (Narodne novine, broj 177/04, 73/08, 80/10, 114/11 i 22/12 dalje u tekstu Zakon) dohotkom se ne smatraju primici koje fizičke osobe ostvaruju po osnovi darovanja pravnih i fizičkih osoba, a za zdravstvene potrebe (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 nastalih izdataka za tu namjenu obavljeno na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove te na temelju vjerodostojnih isprava.

Prema čl. 6. st. 6. Pravilnika o porezu na dohodak (Narodne novine, broj 95/05, 96/06, 68/07, 146/08, 2/09, 9/09, 146/09, 123/10, 137/11 i 61/12) u skladu s čl. 9. st. 1. toč. 7. Zakona, dohodak se 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 uvjetima: da zdravstvene potrebe koje se financiraju danim darovanjima nisu plaćene iz osnovnog, dopunskog, dodatnog ili privatnoga zdravstvenog osiguranja, niti na teret sredstava fizičke osobe, da su novčana sredstva (darovanja) isplaćena na žiroračun fizičke osobe primatelja darovanja ili zdravstvene ustanove u tuzemstvu ili u inozemstvu za te svrhe te da 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 obavezan 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), iznos koji se daje.

U konkretnom slučaju neoporezivim primicima po osnovi donacija za zdravstvene usluge smatraju se oni primici koji udovoljavaju uvjetima iz navedenih odredbi Zakona i Pravilnika, odnosno ako se, između ostalog, ti primici isplaćuju na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove. (Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Broj klase: 410-01/12-01/2367., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/12-2., Zagreb, 17. 09. 2012.).

isprave o obavljenoj doznaci na žiroračun primatelja, račune za zdravstvene usluge i drugo, te da o tome vode propisane evidencije.³³

3. 1. 2. Porezni tretman danih darovanja (donacija) fizičkih osoba koje obavljaju samostalnu djelatnost

Prema čl. 31. st. 1. Zakona o porezu na dohodak primici po osnovi samostalnih djelatnosti su sva dobra (novac, stvari, materijalna prava, usluge i drugo) koja su poreznom obvezniku u okviru njegove samostalne djelatnosti pritekla u poreznom razdoblju.

Prema čl. 32. st. 2. Zakona o porezu na dohodak izdaci po osnovi samostalnih djelatnosti su svi odljevi dobara poreznog obveznika tijekom poreznog razdoblja radi stjecanja, osiguranja i očuvanja poslovnih primitaka. U poslovne izdatke poreznih obveznika koji obavljaju samostalne djelatnosti ulaze oni izdaci koji su izravno vezani za obavljanje djelatnosti.

Iz navedenih zakonskih odredbi može se zaključiti da pri utvrđivanju dohotka od samostalne djelatnosti, kao poslovni izdaci ne mogu se odbiti izdaci koji nisu u izravnoj svezi s obavljanjem samostalne djelatnosti, što znači da dana darovanja ne mogu biti priznati porezni izdatak pa se niti ne evidentiraju u Knjizi primitaka i izdataka (obrazac KPI). Drugim riječima darovanja (donacije) se ne smatraju izdatkom već u pojedinim slučajevima samo osobnim odbitkom.³⁴

3. 1. 3. Porezne olakšice (osobni odbitak) za dana darovanja (donacije)

Prema čl. 15. st. 1. Zakona o porezu na dohodak poreznom obvezniku se osobni odbitak uvećava i za iznose plaćene za obvezno zdravstveno osiguranje ako porezni obveznik nije drukčije osiguran, do visine propisanoga obveznog doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Prema čl. 15. st. 2. Zakona o porezu na dohodak porezni obveznik može uvećati osobni odbitak za darovanja dana u tuzemstvu u naravi i u novcu doznačenim na žiroračun, a u kulturne, odgojno-obrazovne, znanstvene, zdravstvene, humanitarne, športske i vjerske svrhe, udrugama i drugim osobama koje te djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima, do visine 2% primitaka za koje je u tekućoj godini podnesena godišnja porezna prijava i utvrđen godišnji porez na dohodak ili je

³³ Davatelj darovanja obavezan 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 (čl. 4. st. 2. Pravilnika o porezu na dohodak).

³⁴ Taj stav potvrđen je i čl. 15. st. 2. i 3. Zakona o porezu na dohodak. Podrobnije vidjeti u: Porezne olakšice (osobni odbitak) za dana darovanja (donacije) u zdravstvu.

proveden poseban postupak utvrđivanja godišnjeg poreza na dohodak i prireza porezu na dohodak.³⁵

Prema čl. 15. st. 3. Zakona o porezu na dohodak iznimno od st. 2. ovoga članka, osobni odbitak se uvećava za darovanja dana iznad propisane visine, pod uvjetom da su dana prema odlukama nadležnih ministarstava o provedbi i financiranju posebnih programa i akcija, ali ne i za redovitu djelatnost primatelja darovanja.

3. 2. Oporezivanje darovanja (donacija) porezom na dobit

Poduzetnici često imaju želju da određeni dio svog profita daruju za humanitarne, kulturne i druge općekorisne svrhe onima kome je to stvarno potrebno.³⁶

Prema čl. 7. st. 1. toč. 10. i čl. 7. st. 7. Zakona o porezu na dobit,³⁷ porezno priznatim troškovima po osnovi darovanja smatraju se 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 manja od 2% prihoda ostvarenog u prethodnoj godini. Iznimno, svota može biti i veća od 2% prihoda prethodne godine ako je

³⁵ Od 1. siječnja 2016. godine, međutim, u primjeni je poseban postupak utvrđivanja godišnjeg poreza na dohodak i prireza, primjenom kojega obveznici koji u poreznom razdoblju ostvare dohodak za kojeg se obvezno podnosi poreznu prijavu, uz propisana izuzeća, ne moraju više podnositi godišnje porezne prijave jer će Porezna uprava, temeljem prikupljenih podataka u tijeku poreznog razdoblja, izračunati godišnji obračun i obveznicima dostaviti privremeno porezno rješenje. To će učiniti i za obveznike koji bi dobrovoljnim podnošenjem godišnje porezne prijave stekli pravo na povrat preplaćena poreza na dohodak.

Porezni obveznici na koje se primjenjuje poseban postupak, ako žele iskoristiti prava propisana Zakonom o porezu na dohodak, a za koje Porezna uprava ne raspolaže podacima bitnim za utvrđivanje prava na umanjenje dohotka te podacima o uvećanju osobnog odbitka za plaćene doprinose za zdravstveno osiguranje u tuzemstvu ili dana darovanja, mogu do kraja veljače tekuće godine za prethodnu godinu podnijeti nadležnoj ispostavi Porezne uprave obrazac za priznavanjem prava u posebnom postupku te istom priložiti vjerodostojne isprave (čl. 53. st. 1. Zakona o porezu na dohodak).

Obveznici koji, sukladno čl. 13. Zakona o porezu na dohodak, moraju utvrditi godišnji dohodak i obračunati godišnji porez na dohodak i prirez, na što se primjenjuje poseban postupak, također mogu podnijeti Obrazac ZPP-DOH, ako imaju pravo na propisane porezne olakšice – dio osobnog odbitka za dana darovanja, te bi na osnovi njih stekli pravo na smanjenje razlike za uplatu poreza i prireza ili pravo na povrat poreza na dohodak i prireza. Ako ne podnesu Obrazac ZPP-DOH u roku, mogu na primljeno privremeno porezno rješenje podnijeti prigovor najkasnije do 31. srpnja tekuće za prošlu godinu, kako bi im se priznalo uvećan dio osobnog odbitka za dana darovanja.

Obveznici koji, sukladno čl. 13. Zakona, moraju utvrditi godišnji dohodak i obračunati godišnji porez na dohodak i prirez, na što se ne primjenjuje poseban postupak (kad npr. obavljaju neku samostalnu djelatnost i dohodak utvrđuju temeljem poslovnih knjiga), iskazat će porezne olakšice – dio osobnog odbitka za darovanja u Obrascu DOH, odnosno neće morati podnijeti i Obrazac ZPP-DOH.

³⁶ I. Milinović, Oporezivanje donacija i sponzorstva, Poslovni savjetnik, srpanj/kolovoz 2006., Centar za management i savjetovanje, Zagreb, 2006., str. 42.

³⁷ Narodne novine, br. 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16 i 106/18.

dana prema odlukama nadležnih ministarstva o provedbi financiranja posebnih programa i akcija.³⁸

Drugim riječima porezno priznatim troškovima smatraju se darovanja³⁹ učinjena u tuzemstvu (ne u inozemstvu) koja iznose do 2% prihoda ostvarenog u prethodnoj godini (iznimno preko 2% u skladu s odlukama nadležnih ministarstava o provedbi financiranja posebnih programa i akcija).

Prema čl. 30. st. 3. Pravilnika o porezu na dobit,⁴⁰ pod drugim osobama koje djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima i koje se mogu darivati za propisane namjene i u propisanim iznosima, smatraju se i tijela državne, lokalne i područne (regionalne) samouprave.

³⁸ Odlukama mjerodavnih ministarstava o provedbi financiranja posebnih programa i akcija smatraju se pojedini projekti ministarstava kao i suglasnost ministarstva pojedinim projektima koje poduzimaju zakonom predviđeni primatelji darovanja.

³⁹ U darovanja ne spadaju sponzorstva ako je zauzvrat učinjena promidžba tvrtke, proizvoda ili znaka sponzora ili darovatelja.

⁴⁰ 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, 2/18 i 1/19.

Posebno ističemo da se u praksi u Republici Hrvatskoj pod «drugim osobama» - uvijek uključuje i pravne i fizičke osobe.^{41 42}

⁴¹ Primili smo upit Centra za socijalnu skrb u kojem navode da bi primili na svoj žiroračun određena financijska sredstva pravnih i fizičkih osoba kao donaciju uz obvezu da donaciju isplate putem svoje blagajne obitelji teško invalidnog djeteta, u svezi čega se postavljaju sljedeća pitanja:

- smatra li se donacija oporezivim primitkom te tko i u kojem trenutku vrši uplatu pripadajućeg dijela poreznih obveza,

- da li obitelj pri primitku donacije ili naknadno treba priložiti račun u koju svrhu je iskorištena donacija,

- da li Centar treba sklopiti ugovor o donaciji s donatorom?

Prema izjavi obitelji teško invalidnog djeteta, primljene donacije bi se koristile za životne potrebe djeteta.

Prema odredbama čl. 2. st. 6. i 7. Zakona o porezu na dobit (Narodne novine broj 177/04, 90/05 i 57/06) državne ustanove nisu obveznici poreza na dobit, osim ako obavljaju gospodarsvenu djelatnost, a neoporezivanje te djelatnosti bi dovelo do stjecanja neopravdanih povlastica na tržištu.

U skladu s čl. 7. st. 7. Zakona o porezu na dobit, državne ustanove mogu primati darovanja u naravi ili novcu, učinjena u tuzemstvu za kulturne, znanstvene, odgojno-obrazovne, zdravstvene, humanitarne, sportske, vjerske, ekološke i druge općekorisne svrhe, ako navedene djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima. Darovanja u visini do 2% prihoda ostvarenog u prethodnoj godini smatraju se porezno priznatim rashodima odnosno izdacima darovatelja (poreznog obveznika poreza na dobit). 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.

Darovanja za zdravstvene potrebe koje isplaćuje ili daje poslodavac odnosno isplatitelj primitka po osnovi nesamostalnog rada svojem radniku odnosno osobi koja ostvaruje primitke po osnovi nesamostalnog rada, smatraju se primitkom u svezi s ostvarivanjem dohotka iz čl. 5. Zakona, pa se po toj osnovi utvrđuje i oporezuje dohodak od nesamostalnog rada.

Slijedom navedenog, nakon što Centar za socijalnu skrb primi novčana sredstva od donatora, Centar može navedena sredstva u svrhu darovanja za zdravstvene potrebe neoporezivo isplatiti na žiroračun fizičke osobe – primatelja darovanja ili zdravstvene ustanove, ukoliko su ispunjeni uvjeti propisani Zakonom i Pravilnikom o porezu na dohodak.

Napominjemo da je odredbama čl. 9. st. 2. toč. 2.1. podtoč. 2.1.2. i st. 4. Zakona o porezu na dohodak propisano da se dohotkom ne smatraju primici za koje fizičke osobe ne pružaju tržišne protuusluge i to primici po posebnim propisima, kao što su socijalne potpore, ako navedeni primici nisu u svezi s ostvarivanjem oporezivog dohotka iz čl. 5. st. 2. Zakona. (Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-01/08-01/245., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/08-2., Zagreb, 01. 04. 2008.).

⁴² Društvo invalida cerebralne i dječje paralize Zagreb iz Zagreba, Dalmatinska 1, postavilo je upit može li Društvo primiti novčana sredstva od donatora za nabavu ortopedskog ili rehabilitacijskog pomagala za svoga člana, te ista isplatiti članu Društva, uz pismenu odluku donatora za koga su sredstva namijenjena.

Prema odredbama čl. 2. st. 6. i 7. Zakona o porezu na dobit (Narodne novine broj 177/04 i 90/05), udruge nisu obveznici poreza na dobit, osim ako obavljaju gospodarsvenu djelatnost, a neoporezivanje te djelatnosti bi dovelo do stjecanja neopravdanih povlastica na tržištu.

U skladu s čl. 7. st. 7. Zakona o porezu na dobit, udruge mogu primati darovanja u naravi ili novcu, učinjena u tuzemstvu za kulturne, znanstvene, odgojno-obrazovne, zdravstvene, humanitarne, sportske, vjerske, ekološke i druge općekorisne svrhe, ako navedene djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima. Darovanja u visini do 2% prihoda ostvarenog u prethodnoj godini smatraju se porezno priznatim rashodima odnosno izdacima darovatelja (poreznog obveznika poreza na dobit). 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.

Prema čl. 7. st. 8. Zakona o porezu na dobit, u darovanja spada i plaćanje troškova za zdravstvene potrebe fizičkih osoba (operativne zahvate, liječenja, nabavu lijekova i ortopedskih pomagala i dr.) koji nisu pokriveni osnovnim, dopunskim i privatnim zdravstvenim osiguranjem, odnosno plaćanje troškova

3. 3. Oporezivanja darovanja (donacija) porezom na dodanu vrijednost

Ako darovatelj poduzetnik u sustavu poreza na dodanu vrijednost donira robu/ dobra, prava i usluge onda je sa stanovišta Zakona o porezu na dodanu vrijednost na vrijednost donacije dužan obračunati i platiti porez na dodanu vrijednost.

Za darovanja u novcu nije potrebno obračunati porez na dodanu vrijednost ni izdavati račun.⁴³

3. 3. 1. Doniranje hrane

Prema Direktivi o porezu na dodanu vrijednost kada obveznik daruje hranu, to podliježe porezu, jer je pri nabavi tih dobara postojalo pravo na odbitak pretporeza (djelomično ili u cijelosti), što znači kako nisu dopuštena oslobođenja od poreza na dodanu vrijednost za donacije hrane. No, Europska komisija je u odgovoru

koje snose same fizičke osobe, pod uvjetom da je plaćeno na račun primatelja dara ili zdravstvene ustanove, a ako je darovani lijek, ortopedsko ili drugo medicinsko pomagalo, uz vjerodostojnu ispravu.

Dakle društvo invalida cerebralne i dječje paralize Zagreb može, kao udruga koja nije obveznik poreza na dobit, primiti novčana sredstva od donatora (obveznika poreza na dobit) za nabavu ortopedskog ili rehabilitacijskog pomagala za svoga člana. Osim toga, donator može izvršiti plaćanje troškova za nabavu ortopedskog ili drugog medicinskog pomagala neposredno na račun fizičke osobe - primatelja dara, pod propisanim uvjetima, odnosno bez posredovanja Društva invalida cerebralne i dječje paralize Zagreb.

U skladu s čl. 9. st. 2. toč. 2.7. Zakona o porezu na dohodak (Narodne novine broj 177/04), te čl. 6. st. 6. Pravilnika o porezu na dohodak (Narodne novine broj 95/05), dohodak se ne utvrđuje po osnovi primitaka koje fizičke osobe ostvaruju darovanjima u novcu i dobrima dobivenima od pravnih i fizičkih osoba za zdravstvene potrebe (operativne zahvate, liječenja, nabavu lijekova i ortopedskih pomagala), pod propisanim uvjetima i do visine stvarno nastalih izdataka za tu namjenu te pod uvjetom da nisu u svezi s ostvarivanjem dohotka iz čl. 5. Zakona. Od tih primitaka ne utvrđuje se dohodak pod uvjetima:

- da zdravstvene potrebe koje se financiraju danim darovanjima nisu plaćene iz osnovnog, dopunskog ili privatnoga zdravstvenog osiguranja,

- da su novčana sredstva (darovanja) isplaćena na žiroračun fizičke osobe primatelja darovanja ili zdravstvene ustanove u tuzemstvu ili u inozemstvu za te svrhe,

- te da 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.

Darovanja za zdravstvene potrebe koje isplaćuje ili daje poslodavac odnosno isplatiatelj primitka po osnovi nesamostalnog rada svojem radniku odnosno osobi koja ostvaruje primitke iz čl. 14. Zakona, smatraju se primitkom u svezi s ostvarivanjem dohotka iz čl. 5. Zakona, pa se po toj osnovi utvrđuje i oporezuje dohodak od nesamostalnog rada.

Slijedom navedenog, nakon što je Društvo invalida cerebralne i dječje paralize Zagreb primilo novčana sredstva od donatora za nabavu ortopedskog ili rehabilitacijskog pomagala, Društvo može navedena sredstva isplatiti na žiroračun fizičke osobe primatelja darovanja ili zdravstvene ustanove, ukoliko su ispunjeni uvjeti propisani Zakonom i Pravilnikom o porezu na dohodak. (Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Broj klase: 410-01/06-01/499., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/06-2., Zagreb, 16. 05. 2006.).

⁴³ Podrobnije vidjeti odredbe Zakona o porezu na dodanu vrijednost (Narodne novine, br. 73/13, 99/13, 148/13, 153/13, 143/14, 115/16 i 106/18) i 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, 128/17 i 1/19) koje se odnose na poreznog obveznika, poreznu osnovicu, obavljene usluge i isporuku dobara.

Europskom parlamentu 7. svibnja 2013. godine svjesna teškoća mnogih građana Europske unije, preporučila kako pri doniranju hrane osnovicu za obračun poreza na dodanu vrijednost treba prilagoditi okolnostima i stanju dobara u trenutku darovanja. Stoga, ako se donaciju obavlja neposredno prije isteka roka minimalne trajnosti ili dobra nisu pogodna za prodaju, ta bi vrijednost, zaključuje Komisija, trebala biti prilično niska ili čak blizu ničice te prepušta državama članicama potanje urediti način primjene, uz napomenu kako se ne bi smjelo utjecati na obveznike tako da se obeshrabri doniranje hrane humanitarnim organizacijama.⁴⁴

Europski gospodarski i socijalni odbor, kao savjetodavno tijelo Europske unije, objavio je u lipnju 2014. godine studiju pod nazivom «Usporedna studija o zakonodavstvu i praksi država članica Europske unije u vezi s doniranjem hrane koja obuhvaća 12 država članica». Prema nalazima te studije, porez na dodanu vrijednost se pri doniranju hrane obračunava u Danskoj, Njemačkoj, Španjolskoj i Švedskoj, a u Ujedinjenom Kraljevstvu ga se obračunava po stopi 0%. U ostalim državama članicama (Belgija, Francuska, Grčka, Mađarska, Italija, Poljska i Portugal) ne obračunava se porez na dodanu vrijednost pri doniranju hrane.⁴⁵

S obzirom da se prema procijenjenim podacima Ministarstva poljoprivrede u Hrvatskoj godišnje baci više od 300.000 t hrane zakonodavac je potkraj 2015. godine ponovo izmijenio čl. 26. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost te se obveznicima donatorima hranu radi sprječavanja njezina uništavanja, zaštite okoliša i pomoći krajnjim primateljima isključivo neprofitnima humanitarnim pravnim osobama koje su registrirani posrednici pri Ministarstvu poljoprivrede, omogućuje da navedene isporuke budu porezno priznate do 2% prihoda odnosno primitaka prethodne godine, ali uza sljedeće uvjete: 1) ako je hrana što podliježe označivanju roka trajnosti «upotrijebiti do» donirana u razdoblju najdulje tri mjeseca do isteka toga roka, 2) ako je hrana što podliježe označivanju datumom minimalne trajnosti donirana u razdoblju najdulje tri mjeseca do najmanje sedam dana prije isteka datuma minimalne trajnosti ili 3) ako hrana nije prikladna za prodaju zbog nedostataka u kvaliteti, pakiranju, označivanju, masi ili drugih sličnih razloga, što ne mogu utjecati na sigurnost hrane.⁴⁶

Drugim riječima prema čl. 26. st. 6. Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost porezno priznatim manjkom dobara smatrat će se isporuke hrane bez naknade (doniranje) koje porezni obveznik obavlja u svrhu sprječavanja njenog uništavanja, zaštite okoliša i pomoći krajnjim primateljima sukladno posebnom propisu o

⁴⁴ A. Slavulj Pavletić, Porezni aspekt sustava doniranja hrane u Hrvatskoj, Porezni vjesnik, br. 2., Ministarstvo financija Republike Hrvatske, Institut za javne financije, Zagreb, 2016., str. 54.

⁴⁵ «Comparative Study on EU Member States' legislation and practices on food donation»: <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.publications.34456>.

⁴⁶ A. Slavulj Pavletić, Porezni o. c., str. 55.

doniranju hrane i hrane za životinje, isključivo neprofitnim pravnim osobama koje humanitarnu djelatnost obavljaju u skladu s posebnim propisima i registrirane su kao posrednici koji sudjeluju u lancu doniranja hrane, do 2% prihoda odnosno primitaka prethodne godine. Za obračun vrijednosti isporuka koje se smatraju porezno priznatim manjkom uzima se nabavna vrijednost takve hrane (bez poreza na dodanu vrijednost). Porezni obveznici koji obavljaju donacije hrane, a nisu poslovali u prethodnoj godini obvezni su u posljednjem razdoblju oporezivanja tekuće godine izvršiti ispravak ako su prešli 2% prihoda te godine.

Prema čl. 26. st. 7. Zakona o porezu na dodanu vrijednost u slučaju elementarnih nepogoda porezno priznatim manjkom dobara smatrat će se i isporuke iz st. 6. ovoga članka koje se obave izravno krajnjim primateljima sukladno posebnom propisu o doniranju hrane i hrane za životinje.

Navedeno znači da donator neće obračunati porez na dodanu vrijednost (obzirom da se ne radi o oporezivoj isporuci) pri takvome davanju hrane, a za hranu će imati pravo na odbitak pretporeza pri nabavi.⁴⁷

4. ZAKLJUČAK

Kako bi se ostvarila poboljšanja u promišljanju i planiranju globalnog zdravstvenog sustava, zemlje moraju voditi računa o sljedećem: političkoj obvezi i vodstvu, ekonomskom kapitalu, koordinaciji upravljanja, usklađenosti politika, i razvijanju kapaciteta sustava javnog zdravstva (javno privatno partnerstvo, investiranje i slično).⁴⁸

Razvojem zapadne medicine i njezinim grananjem u niz novih disciplina pojavljuje se mnogo novih područja od kojih se javno zdravstvo bitno razlikuje svojim pristupom i fokusom. Naime, fokus medicine dugo je bio usmjeren na pitanje zdravlja pojedinca. U 19. i 20. stoljeću, kada javno zdravstvo doživljava

⁴⁷ Na isti je način doniranje hrane regulirano u Pravilniku o porezu na dohodak i Pravilniku o porezu na dobit. U darovanja se mogu uključiti i darovanja poreznih obveznika proizvođača i trgovaca hrane koji, u cilju sprečavanja uništavanja velikih količina hrane i zaštite okoliša, daruju hranu za socijalne, humanitarne i druge svrhe pomoći, te osobama pogođenim elementarnim nepogodama i prirodnim katastrofama, pod uvjetom da su ta darovanja izvršena u skladu s posebnim propisima u smislu provedbe posebnih programa i akcija, odnosno ukoliko je darovanje hrane izvršeno u skladu s posebnim propisima Ministarstva poljoprivrede (čl. 13. st. 1. Zakona o porezu na dohodak i čl. 30. st. 4. i 6. Pravilnika o porezu na dobit).

⁴⁸ Podrobnije vidjeti u: K. Metzner, *Analyse neuer Finanzierungsalternativen im deutschen Gesundheitswesen*, Social Impact Investment, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2014., str. 5.-43., B. Freyer, *Die Finanzkrise Griechenlands und deren Auswirkungen im soziologischen und gesundheitlichen Bereich*, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2014., str. 2.-8., A. Lošin, «Pay for Performance» - Ansätze in der Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2015., str. 3.-12.

svoj puni procvat, interes medicinske struke nije isključivo zdravlje pojedinca nego se ono bitno širi i na pitanje zdravlja populacije.⁴⁹

Zdravlje je najosnovnije i neophodno stanje za djelovanje ljudskog bića, temelj ljudskih prava i preduvjet za dostojanstven život. Ustavni akt Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) u svojoj preambuli definira zdravlje kao «stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti». U preambuli nadalje stoji da je «uživanje najvećeg mogućeg zdravstvenog standarda jedno od temeljnih prava čovjeka bez razlike u rasi, religiji, političkim uvjerenjima, ekonomskim i socijalnim uvjetima», time implicirajući načelo nediskriminacije kao jedno od temeljnih načela povezanih s pravom na zdravlje i međunarodnom solidarnosti.⁵⁰

Zdravstvo bez vrline solidarnosti zasigurno nije dovršeno zdravstvo, tj. zdravstvo kojim bismo trebali biti zadovoljni. No, pritom je riječ isključivo o moralnim pokazateljima zdravstva, tj. o pokazateljima življene vrline djelatnika u zdravstvu. Imamo pravo izraziti nezadovoljstvo postojećim stanjem u zdravstvu, ali takvo nezadovoljstvo koje se ne oslanja na političke, pravne, stručne, znanstvene, tehničke, ekonomske i organizacijske, nego eminentno moralne pokazatelje koje tek treba dosegnuti.⁵¹

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.⁵²

Stoga bi trebalo mjerama porezne politike izmijeniti odredbe Zakona i Pravilnika o porezu na dohodak i Zakona i Pravilnika o porezu na dobit na način: «fizičkim i pravnim osobama koje su darovale odnosno donirale u naravi ili novcu iznose iznad 15% od ukupno ostvarenog prihoda prethodne godine, navedena darovanja (donacije) trebalo bi pravno tretirati kao porezno priznati trošak, a posebno kada se radi o zdravstvenim i drugim općekorisnim svrhama pod uvjetom da nije bilo zlouporaba od strane darovatelja (donatora) s jedne strane i primatelja darovanja (donacije) s druge strane». Ulaganjem u podizanje kvalitete života zajednice

⁴⁹ A. Borovečki i drugi, Javno zdravstvo, etika i ljudska prava, (ur. A. Borovečki, S. Lang), Priručnik za stručne poslijediplomske studije iz javnog zdravstva, medicine rada i športa te školske i sveučilišne medicine, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, 2013., str. 5.

⁵⁰ Preambula Ustavnog akta Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organisation) iz 1946. godine: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

⁵¹ T. Matulić, Solidarnost o. c., str. 2.

⁵² Nacionalna o. c., str. 14.

ostvarujemo načelo društvene odgovornosti to jest oblika solidarnosti koji je odlična prilika da se povežu svi oni koji brinu za društvo a mjere porezne politike svakako bi trebale biti važan čimbenik u razvijanju filantropije (darovanja) ne samo u zdravstvene svrhe, nego i u kulturne, odgojno-obrazovne, znanstvene, humanitarne, športske i vjerske svrhe.

LITERATURA:

S. Bartolec i drugi, Olakšice po osnovi darovanja za zdravstvene potrebe, Porezni vjesnik, br. 10., Ministarstvo financija Republike Hrvatske, Institut za javne financije, Zagreb, 2016.

D. Birk i drugi, Steuerrecht, 18. Auflage, C. F. Müller, Heidelberg, 2015/16.

T. Broz i drugi, O zdravstvu iz ekonomske perspektive, (ur. M. Vehovec), Ekonomski institut Zagreb, Zagreb, 2014.

A. Borovečki i drugi, Javno zdravstvo, etika i ljudska prava, (ur. A. Borovečki, S. Lang), Priručnik za stručne poslijediplomske studije iz javnog zdravstva, medicine rada i športa te školske i sveučilišne medicine, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, 2013.

B. Freyer, Die Finanzkrise Griechenlands und deren Auswirkungen im soziologischen und gesundheitlichen Bereich, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2014.

M. Friganović, Oporezivanje darovanja u Republici Hrvatskoj, Računovodstvo i porezi u praksi, br. 6., Centar za računovodstvo i financije d. o. o., Zagreb, 2011.

G. Gazzoni, Morale sociale, Piemme, 1991.

Bo. Jelčić i drugi, Financijsko pravo i financijska znanost, Narodne novine, Zagreb, 2002.

Komunikacija Europske Komisije O učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima, Bruxelles, 4. 4. 2014., COM(2014) 215 final.

N. Kovač, Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj, Ekonomski vjesnik, god. 26., br. 2., Ekonomski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2013.

A. Lošin, «Pay for Performance» - Ansätze in der Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2015.

Š. Marasović, Porijeklo i sadržaj pojma solidarnost, Bogoslovna smotra, god. 74., br. 2., Katoličko bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2004.

T. Matulić, Solidarnost u zdravstvu!?, Etika, god. 2., br. 6., Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2006.

K. Metzner, Analyse neuer Finanzierungsalternativen im deutschen Gesundheitswesen. Social Impact Investment, Grin Verlag, Norderstedt Germany, 2014.

I. Milinović, Oporezivanje donacija i sponzorstva, Poslovni savjetnik, srpanj/kolovoz 2006., Centar za management i savjetovanje, Zagreb, 2006.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 2012.

R. Ostojić i drugi, Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske, Poslovna izvrsnost, god. 6., br. 2., Zagreb, 2012.

W. Riederer, Möglichkeiten für Gemeinden zur Finanzierung des Gesundheitswesens, Steuerungsmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen für Gemeinden, AV Akademikerverlag, Saarbrücken, 2013.

C. Shaw i drugi, A background for national quality policies in health systems, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

M. Siegel i drugi, Sponsorship of National Health Organizations by Two Major Soda Companies, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 52., Issue 1., 2017.

A. Slavulj Pavletić, Porezni aspekt sustava doniranja hrane u Hrvatskoj, Porezni vjesnik, br. 2., Ministarstvo financija Republike Hrvatske, Institut za javne financije, Zagreb, 2016.

S. Trgovčić, Međunarodna solidarnost i pravo na zdravlje, Europski časopis za bioetiku, god. 9., br. 1., Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i Dokumentacijsko-istraživački centar za europsku bioetiku «Fritz Jahr» Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2018.

M. Trkulja i drugi, Filantropija oslonac održivih zajednica, Pregled poreznih olakšica povezanih s doniranjem, Europska unija i Ured za udruge Vlade Republike Hrvatske, Zaklada za poticanje partnerstva i razvoja civilnog društva, Pula.

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, 2/18 i 1/19.

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, 128/17 i 1/19.

Pravilnik o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 10/17, 128/17, 106/18 i 1/19.

Zakon o obveznim odnosima, Narodne novine, br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15 i 29/18.

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 i 106/18.

Zakon o porezu na dodanu vrijednost, Narodne novine, br. 73/13, 99/13, 148/13, 153/13, 143/14, 115/16 i 106/18.

Zakon o porezu na dohodak, Narodne novine, br. 115/16 i 106/18.

Mišljenja Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu

Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Broj klase: 410-01/12-01/2367., Urudžbeni broj: 513-07-21-01/12-2., Zagreb, 17. 09. 2012.

Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Klasa: 410-01/08-01/245.,
Urudžbeni broj: 513-07-21-01/08-2., Zagreb, 01. 04. 2008.

Mišljenje Središnjeg ureda Porezne uprave u Zagrebu, Broj klase: 410-01/06-01/499.,
Urudžbeni broj: 513-07-21-01/06-2., Zagreb, 16. 05. 2006.

Mrežni izvori

Österreichisches Stammzellregister | Gesundheit Österreich GmbH <https://goeg.at/node/716>.

https://fr.wikipedia.org/wiki/Système_de_santé_français.

ONLUS Organizzazione non lucrativa di utilità sociale www.merliniemerlini.com/documenti/utility/22_allegato_327.pdf.

<https://spendencheck.com/spenden-fuer/gesundheit>.

http://www.mspm.hr/novosti/vijesti/arhiva_vijesti/studeni_2012/novo_misljenje_o_imovinskim_odnosima_roditelja_i_djece_u_smislu_tumacenja_odredbi_obiteljskog_zakona.

«Comparative Study on EU Member States' legislation and practices on food donation»: <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.publications.34456>.

Preambula Ustavnog akta Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organisation) iz 1946. godine: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

TAXATION OF GIFT (DONATION) IN HEALTH CARE

Measures of Economic and Social Policy the Republic of Croatia creates conditions for the implementation of health care as well as the conditions for protection and improvement of the health of the population. Health without the virtues of solidarity certainly has not been completed health care, ie health care we should be satisfied with. Tax policy measures should certainly be an important factor in the development of philanthropy (gifts) not only for health purposes, but also for cultural, educational, scientific, humanitarian, sports and religious purposes.

Key words: *gifts, donations, taxation, health care.*

Dr. sc. Nina Mišić Radanović, docentica
Sveučilišni odjel za forenzične znanosti Sveučilište u Splitu

NOVO KAZNENO DJELO PRISILE PREMA ZDRAVSTVENOM RADNIKU

UDK:343.6:614.25

Primljeno: 25. veljače 2019.

Izvorni znanstveni rad

Kazneno zakonodavstvo Republike Hrvatske od 4. siječnja 2019. godine sadrži novo kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku te se u radu detaljno analizira normativno uređenje novog kaznenog djela tako da se obrađuju obilježja tko može biti počinitelj i pasivni subjekt, u čemu se sastoji radnja počinjenja, posljedica i pokušaj djela te namjera počinitelja. Uvodno, kronološki se navode razlozi koji su rukovodili zakonodavca da u glavi kaznenih djela protiv javnog reda propiše novo djelo. Također, posebno se obrađuju kvalificirani oblici prisile prema zdravstvenim radnicima kao i poseban fakultativni razlog za oslobođenje od kazne počinitelja. S obzirom da djelo prisile prema zdravstvenom radniku sadrži obilježja primjene sile ili prijetnje da će se izravno uporabiti sila, autorica je postavila i odnos tog djela i kaznenih djela prisile, prijetnje i različitih oblika tjelesnih ozljeda. Smatrajući da će hrvatsko normativno rješenje novog kaznenog djela izazvati određene teorijske i praktične dvojbe, rad završava prikazom francuskog normativnog rješenja zaštite liječnika i zdravstvenih radnika od nasilja te prijedlogom *de lege ferenda* koji usvaja politiku nulte tolerancije prema svim oblicima nasilja u javnim službama.

1. UMJESTO UVODA – KRONOLOGIJA

U posljednje vrijeme svjedočili smo uznemirujućim medijskim naslovima o „epidemiji“ nasilja u kojima su žrtve tog nasilja bile upravo osobe koje su bile zadužene za brigu o zdravlju napadača ili njemu bliskih osoba. Samo neki od tih naslova su: „*Liječniku u Kaštel Štafiliću pacijent u ordinaciji aktivirao bombu*“, „*Napao liječnicu nožem u Dubrovačkoj bolnici*“, „*Zadarski psiho liječniku smrskao čeljust*“, „*Nasilnik nogom razbio vrata na rodilištu*“, „*Službujući liječnik neonatolog zadobio je više udaraca šakom u glavu pri čemu mu je slomljena kost lubanje*“, „*Napadnuti liječnici, medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje u Klinici za plućne bolesti Jordanovac od strane nekoliko članova obitelji preminulog pacijenta*“ „*Više puta napali su me i oni koje sam izliječio*“.¹

Istraživanje Hrvatske liječničke komore nazvano „*Nasilje nad liječnicima*“, provedeno krajem 2016. godine pokazalo je da je čak 93% anketiranih liječnika

¹ Izvor: Slobodna Dalmacija, 31. 1. 2019 i Slobodna Dalmacija, 9. 2. 2019.

doživjelo na poslu neki oblik verbalnog ili fizičkog nasilja dok se fizički napad na liječnika dogodio u 22% zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj. Istovremeno je u razdoblju od pet godina prije istraživanja ravnateljima ustanova u javnom zdravstvu prijavljeno 77 napada na liječnike, od čega 50 u zdravstvenim ustanovama.² Istražujući probleme sigurnosti radnog okruženja za liječnike i druge zdravstvene djelatnike uočeno je da 83% anketiranih liječnika naglašava da su napadi na radnom mjestu bili verbalni (svađe, uvrede, psovanja, uznemiravanje i zastrašivanje) dok je manji broj fizičkog nasilja. Većina liječnika (72%) koji su doživjeli nasilje to nije prijavila, pri čemu su kao razloge neprijavlivanja najčešće navodili strah od stvaranja dodatnih problema, moguću reakciju okoline ili strah od ponovnog napada. Verbalno i fizičko nasilje ostavilo je i posljedice na liječnike koji su mu bili izloženi.³ Nasilno ponašanje u najvećem postotku liječnici su doživjeli od samoga pacijenta (76%) i njegove obitelji odnosno pratnje (74%), a bilo je i slučajeva nasilničkog ponašanja i od strane drugih zdravstvenih radnika (30%).⁴

I Agencija za akreditaciju i kvalitetu u zdravstvu upozoravala je da postoji izniman broj neželjenih događaja prema zdravstvenim radnicima, s tendencijom snažnog porasta istih, posebice kaznenih djela prijetnje, prisile, tjelesnih ozljeda.⁵ Iznošene su ocjene da je situacija u procesuiranju neželjenih događaja prema zdravstvenom radniku nezadovoljavajuća i zabrinjavajuća, jer velika većina, odnosno gotovo sve, neželjene situacije prema liječniku ili zdravstvenom radniku

² Istraživanje se sastojalo od dvije ankete, jedne koju su ispunjavali liječnici i druge koju su ispunjavali ravnatelji zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj. Na anketu o nasilju odgovorilo je ukupno 1.634 liječnika, a na anketu o sigurnosti u zdravstvenim ustanovama, upućenu svim ravnateljima ustanova u javnom zdravstvu, odgovorilo je 100 ravnatelja. Istraživanje je obuhvatilo probleme nasilja nad liječnicima, od verbalnog do fizičkog, pitanje prijave nasilja, posljedica nasilja te različite aspekte sigurnosti u ustanovama javnog zdravstva: bolničke ustanove (klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike, opće i županijske bolnice, specijalne bolnice i lječilišta), domovi zdravlja, zavodi i zavodi za hitnu medicinu te poliklinike. U uzorku anketiranih liječnika najviše je specijalista (63%), zatim specijalizanata (20%) i ostalih liječnika (17%) dok ih je najviše bilo zaposleno u bolničkom sustavu (57%), zatim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (25%), u privatnim zdravstvenim ustanovama (4%), u zavodima za hitnu medicinu (7%) te u drugim zdravstvenim ustanovama (7%).

Izvor: <https://www.hlk.hr/cak-93-posto-anketiranih-lijecnika-dozivjelo-je-na-poslu-neki-oblik> i Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 20.

³ Tako 62% liječnika koji su bili izloženi nasilju osjeća povremeni ili stalni strah od nasilja, a njih 4% je zbog posljedica nasilja bilo prisiljeno otići na bolovanje. Ibid. U Hrvatskoj se čak 40% liječnika osjeća nesigurno prilikom obavljanja svog posla u ordinacijama, dok se za usporedbu, u Sloveniji radi o 25% liječnika, a u Makedoniji, Bugarskoj i Turskoj samo o 5% liječnika. PLAZIBAT, O., Rastući problem nasilja nad liječnicima u Hrvatskoj, Liječničke novine, br. 147, 03, 2016, str. 72.

⁴ Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 22. Još alarmantnije podatke iznose predstavnici Komore medicinskih sestara i tehničara koja je provela anketu na uzorku od 1700 medicinskih sestara od kojih se 89% očitovalo da su tijekom svog radnog vijeka barem jednom bile verbalno ili fizički napadnute. Izvor: „Više puta napali su me i oni koje sam izliječio“, Slobodna Dalmacija od 31. 1. 2019.

⁵ Zdravstvene ustanove, sukladno Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11), imaju obvezu svaka tri mjeseca Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi dostavljati izvješća za neželjene događaje prema osoblju (NND).

završavaju ili odbacivanjem prijava ili odustankom od službenog progona takvih počinitelja, pa se zdravstveni radnici moraju samostalno štititi kao sve druge ostale privatne osobe podnošenjem privatnih tužbi. Također, opći je stav zdravstvenih radnika bio da se državna tijela nisu vodila činjenicom da zdravstveni radnik obavlja zdravstvenu djelatnost u cilju zaštite zdravlja kao posebno zaštićenog dobra, kao i potrebnom provedbom isključivo službenog progona protiv takvih počinitelja. Počinitelji su takvim radnjama i aktivnostima prema zdravstvenom radniku nedvojbeno izravno onemogućili ili spriječili provođenje zdravstvene djelatnosti kao javne službe i zdravstvene zaštite koju je liječnik i zdravstveni radnik bio dužan provoditi.

Navedena istraživanja rezultirala su intenzivnim naporima Hrvatske liječničke komore (dalje: HLK) da poduzme sve što je u njezinoj moći kako bi se, ne samo liječnicima već svim zdravstvenim djelatnicima, stvorili sigurniji uvjeti za obavljanje njihove profesionalne djelatnosti. Ispravno držeći da je bilo koji oblik nasilja nedopustiv i da je nužno suprotstaviti mu se odgovornim ponašanjem koje podrazumijeva prijavu događaja i počinitelja, prvi korak koji je HLK učinio bio je da se liječnicima omogućila prijava verbalnog ili fizičkog nasilja putem službene mrežne stranice HLK, dostupne od 0 do 24 sata kao i osiguranje pravne podrške u procesuiranju tog nasilja.⁶ S obzirom da su ovi, doista zabrinjavajući podaci ukazivali da su liječnici gotovo svakodnevno u opasnosti od nasilničkog ponašanja tako da preko polovice napadnutih liječnika i dalje osjeća strah od novog nasilja te da je u takvom radnom okruženju izuzetno zahtjevno obavljati vrlo složen i odgovoran liječnički posao, HLK je u posljednje dvije godine inzistirala na tome da se pronađu odgovarajući pravni oblici zaštite liječnika⁷ odnosno da se najoštrije

⁶ Istraživanje je ukazalo i na činjenicu da je stanje sigurnosti u našim zdravstvenim ustanovama nezadovoljavajuće, jer se pokazalo da sustav kontrole ulaza u mnoge ustanove ne jamči poželjnu razinu sigurnosti. Tako polovica ustanova ima portira tijekom dana, a 43% tijekom noći. Također, polovica ustanova (54%) ima video nadzor, a samo 7% tihi alarm kojim se, u slučaju potrebe, alarmira sigurnosna služba dok tek ¼ zdravstvenih ustanova ima angažiranu zaštitarsku službu od 0-24 sata. Ibid. Istovremeno, u Sloveniji liječnici obiteljske medicine u svojim ordinacijama imaju instaliran takozvani tihi alarm dok Britansko liječničko društvo ima 24-satnu telefonsku liniju za pomoć liječnicima u nevolji. Šire u PLAZIBAT, O., op. cit. str. 72.

⁷ U tom su smislu i preporuke Svjetske medicinske asocijacije (WMA) koja je u svom izvješću o nasilju u zdravstvenom sektoru 2012. godine donijela jasne smjernice i upute za učinkovitu borbu protiv nasilja i njegovu prevenciju. Preporuke uključuju usvajanje politike nulte tolerancije prema nasilju na poslu, sveobuhvatnu definiciju nasilja na radnom mjestu, plan za održavanje sigurnosti na poslu, plan postupanja za zdravstvene djelatnike u slučaju nasilja, učinkovit sustav prijavljivanja uključujući i prijavljivanje službenim čuvarima reda i sigurnosti, zaštita osoblja koje prijavljuje nasilje od neugodnosti. Preporuča se i edukacija zdravstvenog osoblja kako bi razvijalo svoje komunikacijske vještine jer se kultiviran i kvalitetan odnos s pacijentima može temeljiti samo na međusobnom poštovanju i povjerenju. Također, liječnici i zdravstveno osoblje morali bi biti educirani i o postupanju u kriznim situacijama: kako se s njima nositi i kako ih prevenirati, te konkretne preporuke kako u zdravstvenim ustanovama kreirati sigurnosno okruženje: od fizičkih barijera, prostorija projektiranih tako da osoba u njima ne može biti „uhvaćena u klopku“, namještaja koji se ne može koristiti kao oružje (bez oštrih rubova), do dizajniranja čekaonica koje moraju biti prozirne i u pastelnim umirujućim bojama. Šire DUJMOVIĆ OJVAN, D., Nužno

sankcionira nasilničko ponašanje prema liječnicima. Dodatna argumentacija HLK bila je tvrdnja da je zakonodavac radi osiguranja zdravlja izrijeком u KZ-u naveo u glavi XIX. (kaznena djela protiv zdravlja ljudi) kaznena djela koja mogu počiniti izrijeком samo „liječnici“ i „drugi zdravstveni radnici“: „S obzirom na to da je zakonodavac predmetnim normativnim utvrđenjima definirao liječnika kao osobu koja može počiniti kazneno djelo protiv zdravlja ljudi, iako se primarno i po vokaciji posla i službe bavi zaštitom zdravlja i pružanjem zdravstvene zaštite, onda je u skladu s istim načelima potrebno i zaštititi liječnika u njegovu radu, kako bi se takvim odnosom i postupanjem osigurala provedba pružanja zdravstvene zaštite“.⁸

U tom smislu, prvi zahtjev koji je HLK, zajedno s Hrvatskom udrugom bolničkih liječnika (HUBOL), postavila zakonodavcu bile su izmjene čl. 87. i 315. Kaznenog zakona (dalje: KZ), na način da se napad na liječnika tretira kao napad na službenu osobu odnosno „da se liječnike zaštiti jednakopravno kao i druge službene osobe“. Također, HLK je predložila i dopune pojedinih inkriminacija iz KZ-a na način da se propišu teže kazne u slučajevima kad je kazneno djelo počinjeno prema liječniku (u slučaju kaznenog djela tjelesne ozljede, teške tjelesne ozljede, osobito teške tjelesne ozljede, prisile, prijetnje, nametljivog ponašanja).⁹ Inicijativu je podržalo i Ministarstvo zdravstva koje je zatražilo od Ministarstva pravosuđa da se u okviru planiranih izmjena KZ-a dopune odredbe čl. 87. st. 3., u cilju da bi se napad na zdravstvenog djelatnika tretirao kao napad na službenu osobu, s obrazloženjem da u postojećoj odredbi nisu obuhvaćeni službenici u javnim službama te slijedom toga ni zdravstveni djelatnici. Predložene su i dopune u čl. 315. st. 1. KZ-a na način da sila, prijetnja i fizički napad na službenika u javnim službama ima ekvivalentne zakonske posljedice kao i kod napada na sve službene osobe kako su definirane u čl. 87. st. 3. KZ-a.¹⁰

je bolje pravno zaštititi liječnike i podići razinu sigurnosti u zdravstvenim ustanovama, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 13.

⁸ KLARIĆ, A., Vodstvo Komore predstavilo svoj prijedlog pravne zaštite liječnika, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 19.

⁹ Izvor: <https://www.hlk.hr/hlk-o-novom-nasilju-nad-lijecnicima-trazimo-izmjene-kaznenog-zakona.aspx>

Incidentna nasilna ponašanja pacijenata prema liječnicima nisu pojava samo u Hrvatskoj nego i u uređenim zdravstvenim sustavima, pa je tako bivši pacijent u berlinskoj bolnici “Dr. Benjamin Franklin” u srpnju 2016. godine ustrijelio na radnom mjestu liječnika, koji je nedugo potom podlegao teškim ozljedama. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Europska zaklada za poboljšanje uvjeta života i rada) provela je istraživanje koje je pokazalo da je u prosjeku 12% zaposlenih u zdravstvu u zemljama članicama Europske unije doživjelo neki od oblika zlostavljanja. To zdravstvo, uz školstvo, stavlja na drugo mjesto, odmah nakon državne uprave i obrane. Šire u DUJMOVIĆ OJVAN, D., op. cit. str. 12.

¹⁰ U otvorenom pismu ministru pravosuđa u studenom 2016. godine HUBOL je ponovno zatražio da se razmotri prijedlog Ministarstva zdravstva u cilju bolje pravne zaštite liječnika i zdravstvenog osoblja, ali i svih službenika u javnim službama, od nastavnika, profesora do radnika u ustanovama socijalne skrbi.

Međutim, radna skupina za izradu izmjena i dopuna KZ-a Ministarstva pravosuđa zauzela je stav kako bi proširenje definicije pojma službene osobe¹¹ i na liječnike ponajprije imalo učinak proširenja njihove kaznene odgovornosti, a ne i njihove zaštite. Naime, KZ propisuje kvalificirane tj. teže oblike određenih kaznenih djela kada ih počinji službena osoba, što znači da ako bi se i liječnici smatrali službenim osobama, to bi se onda primjenjivalo i na njih. Kao drugi argument neprihvatanja prijedloga HLK navedeno je kako službene osobe (npr. policijski službenici, službenici pravosudne i vojne policije) u svom poslu dolaze u neposredan kontakt s pojedincima koji predstavljaju određenu opasnost za društvo te im je potrebno osigurati i posebnu razinu zaštite. Drugim riječima, da opasnost koja liječnicima i prosvjetnim radnicima prijeti od pacijenata te učenika i njihovih roditelja ne može biti izjednačena s neposrednom opasnošću koja prijeti od osuđenika ili osoba lišenih slobode u kaznenom postupku. Nadalje, Ministarstvo pravosuđa naglasilo je kako je već izmjenama KZ-a iz 2015. godine osigurana dodatna zaštita liječnicima, nastavnicima i drugim odgojno-obrazovnim radnicima kod kaznenog djela prisile, jer se kazneni progon pokreće po službenoj dužnosti ako je počinjeno prema odgovornoj osobi u obavljanju javne ovlasti, a kojom se smatra i liječnik kada obavlja liječničku djelatnost.¹² Također, naglasili su da je već osigurana bolja zaštita istim osobama i kod kaznenog djela prijetnje, jer je predviđena teža kazna (šest mjeseci do pet godina zatvora) kao i progon po službenoj dužnosti.¹³

S obzirom na navedenu specifičnost zakonske definicije službene osobe i dodatnih kvalificiranih oblika kaznenih djela koje službena osoba može počiniti i za koje se kažnjava, na kraju je i sama HLK odustala od zahtjeva zaštite liječnika kao službene osobe.¹⁴ Međutim, držeći da zakonodavcu u formalnom smislu ne

¹¹ Pojam službene osobe u hrvatskom kaznenom pravu ograničen je na državne dužnosnike ili službenike, dužnosnike ili službenike u jedinici lokalne i područne (regionalne) samouprave, nositelja pravosudne dužnosti, suca porotnika, člana Državnog sudbenog vijeća ili Državnoodvjetničkog vijeća, arbitra i javnog bilježnika. Službenom osobom smatra se i osoba koja u Europskoj uniji, stranoj državi, međunarodnoj organizaciji koje je Republika Hrvatska član, međunarodnom sudu ili arbitraži čiji sudbenost Republika Hrvatska prihvata, obavlja dužnosti povjerene gore navedenim osobama (čl. 87. st. 3. KZ-a).

¹² Međutim, Komora je isticala da definicija odgovorne osobe „u obavljanju javne ovlasti“ trpi formalne i sadržajne prigovore da nije primjenjiva odnosno da je iznimno dvojbeno za liječnika i liječničku profesiju, prije svega zato što su javne ovlasti propisane kao poslovi isključivo izvršne odnosno državne vlasti i uprave. Također, liječnik nije uvijek osoba koja radi u ustanovi već liječničku djelatnost i zdravstvenu zaštitu pruža i u privatnoj praksi. Premda obrazloženje Konačnog prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama KZ-a iz ožujka 2015. navodi potrebu osiguranja više razine zaštite zdravstvenih radnika, učitelja i nastavnika zbog povećanog nasilja, prisile i prijetnje prema njima, očigledno se nije smatralo nužnim unošenje izriekom liječnika, profesora ili socijalnih radnika kao žrtvi ovih kaznenih djela.

¹³ Ibid.

¹⁴ Tako i SOKANOVIĆ, L., Nužno je bolje pravno zaštititi liječnike i podići razinu sigurnosti u zdravstvenim ustanovama, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 15.

bi trebao biti problem izrijekom navoditi liječnika i pružanje zdravstvene zaštite kao zaštićeno dobro, prijedlog je Komore bio da se na odgovarajući način dopune članci 138. (prisila) i 139. (prijetnja) KZ-a ili da se posebnom odredbom u KZ-u u glavi koja se bavi zaštitom i osiguranjem zdravlja, liječnik zaštiti od bilo kojih oblika napada, prijetnji i prisile kako bi se očuvalo pravno dobro – pružanje zdravstvene zaštite. Stoga je predloženo da nova odredba u KZ-u glasi: 1) Tko doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika silom, prijetnjom, kakvim zlom ili napadom spriječi ili onemogući u obavljanju njegove djelatnosti, kaznit će se kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina; 2) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovog članka dulje vrijeme ugroženo ili onemogućeno pružanje zdravstvene zaštite trećoj osobi, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.¹⁵ Ovaj je zahtjev artikuliran u prijedlogu Zakona o dopuni Kaznenog zakona da se u KZ (Narodne novine, broj 125/11., 144/12., 56/15., 61/15., 101/17.) iza članka 181. doda novi članak 181.a pod nazivom: „Prisila prema zdravstvenom radniku.“¹⁶

2. NORMATIVNO UREĐENJE KAZNENOG DJELA PRISILE PREMA ZDRAVSTVENOM RADNIKU

Zakonom o izmjenama i dopunama Kaznenog zakona (NN, 118/2018 od 27. prosinca 2018., stupio na snagu 4. siječnja 2019.) uvedeno je u kazneno zakonodavstvo, u Glavi XXX. Kaznenih djela protiv javnog reda, u čl. 315.a novo kazneno djelo pod imenom prisila prema zdravstvenom radniku:

(1) Tko doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika koji zdravstvenu djelatnost obavlja kao javnu službu silom ili prijetnjom da će izravno uporabiti silu spriječi u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.

(2) Ako je kaznenim djelom iz stavka 1. ovoga članka doveden u opasnost život ili tijelo doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika ili mu je nanesena tjelesna ozljeda ili je uporabljeno oružje ili opasno oruđe, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

¹⁵ Cit. prema DUJMOVIĆ OJVAN, D., op. cit. str. 17.

¹⁶ Prijedlog PZ br. 231 je 14. studenog 2017. godine podnijela zastupnica Hrvatskog sabora Ines Strenja- Linić koja je ujedno i predsjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku. U obrazloženju se naglašava da se novim kaznenim djelom prisile prema zdravstvenom radniku dodatno postiže zaštita pravnog dobra “zdravlja” u Glavi XIX KZ-a, jer se kažnjava svakoga ako zdravstvenog radnika spriječi u obavljanju zdravstvene djelatnosti kao posebnog zaštićenog dobra. Dostupno na www.sabor.hr

(3) *Počinitelj kaznenog djela iz stavka 1. i 2. ovoga članka koji je bio izazvan protuzakonitim, bezobzirnim ili grubim postupanjem doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika može se osloboditi kazne.*¹⁷

Tijekom postupka savjetovanja sa zainteresiranom javnošću uvidjela se sva složenost problematike dodatne zaštite od napada svih osoba koje obavljaju neku javnu službu. Naime, u javnoj raspravi postavljeni su zahtjevi da se istom razinom zaštite i nastavno i nenastavno osoblje od napada prilikom obavljanja odgojno-obrazovne djelatnosti¹⁸ te socijalni radnici i drugi stručni djelatnici u socijalnoj skrbi.¹⁹ Svi navedeni zahtjevi težili su proširenju posebne penalizacije različitih oblika prisile, prijetnji i napada na sve djelatnike u javnim službama odnosno propisivanju kao subjekta zaštite i ostalih djelatnika javnih službi da bi se izbjegla diskriminacija unutar skupine javnih službenika.

Međutim, svi su prijedlozi odbijeni od strane predlagatelja zakona uz isto obrazloženje: „Kazneni zakon (Narodne novine, br. 125/11, 144/12, 56/15 i 61/15 - ispravak, 100/17) kroz Glavu XIX (Kaznena djela protiv zdravlja ljudi), štiti kao opći zaštitni objekt zdravlje ljudi koje je javno dobro. Uspostava ovakve skupine kaznenih djela unutar Posebnog dijela Kaznenog zakona, opravdana je činjenicom da su protupravna i kažnjiva postupanja kojima se krši zdravlje ljudi takve naravi da kod njih težište nepravda nije samo na ugrožavanju zdravlja određenog pojedinca, već posljedično mogu dovesti i do narušavanja zdravlja

¹⁷ „Kroz stavak 1. predmetnog kaznenog djela inkriminira se sprječavanje silom ili prijetnjom na izravnu uporabu sile doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika u obavljanju zdravstvene djelatnosti kao javne službe. U stavku 2. kao kvalifikatorna okolnost propisuje se dovođenje u opasnost života ili tijela doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika ili nanošenje tjelesne ozljede ili uporaba oružja ili opasnog oruđa. U stavku 3. propisuju se mogućnost oslobodenja od kazne počinitelja ovog kaznenog djela kada je isti bio izazvan protuzakonitim, bezobzirnim ili osobito grubim postupanjem doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika.“ Iz Obrazloženja P.Z.E. br. 384, dostupno na: www.sabor.hr

¹⁸ Sindikat zaposlenika u hrvatskom školstvu Preporod, s obzirom na gotovo svakodnevnu izloženost nekom od oblika nasilja nastavnog i nenastavnog osoblja prilikom obavljanja odgojno-obrazovne djelatnosti (prijetnje, vrijeđanje, zastrašivanje i fizičko nasilje) predložio je da se iza članka 315.a doda identičan članak 315.b koji bi se odnosio na prisilu prema učitelju, nastavniku, stručnom suradniku, ravnatelju ili drugom radniku u školskoj ustanovi koji obavlja odgojno-obrazovnu djelatnost kao javnu službu. Izvor: <https://esavjetovanja.gov.hr> od 30. svibnja 2018. do 14. lipnja 2018.

¹⁹ Prijedlozi Hrvatske komore socijalnih radnika, Hrvatske udruge socijalnih radnika, Sindikata zaposlenika u djelatnosti socijalne skrbi Hrvatske te niza pojedinaca. Obrazloženje prijedloga Hrvatske udruge socijalnih radnika navodi: „Brojna istraživanja u svijetu i kod nas pokazuju da socijalni rad spada u skupinu profesija visokog rizika od različitih oblika nasilja. U svome radu socijalni radnici svakodnevno trpe uvrede, ponižavanja, prijetnje, prisilu, pokušaje ucjene i druge teže oblike nasilja. Imajući u vidu javne ovlasti sustava socijalne skrbi i ulogu socijalnih radnika u zaštiti posebno osjetljivih socijalnih skupina i zajednica, socijalni radnici u takvim situacijama nisu u mogućnosti odustati od pružanja socijalnih usluga i zaštite korisnika, pa čak i onih koji svojim ponašanjem ozbiljno ugrožavaju sigurnost socijalnih radnika. Suočeni s ovakvim iskustvima socijalni radnici ostaju bez adekvatne pravne zaštite upravo zbog činjenice da nemaju status službene osobe, pa svoja prava na siguran i dostojanstven rad moraju braniti kao privatne osobe. Stoga predlažemo da se uz zdravstvene radnike ovim člankom obuhvate i socijalni radnici, te da im se na taj način omogućiti siguran i nepristran stručni rad i zaštita profesionalnog digniteta“. Izvor: <https://esavjetovanja.gov.hr> od 30. svibnja 2018. do 14. lipnja 2018.

većeg broja ljudi te u konačnici rezultirati i gubitkom ljudskih života. S tim u svezi, Kazneni zakon propisuje čitav niz specijalnih kaznenih djela (*delictum proprium*) za koja kaznenopravno mogu odgovarati samo doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik. Težeći uspostaviti ravnotežu između odgovornosti zdravstvenih radnika u obavljanju zdravstvene zaštite s jedne strane (koja u slučaju nepostupanja prema pravilima struke posljedično može rezultirati njihovom kaznenopravnom odgovornosti) te potrebe da se zdravstvenom radniku kroz sankcioniranje svakog oblika sprječavanja povjerenih mu poslova omogući nesmetano pružanje zdravstvene zaštite, usmjerene na očuvanje i unaprjeđenje zdravlja ljudi, predloženo je novo samostalno kazneno djelo u članku 315. a Kaznenog zakona - prisila prema zdravstvenom radniku. Kazneno pravna zaštita odgovornih osoba u obavljanju njihove djelatnosti već je osigurana kroz niz kaznenih djela propisanih u katalogu kaznenih djela Kaznenog zakona. Ovim prijedlogom izmjena i dopuna Kaznenog zakona definicija službenih osoba iz članka 87. stavka 3. Kaznenog zakona nije mijenjana.²⁰

U Glavi XXX. propisana su kaznena djela protiv javnog reda, ali zapravo u dvije skupine: jedna skupina su kaznena djela protiv javne vlasti kojima se zaštićuje autoritet obavljanja državne ili izvršne vlasti dok drugu skupinu čine djela kojima se zaštićuje javni poredak odnosno sigurnost zajedničkog života i povjerenje građana u javni poredak i njegovu vjerodostojnost.²¹

2.1. Analiza obilježja temeljnog djela prisile prema zdravstvenom radniku

2.1.1. Počinitelj

Kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku može počinuti bilo tko, dakle, riječ je o *delicta communia*, počinitelj može biti, pored pacijenta i bilo koja osoba koja nema svojstvo pacijenta nego je dio njegove obitelji ili pratnje te osoba koja uopće nije u nikakvom odnosu s njim. Drugim riječima, krug mogućih počinitelja je dosta širok, počinitelj može biti svatko, a to će najčešće, ali ne i nužno, biti osoba na koju se odnosi djelatnost liječenja ili druga medicinska djelatnost.

²⁰ P.Z.E. br. 384, dostupno na: www.sabor.hr

²¹ Radi se o kaznenim djelima lažne uzbune (čl. 316.), izazivanja nereda (čl. 324.) te javnog poticanja na nasilje i mržnju (čl. 325.). Vidi PAVLOVIĆ, Š., Kazneni zakon, Rijeka, 2015, 1301 str.

2.1.2. *Objekt radnje*

Pasivni subjekt ili objekt radnje ovog kaznenog djela je dosta sužen, jer su to isključivo doktor medicine, doktor dentalne medicine i drugi zdravstveni radnik i to samo oni koji zdravstvenu djelatnost obavljaju kao javnu službu.

Liječnik je temeljni nositelj medicinske djelatnosti²² i niz pravnih propisa određuje tko se smatra liječnikom te uređuje liječničku djelatnost koju mogu obavljati samo liječnici²³ odnosno doktori.²⁴ Najšira bi definicija liječnike odredila kao osobe čija je profesija briga o zdravlju pacijenata utemeljena na medicinskoj struci, znanosti i etici. Pod pojmom drugi zdravstveni radnik podrazumijevaju se medicinske sestre, medicinski tehničari, laboranti i dr. odnosno osobe koje obavljaju poslove iz djelokruga osoba u vezi s zdravstvenim tretmanom pacijenta, a koji poslovi nisu liječnički (davanje lijekova, njega, laboratorijski poslovi i dr.). Također, pasivni subjekti prisile mogu biti i zdravstveni suradnici, a to su prema čl. 124. ZZZ-a osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite (dijagnostički i terapijski postupci).²⁵ Dakle, u Republici Hrvatskoj zdravstvene profesije su: doktor medicine, doktor dentalne medicine, dipl.inženjer medicinske biokemije, magistar farmacije, medicinska sestra, medicinski tehničar, fizioterapeut, primalja, sanitarni inženjer, radiološki tehnolog, radni terapeut, laborant i dr.²⁶

²² Širi pojam medicinske ili zdravstvene djelatnosti unutar koje se nalazi i liječnička djelatnost sadržan je u svim pravnim aktima koje danas nazivamo zdravstvenim propisima, pa su tako temeljni pravni izvori Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12712, 70/12, 82713, 159/13, 154/14, 70/16, u daljnjem tekstu: ZZZ), Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08, u daljnjem tekstu: ZZPP), Zakon o liječništvu (NN br. 121/03. i 117/08, u daljnjem tekstu: ZOL), Zakon o sestrinstvu (NN 121/03, 117/08, 57/11), Zakon o ljekarništvu (NN 121/03, 35/08, 117/08), Zakon o stomatološkoj djelatnosti (NN 121/03, 117/08, 120/09), Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (NN 144/12). Tim izvorima pripadaju i opći akti koji nisu zakoni kao npr. različiti pravilnici, različite međunarodne rezolucije, etički kodeksi i sl.

U ZOL-u u članku. 1. definirano je kako je liječnik temeljni, samostalni i odgovorni nositelj zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja kao takva osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu.

²³ Osobe koje obavljaju liječničku djelatnost odnosno liječe, a da za to nemaju odgovarajuće obrazovanje čine kazneno djelo nadilječništva propisano čl. 184. hrvatskog Kaznenog zakona: „Tko se nemajući propisanu stručnu spremu bavi liječenjem ili pružanjem druge medicinske pomoći, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.“

²⁴ Engleski izraz „physician“ ili „medical doctor“ ili samo „doctor“ označava profesiju koja prakticira medicinu, a imenica doctor potječe od latinskog glagola docere (učiti). Etimološki naziv doktor potječe od drevne grčke riječi archiateros ili, nakon latinizacije, archiater, što označava osobu koju se smatra glavnim iscjeliteljem odnosno onim koji se bavi prevencijom, prepoznavanjem ili dijagnozom, liječenjem i praćenjem bolesti. Cit. GÁRBO VÍORICA, I., Civil Liability of Doctors and Their Insurance (Malpractice), *Annals of the University of Oradea*, 2013, 22,(1), str. 889. Dostupno na: <http://anale.steconomiceuoradea.ro/>

²⁵ Šire o radnicima zdravstvene struke, njihovu obrazovanju, licencijama i trajnom stručnom usavršavanju ČIZMIĆ, J., CVITKOVIĆ, M. i KLARIĆ, A., Zdravstveno strukovno staleško pravo, Maribor, 2017, str. 33-86.

²⁶ Idem., str. 34.

Premda zdravstvenu djelatnost prema čl. 41. ZZZ-a obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici, obilježje „...*koji zdravstvenu djelatnost obavlja kao javnu službu...*“ ukazuje da ovim posebnim kaznenim djelom nisu zaštićeni i liječnici i zdravstveni radnici koji svoju djelatnost obavljaju u privatnoj praksi ili svi oni koji zdravstvene usluge pružaju u privatnoj praksi odnosno u ordinaciji izvan mreže javne zdravstvene službe. Drugim riječima, radi se o zaštiti od prisile samo onih zdravstvenih radnika koji uživaju status javnih službenika²⁷ dok tu zaštitu ne uživaju zdravstveni radnici koji zdravstvenu djelatnost obavljaju u privatnom sektoru, koji kaznenopravnu zaštitu od prisile mogu ostvariti drugim, općim kaznenim djelima kao što su prisila, prijetnja, tjelesne ozljede i dr.

2.1.3. Radnja i posljedica

Radnja počinjenja kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku sastoji se od počiniteljeve uporabe sile ili prijetnje da će izravno uporabiti silu te time, posljedično, sprječavanja zdravstvenog radnika u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti. Drugim riječima, radnja je prisila koju počinitelj vrši primjenom sile ili prijetnje prema pasivnom subjektu, a koja je prisila usmjerena na pasivnost zdravstvenog radnika u obavljanju njegove profesionalne obveze. Riječ je o deliktu činjenjem te prisila može biti neposredna ili posredna.²⁸ Sila je uporaba fizičke snage protiv neke osobe i može se raditi o apsolutnoj ili kompulzivnoj sili. Apsolutna sila (*vis absoluta*) ili neodoljiva fizička sila predstavlja takvu uporabu fizičke snage kod koje je fizički otpor nemoguć te prisiljena osoba nije uopće u mogućnosti stvoriti ili ostvariti svoju volju dok kod psihičke ili kompulzivne sile (*vis compulsiva*) fizičkom snagom nastoji se da prisiljena osoba stvori točno određenu odluku.²⁹ Dakle, kod psihičke sile osoba ima mogućnost izbora i drugačije postupiti, ali na štetu vlastitih zaštićenih interesa.³⁰ Pri tome, uvijek se mora raditi o intenzitetu sile podobnom da se slomi otpor žrtve i da je natjera na traženo ponašanje.³¹

²⁷ O položaju i ulozi liječnika kao javnih službenika šire KLARIĆ, M., Položaj i uloga liječničke profesije u javnoj zdravstvenoj službi, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Osijek, 2017, str. 353-379.

²⁸ Neizravna ili posredna je ona sila koja se primjenjuje prema nekoj osobi kako bi se netko drugi natjerao na činjenje, nečinjenje ili trpljenje, primjerice primjena sile prema djetetu da bi se roditelja prisililo. PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 695.

²⁹ O pojmu i vrstama sile vidi PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 695., HORVATIĆ, Ž., DERENČINOVIĆ, D. i CVITANOVIĆ, L., Kazneno pravo, opći dio 2, Zagreb, 2017, str. 11. i MARŠAVELSKI, A., Kaznena djela protiv osobne slobode, u udžbeniku grupe autora Kazneno pravo, posebni dio, Zagreb, 2018, str. 148.

³⁰ HORVATIĆ, Ž., DERENČINOVIĆ, D. i CVITANOVIĆ, L., op.cit., str. 130.

³¹ GROZDANIĆ, V., Kaznena djela protiv slobode i prava čovjeka i građanina, u Posebni dio kaznenog prava (ur. Novoselec, P.), Zagreb, 2007, str. 69.

Prijetnja da će se izravno uporabiti sila predstavlja tek stavljanje u izgled zla, sadašnjeg ili budućeg, koje se još uvijek ne izvršava.³² Prijetnja uvijek mora biti ozbiljna, a to je svaka ona prijetnja za koju osoba kojoj se prijeti vjeruje da će se, s obzirom na okolnosti pod kojima se iznosi i koja je sadržajno objektivno podobna, izazvati osjećaj straha ili ugroženosti.³³ Drugim riječima, važno je kako je prijetnju razumijela ugrožena osoba koja vjeruje da će počinitelj ostvariti zlo kojim navodi tu osobu na određeno ponašanje, pri čemu nije potrebno da zlo kojim se prijeti bude uopće izvedivo ili moguće (npr. prijetnja pištoljem plašljivcem za kojeg osoba kojoj se prijeti misli da je pravi).³⁴

Kako je već navedeno, prisila koju vrši počinitelj usmjerena je na **pasivnost** zdravstvenog radnika u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti odnosno prisilom ga se sprječava u tome. Sprječavanje predstavlja onemogućavanje ili otežavanje ovlaštenog zdravstvenog radnika u obavljanju njegove djelatnosti. Kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku neće postojati ako su sila ili prijetnja uporabljeni prije ili poslije obavljene zdravstvene djelatnosti (radnje).³⁵ Djelo zahtijeva da je počinitelj uspio prisiliti zdravstvenog radnika da **ne obavi svoju djelatnost** u smislu određene radnje, jer je pojam djelatnosti vrlo široko određen te se očigledno misli na točno određenu radnju, primjerice operativni zahvat. Pretpostavljamo da će se u sudskoj praksi kod primjene ove formulacije pojaviti pitanje inkriminira li se tzv. napad na zdravstvenog radnika dok je on uopće na dužnosti ili samo dok obavlja određenu medicinsku radnju.

Međutim, veliki problem kod ovog djela predstavlja pitanje obuhvaća li sprječavanje u obavljanju zdravstvene djelatnosti i **prisilu na obavljanje zdravstvene djelatnosti** u okviru ili izvan ovlaštenja određenog zdravstvenog radnika, primjerice prisila prema liječniku da obavi operativni zahvat mimo liste čekanja ili medicinskih indikacija. Radnja prisiljavanja na obavljanje zdravstvene djelatnosti je svaka radnja kojom počinitelj prisiljava liječnika ili drugog zdravstvenog radnika na obavljanje neke zakonite ili nezakonite radnje. Naime, kod općeg kaznenog djela prisile iz čl. 138. KZ-a sila ili prijetnja usmjerene su na to da žrtva nešto učini, ne učini ili trpi te se najčešće od nje traži da nešto učini, tj. aktivna radnja. Stoga, upitno je pokriva li pojam sprječavanja u obavljanju

³² „Razgraničenje između sile i prijetnje sastoji se u tome što je sila zlo s fizičkim učinkom utjecaja na žrtvu, a prijetnja postupak sračunat na psihološki učinak.“ PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 696.

³³ GROZDANIĆ, V., op.cit., str. 69. Prijetnja može biti verbalna, izražena usmenim, pismenim putem ili znakovima, ili konkludentnim radnjama tj. gestama (primjerice ispaljivanje hica iz pištolja u betonski zid s ciljem zastrašivanja osobe koja se nalazi iza tog zida nije pokušaj ubojstva nego prijetnja konkludentnom radnjom VSRH I KŽ 834/06-5). Cit. MARŠAVELSKI, A., op.cit., str. 153.

³⁴ BAVCON, Lj., ŠELIH, A., Kazensko pravo, splošni del, Ljubljana, 2009, str. 234.

³⁵ Tako se za postojanje kaznenog djela prisile prema službenoj osobi iz čl. 314. KZ zahtijeva da se otpočelo s obavljanjem službene radnje ili da njezino poduzimanje neposredno predstoji, svakog trenutka treba otpočeti. V. PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 1303.

zdravstvene djelatnosti i iznuđivanje odnosno prisiljavanje na obavljanje te djelatnosti, a koju je formulaciju kao obilježje djela prisile prema zdravstvenom radniku sadržavao tekst službenog prijedloga HLK.³⁶ O tome će, očigledno svoj sud morati dati i judikatura.

Kazneno djelo prisile je materijalno kazneno djelo te između radnje počinjenja i posljedice mora postojati uzročna veza. Dakle, između primjene sile ili prijetnje i ponašanja zdravstvenog radnika kao žrtve mora postojati uzročna veza, što znači da iznuđeno ponašanje mora proizlaziti iz primijenjene prisile.³⁷

2.1.4. Namjera počinitelja

Prisila prema zdravstvenom radniku je namjerno kazneno djelo. Počinitelj postupa s izravnom ili neizravnom namjerom, pri čemu njegova namjera mora obuhvatiti i ciljanu radnju pasivnog subjekta.³⁸ Počinitelj mora biti svjestan da je pasivni subjekt (objekt radnje prisile) liječnik ili drugi zdravstveni radnik te da silu ili prijetnju da će izravno uporabiti silu poduzima radi toga da ga spriječi u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti. Također, počinitelj mora biti svjestan da je pasivni subjekt u obavljanju svoje profesije, a motivi počinitelja potpuno su irelevantni za postojanje djela.³⁹

S obzirom da se u općoj javnosti najčešće govori o napadu na liječnika ili drugog zdravstvenog radnika, potrebno je objasniti razliku između pojma sprječavanja i napada u kaznenopravnom smislu. Naime, o napadu je riječ kada počinitelj uz primjenu sile ili prijetnje djeluje prema zdravstvenom radniku, ali ne s ciljem da bi ga spriječio u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti. Drugim riječima, počinitelj je poduzeo neku radnju prema zdravstvenom radniku koja predstavlja stvarnu i konkretnu opasnost za tjelesni integritet, primjerice uhvatio ga je za odjeću ili dio tijela, gura ga rukama ili sl., ali njegova namjera nije bila usmjerena na to da zdravstveni radnik ne obavi određenu radnju unutar svoje medicinske djelatnosti.⁴⁰ Premda samo na temelju novinskog izvještavanja, vjerujemo da se takav napad dogodio upravo u slučaju u kojemu su nekoliko članova obitelji

³⁶ Prijedlog HLK za izmjenu čl. 315.a KZ: (1) Tko doktora medicine, doktora dentalne medicine, drugog zdravstvenog radnika koji zdravstvenu djelatnost obavlja kao javnu službu, silom ili prijetnjom kakvim zlom spriječi u obavljanju njegove djelatnosti, ili ga prisili na obavljanje njegove djelatnosti kaznit će se kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

³⁷ Tako i GROZDANIĆ, V., op.cit., str. 69.

³⁸ Tako kod općeg kaznenog djela prisile MARŠAVELSKI, A., op.cit., str. 149.

³⁹ PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 1304.

⁴⁰ Na taj je način u KZ-u izvršeno razgraničenje između kaznenih djela prisile prema službenoj osobi iz čl. 314. i napada na službenu osobu iz čl. 315. Kaznenim djelom napada na službenu osobu određen je krug poslova koji zbog svoje prirode zahtijevaju pojačanu kaznenopravnu zaštitu osoba koje ih obavljaju (poslovi iz nadležnosti vojne osobe, vojne policije, redarstvene vlasti ili pravosudne policije) i to za vrijeme obavljanja tih službenih poslova. Tako CVITANOVIĆ, L., Kaznena djela protiv javnog reda, u Posebni dio kaznenog prava (ur. Novoselec, P.), Zagreb, 2007, str. 382. i PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 1308.

preminulog pacijenta oštetili bolnički inventar prijetili smrću liječnicima, medicinskim sestrama i drugom zdravstvenom osoblju u Klinici za plućne bolesti Jordanovac. Naime, nakon što je preminuo pacijent u terminalnoj fazi bolesti, njegova obitelj nije mogla prihvatiti taj ishod liječenja, pa se nije radilo o primjeni sile radi sprječavanja u obavljanju njihove zdravstvene djelatnosti.⁴¹

2.1.5. Pokušaj

Kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku dovršeno je kad je počinitelj uspio prisiliti zdravstvenog radnika da ne obavi svoju djelatnost (u smislu određene radnje). Ako počinitelj nije uspio u tome, djelo je ostalo u pokušaju koji za temeljno djelo prisile prema zdravstvenom radniku iz st. 1. čl. 315a KZ nije kažnjiv. Za formalno dovršenje općeg djela prisile dovoljno je da pasivni subjekt započne radnju na koju se prisiljava, a kada dođe do dovršenja te radnje, djelo prisile će biti i materijalno dovršeno. Kada se ta radnja sastoji u nečinjenju ili trpljenju, djelo je dovršeno u trenutku kad je pasivni subjekt spriječen u donošenju odluke, odnosno u njenoj realizaciji.⁴² Konkretno, kod prisile prema zdravstvenom radniku djelo bi bilo dovršeno u trenutku kada liječnik ili drugi zdravstveni radnik zbog primjene sile ili prijetnje nad njim ne bi obavio određenu medicinsku radnju, primjerice ne bi obavio operativni zahvat.

2.2. Kvalificirani (teži) oblik prisile prema zdravstvenim radnicima

Teži oblik djela postoji ako je doveden u opasnost život ili tijelo doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika ili mu je nanesena tjelesna ozljeda ili je uporabljeno oružje ili opasno oruđe. Za taj oblik propisano je da će se počinitelj kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

Dovođenje u opasnost života ili tijela liječnika ili drugog zdravstvenog radnika postojati će ako je pri poduzimanju radnje prisile nastupila i konkretna opasnost odnosno bliska i neposredna mogućnost povrede života ili tijela pasivnog subjekta-žrtve, primjerice pucanje iz vatrenog oružja nasumce u operacijskoj dvorani.

Nanošenje tjelesne ozljede postoji ako je radnjom prisile došlo do zadiranja u tjelesni integritet zdravstvenog radnika, odnosno nužno je postojanje tjelesnog učinka ozljede primjerice hematom, nagnječenje i sl.⁴³

⁴¹ Policija je uhitila četiri osobe i provela kriminalističko istraživanje zbog sumnje da su „počinili kaznena djela prijetnje na štetu četiri zdravstvena radnika bolnice“ kao i kazneno djelo oštećenja tuđe stvari. Izvor: www.tportal.hr/vijesti/clanak/dvije od 26.01.2019.

⁴² MARŠAVELSKI, A., op.cit., str. 150.

⁴³ O temeljnim svojstvima tjelesne ozljede (lake) šire PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 628.

Način počinjenja zla sadržan je u uporabi oružja ili opasnog oruđa, znači da je počinitelj prilikom primjene sile ili prijetnje da će izravno uporabiti silu nad zdravstvenim radnikom uporabio oružje ili opasno oruđe te nije dovoljno da ga je pri sebi samo imao. Pojam oružja valja tumačiti u smislu čl. 4. Zakona o nabavi i posjedovanju oružja građana⁴⁴ koji oružjem podrazumijeva vatreno oružje kategorije A, B i C te ostalo oružje kategorije C i D. To znači da bi sve ostalo bilo oruđe, npr. nož, metalna šipka ili primjerice, medicinska šprica s iglom (bez obzira nalazi li se u njoj tekućina zaražena uzročnikom koje bolesti) koje je opasno, jer se njima može teško ozlijediti tijelo neke osobe, pa i ugroziti život.⁴⁵ Za postojanje ovog modaliteta djela bitno je da se radi o takvom oružju ili opasnom oruđu koje je objektivno podobno da se njime stvarno ugrozi život ili tijelo žrtve dok je njen subjektivni osjećaj ili ocjena opasnosti irelevantan. Drugim riječima, neće se raditi o ovom kvalificiranom obliku djela nego o temeljnom djelu prisile prema zdravstvenom radniku ako je bilo uporabljeno lažno oružje, pištolj plašljivac, plinski pištolj kao i prazno ili neispravno oružje. U slučaju kada dvije ili više osoba (npr. više članova pacijentove obitelji) sprječavaju zdravstvenog radnika u obavljanju njegove djelatnosti, za postojanje kvalificiranog oblika prisile biti će dovoljno da je samo jedan od supočinitelja uporabio oružje ili opasno oruđe.

2.3. Poseban fakultativni razlog za oslobođenje od kazne

Počinitelj kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku koji je bio izazvan protuzakonitim, bezobzirnim ili grubim postupanjem doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika može se osloboditi kazne. Protuzakonito postupanje predstavlja zakonitost obavljanja zdravstvene djelatnosti, ali nezakonitost odnosno nepravilnost u izvođenju. Pravni učinak ovog razlikovanja je očigledan: ako bi zdravstveni radnik poduzeo nezakonito neku medicinsku radnju, to bi isključivalo postojanje djela iz čl. 315a, dok bi nepravilno izvođenje neke medicinske radnje moglo za počinitelja dovesti do osuđujuće presude i oslobođenja od kazne.⁴⁶

⁴⁴ Zakon o nabavi i posjedovanju oružja građana (NN 94/18) vatrenim oružjem smatra svako prijenosno cijevno oružje koje ispaljuje, služi za ispaljivanje ili se može prepraviti za ispaljivanje sačme, zrna ili projektila djelovanjem zapaljivog potisnog sredstva (čl. 4. st. 2.). Prema čl. 5. ne smatraju se oružjem predmeti koji su izrađeni za uzbuđivanje, signaliziranje, spašavanje života, humano usmrćivanje životinja, lov harpunom, ili u industrijske ili tehničke svrhe, pod uvjetom da se mogu upotrebljavati samo u navedene svrhe, te pračke i dekorativno oružje (imitacije oružja).

⁴⁵ Presuda VSRH, Kž-75/04. U sudskoj praksi standardno se opasnim oruđem smatraju različite vrste alata, pribora, ali ne i sprej-suzavac. Za ocjenu radi li se o opasnom oruđu mjerodavna je prosudba u svakom konkretnom slučaju, a u slučaju dvojbe o tome, koristi se vještačenje. Cit. CVITANOVIĆ, L., Kaznena djela protiv imovine, u udžbeniku grupe autora Kazneno pravo, posebni dio, Zagreb, 2018, str. 319.

⁴⁶ Tako i kod kaznenog djela sprječavanja službene osobe u obavljanju službene dužnosti PAVLOVIĆ, Š., op.cit., str. 1304.

Nadalje, bezobzirno postupanje predstavlja neprihvatljivo ponašanje zdravstvenog radnika, primjerice neopravdano i višekratno vraćanje stranke (pacijenta) s obrazloženjem „dođite sutra“ dok grubo postupanje označava očiglednu netrpeljivost prema drugima vrijeđanjem, prijetnjama i sl..⁴⁷ Riječ je o nedostatku minimalnih zahtjeva pristojnog ponašanja prema pacijentu ili njemu bliskih osoba.

Sud mora utvrditi postoji li između, objektivno procijenjenog protuzakonitog, bezobzirnog ili grubog postupanja doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika i reakcije počinitelja uzročna veza. Ako utvrdi da je počinitelj počinio prisilu prema zdravstvenom radniku upravo revoltiran takvim ponašanjem, sud može odlučiti proglasiti ga krivim, ali mu ne izreći kaznu.

2.4. Odnos kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku i kaznenih djela prisile, prijetnje i tjelesnih ozljeda

Kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku prema svom opisu ispunjava i obilježja koja predstavljaju biće nekih drugih djela te je, stoga potrebno riješiti pitanje njihova odnosa odnosno ispitati postoji li stjecaj s drugim djelima.

2.4.1. Odnos prema kaznenom djelu prisile iz čl. 138. KZ-a

Kazneno djelo prisile postoji ako je *netko drugoga silom ili ozbiljnom prijetnjom prisilio da što učini, ne učini ili trpi* (čl. 138. st. 1. KZ-a). Zapriječena je kazna zatvora do tri godine, djelo se progoni po privatnoj tužbi, ali kako je već navedeno, izmjenama KZ-a iz 2015. godine propisano je da se kazneni progon pokreće po službenoj dužnosti ako je prisila počinjena, među ostalim, i *prema odgovornoj osobi u obavljanju javne ovlasti* (st. 2.).

Međutim, postoje dva shvaćanja o tome smatraju li se liječnik i drugi zdravstveni radnik kada obavljaju zdravstvenu djelatnost odgovornim osobama u obavljanju javne ovlasti. Prvi stav da na liječnika i drugog zdravstvenog radnika nije primjenjiva definicija odgovorne osobe u obavljanju javne ovlasti zastupa Komora s argumentacijom da, prije svega, definicija odgovorne osobe koja obavlja javne ovlasti iz članaka 138. KZ-a i bez obzira na takva postojeća pojedina određenja iz sudske prakse, ne obuhvaća zdravstvenog radnika, jer zdravstveni radnik u obavljanju zdravstvene djelatnosti ne obavlja poslove javnih ovlasti. Naime, Komora drži da javne ovlasti daju pravo određenoj osobi da, temeljem posebne pravne norme u okviru svoje djelatnosti, na autoritativan način obavlja određene povjerene joj poslove državne uprave, pa je pravno dvojbeno i teško

⁴⁷ Ibid.

zamislivo da zdravstvena djelatnost, iako je javna služba, predstavlja u tom smislu poslove državne i administrativne uprave.⁴⁸

Drugo je stajalište ono koje smatra da su javne djelatnosti od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku, da je način njihova obavljanja uređen posebnim zakonima, te da su to, primjerice zdravstvena, znanstvena, obrazovna i druga javna služba.⁴⁹ Pojam odgovorne osobe određen je tako da je riječ o fizičkoj osobi koja vodi poslove pravne osobe ili joj je izričito ili stvarno povjereno obavljanje poslova iz područja djelovanja pravne osobe (čl. 87. st. 6. KZ-a). S obzirom da su zdravstveni radnici osobe koje neposredno kao zanimanje pružaju zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama, jasno je da sudjeluju u obavljanju dužnosti pravnih osoba te se time smatraju odgovornim osobama.

Dakle, prihvaćanje drugog stajališta otvara pitanje postojanja stjecaja kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku iz čl. 315.a KZ-a i težeg oblika kaznenog djela prisile opisanog u čl. 138. st. 2. KZ-a. Kaznenopravna teorija i praksa prihvatili su stav prema kojemu sva djela koja se čine uporabom sile ili (ozbiljnije) prijetnje predstavljaju posebne oblike prisile i isključuju primjenu općeg kaznenog djela prisile. Drugim riječima, kazneno djelo prisile iz čl. 138. KZ-a postoji samo ako prisilom nije ostvareno biće nekog drugog kaznenog djela.⁵⁰

2.4.2. Odnos prema kaznenom djelu prijetnje iz čl. 139. KZ-a

Kazneno djelo prijetnje čini onaj *tko drugome ozbiljno prijeti kakvim zlom da bi ga ustrašio ili uznemirio* (čl. 139. st. 1. KZ-a). Zapriječena je kazna zatvora do jedne godine te se djelo progoni po privatnoj tužbi. Teži oblik prijetnje za koji je propisana kazna zatvora od šest mjeseci do pet godina postoji ako je prijetnja počinjena *prema službenoj ili odgovornoj osobi u obavljanju javne ovlasti ili u vezi s njezinim radom ili položajem* (st. 3.). Za taj oblik djela predviđen je kazneni progon po službenoj dužnosti tj. *ex officio*. Na pitanje postojanja stjecaja između kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku iz čl. 315.a KZ-a i kvalificiranog oblika prijetnje iz čl. 139. st. 3. potrebno je odgovoriti na isti način:

⁴⁸ Vidi i bilj. 12

⁴⁹ Tako PAVLOVIĆ, Š., op. cit., str. 697. O poslovima javnih ovlasti kao posebnom obliku javne vlasti koje država može povjeriti odnosno podijeliti nedržavnim subjektima da postupaju u ime države, kao što su javne ustanove, agencije i druge pravne osobe u djelatnostima koje čine sustav javnih službi šire ČIZMIĆ, J., CVITKOVIĆ, M. i KLARIĆ, A., op. cit., str. 346.

⁵⁰ U teoriji je samo sporno zbog čega je isključen stjecaj ta dva djela. Dok Grozdanić smatra da se radi o prividnom stjecaju zbog načela *lex specialis derogat legi generali* (GROZDANIĆ, V., op. cit., str. 68.), Pavlović drži da je riječ o odnosu supsidijarnosti jer je opće djelo prisile supsidijarni delikt koje se javlja ako ne čini obilježja nekog drugog djela prema načelu *lex primaria derogat legi subsidiariae* (PAVLOVIĆ, Š., op. cit., str. 696.). Mišljenje da je prisila kao primarno kazneno djelo uvijek u prividnom idealnom stjecaju s drugim kaznenim djelima koji kao obilježje sadrže i uporabu sile ili prijetnje zastupa i MARŠAVELSKI, A., op. cit., str. 150.

s obzirom da se prisila prema zdravstvenom radniku vrši i uporabom prijetnje, isključen je stjecaj ta dva djela, pa će počinitelj odgovarati samo za kazneno djelo iz čl. 315.a KZ-a.

Međutim, moramo primjetiti da je zakonodavac jače zaštitio zdravstvene radnike propisivanjem kvalificiranog oblika kaznenog djela prijetnje prema službenoj ili odgovornoj osobi u obavljanju javne ovlasti ili u vezi s njezinim radom ili položajem, s zapriječenom kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina nego novim kaznenim djelom prisile prema zdravstvenom radniku iz čl. 315.a za koje je propisana kazna zatvora do tri godine dok se zatvor od šest mjeseci do pet godina može izreći samo pod uvjetom da je doveden u opasnost život ili tijelo zdravstvenog radnika ili mu je nanesena tjelesna ozljeda ili je uporabljeno oružje ili opasno oruđe.

2.4.3. Postojanje stjecaja s kaznenim djelima tjelesnog ozljeđivanja

Od ostalih kaznenih djela s kojima se prisila može pojaviti u stjecaju primarno je riješiti pitanje postojanja stjecaja s različitim oblicima tjelesnih ozljeda. S obzirom da čl. 315.a propisuje kvalificirani oblik prisile prema zdravstvenom radniku, ako je pri tome zdravstvenom radniku nanesena tjelesna ozljeda iz čl. 117. KZ-a, isključen je stjecaj s tzv. lakom tjelesnom ozljedom. Međutim, stjecaj će postojati ako je prilikom prisile zdravstvenom radniku nanesena teška tjelesna ozljeda iz čl. 118., osobito teška tjelesna ozljeda iz čl. 119., teška tjelesna ozljeda s posljedicom smrti iz čl. 120. ili teška tjelesna ozljeda iz nehaja iz čl. 121. KZ-a. Drugim riječima, počinitelj će odgovarati za kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku i za neko od navedenih djela teškog tjelesnog ozljeđivanja zdravstvenog radnika.

3. FRANCUSKO RJEŠENJE KAZNENOPRAVNE ZAŠTITE ZDRAVSTVENIH RADNIKA OD NASILJA

Pregled poredbenih kaznenopravnih rješenja zaštite zdravstvenih radnika u obavljanju njihove profesije ukazuje na posebnost uređenja zaštite zdravstvenih radnika od nasilja u francuskom Code pénal. Naime, u nekoliko bića kaznenih djela propisana je jača zaštita ne samo zdravstvenih radnika nego i svih radnika u obavljanju djelatnosti javnih službi. Tako je u glavi kaznenih djela protiv života djelo ubojstva kažnjivo kaznom zatvora u trajanju od trideset godina, ali ubojstvo nastavnika ili bilo koje osobe koja radi u odgojnim ustanovama i školama, zaposlenika javnog prijevoza ili druge osobe koja obavlja javnu službu ili ubojstvo zdravstvenog djelatnika, kažnjivo je doživotnim zatvorom. Ovaj kvalificirani

oblik ubojstva ograničen je na ubojstvo navedenih javnih službenika tijekom obavljanja njihove dužnosti ili zbog njihove funkcije, pri čemu je počinitelj znao za svojstvo žrtve.⁵¹

Dalje, u poglavlju kaznenih djela napada na fizički ili psihički integritet osobe propisano je djelo mučenja i barbarstva, kojim se kaznom zatvora u trajanju od petnaest godina kažnjava svatko tko drugu osobu podvrgne mučenju ili aktima barbarstva, a ako je ta druga osoba nastavnik ili bilo koja osoba koja radi u odgojnim ustanovama i školama, zaposlenik javnog prijevoza ili druga osoba koja obavlja javnu službu ili zdravstveni djelatnik, tada se počinitelj može kazniti zatvorom u trajanju od dvadeset godina. Također, kvalificirani oblik djela mučenja i barbarstva ograničen je na slučajeve kad navedeni javni službenici obavljaju njihove dužnosti ili zbog njihovih funkcija, pri čemu je počinitelj morao znati za svojstvo žrtve.⁵²

Francuski Code pénal propisuje i delikte nasilja kojima je prouzročena nehaljna smrt s propisanim kaznom od petnaest godina zatvora, a ako je žrtva

⁵¹ Titre II : Des atteintes à la personne humaine. Chapitre Ier: Des atteintes à la vie de la personne.

Section 1: Des atteintes volontaires à la vie

Article 221-1

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Article 221-4

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur; Code pénal, dostupno na <https://www.legifrance.gouv.fr/> Version consolidée au 25 novembre 2018.

⁵² Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Section 1: Des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne

Des tortures et actes de barbarie

Article 222-1

Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-3

L'infraction définie à l'article 222-1 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur; Code pénal, dostupno na <https://www.legifrance.gouv.fr/> Version consolidée au 25 novembre 2018.

Ranije, u ovom članku nisu bili izriječno navedeni nastavnici i drugi zaposlenici u školama, premda su se oni mogli ubrojiti „među bilo koju drugu osobu koja obavlja javnu službu“: art. 222-3, 4ter against a person employed by a public transport network or any other person carrying out a public service mission or against a health professional in the exercise of his duties, where the status of the victim is apparent or known to the perpetrator; Code pénal, pristup od 12/10/2005, dostupno na www.legifrance.gouv.fr

javni službenik, propisana je teža kazna (dvadeset godina zatvora). Teži oblici djela nasilja propisani su i u slučajevima ako je nasilje prouzročilo sakaćenje ili trajnu nesposobnost te potpunu nesposobnost za rad u trajanju više od osam dana svih navedenih javnih službenika, i to kad je nasilje počinjeno tijekom obavljanja njihove dužnosti ili zbog njihovih funkcija te je počinitelj znao za svojstvo žrtve.⁵³

Također, francuski Code pénal sadrži u glavi kaznenih djela protiv javne uprave (administracije) u čl. 433-3 i posebno djelo ugrožavanja (prijetnje) i zastrašivanja osoba u javnoj službi prema kojemu se kaznom zatvora od tri godine i novčanom kaznom od 45.000 eura kažnjava počinitelj koji je djelo počinio, među ostalim, i prema zdravstvenom radniku. Pored prijetnje počinjenjem kaznenog djela protiv osobe ili imovine osobe koja obavlja javne dužnosti (sudac, porotnik, državni službenik, član nacionalne žandarmerije, službenik nacionalne policije, carine, inspekcije rada ili zatvorske uprave), kažnjava se prijetnja i prema javnom

⁵³ Acts of violence

ARTICLE 222-7

Acts of violence causing an unintended death are punished by fifteen years' criminal imprisonment.

ARTICLE 222-8

The offence defined under article 222-7 is punished by twenty years' criminal imprisonment where it is committed:

4^{ter} against a person employed by a public transport network or any other person carrying out a public service mission or against a health professional in the exercise of his duties, where the status of the victim is apparent or known to the perpetrator;

ARTICLE 222-9

Acts of violence causing mutilation or permanent disability are punished by ten years' imprisonment and a fine of €150,000.

ARTICLE 222-10

The offence defined under Article 222-9 is punished by fifteen years' criminal imprisonment where it is committed:

4^{ter} against a person employed by a public transport network or any other person carrying out a public service mission or against a health professional in the exercise of his duties, where the status of the victim is apparent or known to the perpetrator;

ARTICLE 222-11

(Ordinance No. 2000-916 of 19 September 2000 Article 3 Official Journal of 22 September into force 1 January 2002)

Acts of violence causing a total incapacity to work for more than eight days are punished by three years' imprisonment and a fine of €45,000.

ARTICLE 222-12

The offence defined under Article 222-11 is punished by five years' imprisonment and a fine of €75,000 where it is committed

4^{ter} against a person employed by a public transport network or any other person carrying out a public service mission or against a health professional in the exercise of his duties, where the status of the victim is apparent or known to the perpetrator. Code pénal, dostupno na www.legifrance.gouv.fr

službeniku odnosno svim osobama koje obavljaju javnu službu ili pružaju javne usluge.⁵⁴

4. UMJESTO ZAKLJUČKA - PRIJEDLOZI *DE LEGE FERENDA*

Premda je izmjenama i dopunama KZ-a iz 2015. godine pojačana zaštita zdravstvenih radnika od uporabe sile ili prijetnje prema njima kao odgovornim osobama u obavljanju javnih ovlasti, a za koja se djela kazneni progon poduzima po službenoj dužnosti od strane državnog odvjetnika, ipak su posljednje tri godine, zbog sve učestalijih napada na njih, zdravstveni radnici smatrali da im se ne osigurava nesmetano obavljanje javnoslužbenih djelatnosti i uz to i sveobuhvatna zaštita zdravlja ljudi.⁵⁵ Štoviše, zbog dojma o nepravednom položaju liječnika i drugih zdravstvenih radnika u kaznenom pravu koji odgovaraju kao počinitelji kaznenih djela nesavjesnog liječenja, nepružanja medicinske pomoći i dr., držali su da ni na koji način nije rješeno pitanje zaštite obavljanja zdravstvene djelatnosti kao javne službe.

Nesporno, zakonodavac je uvođenjem novog kaznenog djela iz čl. 315.a htio jače zaštititi zdravstvene radnike od protupravnog, nasilničkog postupanja

⁵⁴ Section 2 : Des menaces et actes d'intimidation commis contre les personnes exerçant une fonction publique

Article 433-3

Est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public, d'un magistrat, d'un juré, d'un avocat, d'un officier public ou ministériel, d'un militaire de la gendarmerie nationale, d'un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'inspection du travail, de l'administration pénitentiaire ou de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, d'un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou d'un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

Est punie des mêmes peines la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs, d'un enseignant ou de tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire ou de toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur. Code pénal, Modifié par LOI n°2017-258 du 28 février 2017-art. 23. Dostupno na www.legifrance.gouv.fr Version consolidée au 25 novembre 2018.

⁵⁵ Nesporno je da su liječnici kao mjerodavni nositelji zdravstvene djelatnosti i zdravstvene zaštite, zbog svoje prirode posla koji obilježavaju zahtjevnim uvjeti i način rada, velika odgovornost, dežurstva, smjenski i noćni rad, kontakti s bolesnicima, njihovim obiteljima i pratnjom, često izloženi nasilju od trećih osoba kao i od samih pacijenata što šteti psihičkom i fizičkom zdravlju i radnoj učinkovitosti liječnika, a što za neminovnu posljedicu ima ugrožavanje kvalitete i dostupnosti pružanja zdravstvene skrbi građanima ili im čak može direktno ugroziti život, jer napadnuti liječnik primjerice u hitnoj službi nije u mogućnosti pružiti adekvatnu liječničku pomoć, a tim i zdravstvenu zaštitu. Cit. Obrazloženje Prijedloga HLK za izmjenu čl. 315.a KZ.

samih pacijenata i/ili drugih osoba. Međutim, je li u tome u potpunosti uspio? Pretpostavljamo da će ovo kazneno djelo pred praktičare donijeti i neke dvojbe koje bi bilo dobro razmotriti kao prijedloge *de lege ferenda*. Tako, upitno je „pokriva“ li djelo prisile prema zdravstvenom radniku, uz sprječavanje (onemogućavanje) obavljanja zdravstvene djelatnosti i prisilu na obavljanje zdravstvene djelatnosti. Ako djelo iz čl. 315.a KZ-a uz prisilu na pasivnost ne obuhvaća i prisilu na aktivnost, držimo da je biće kaznenog djela prisile trebalo nomotehnički urediti tako da, kao i kod kaznenog djela prisile prema službenoj osobi, obuhvaća i prisiljavanje na obavljanje zdravstvene djelatnosti odnosno iznuđivanje neke radnje u okviru zdravstvene djelatnosti. Dakle, kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku trebalo bi dopuniti i obilježjem „*ili ga prisili na obavljanje njegove djelatnosti...*“

Dalje, s obzirom na postojanje kvalificiranih oblika pojedinih kaznenih djela kada su počinjeni na štetu liječnika i drugih zdravstvenih radnika kao odgovornih osoba (djelo prisile i prijetnje), čini nam se da će se u judikaturi postaviti i pitanje inkriminira li se ovim novim djelom iz čl. 315.a KZ-a napad na zdravstvenog radnika dok je on uopće na dužnosti ili samo dok obavlja određene medicinske radnje. Naime, u stvarnosti su češći oblici napada, verbalnog ili fizičkog, na te osobe nego prisila u smislu sprječavanja u obavljanju njihove službe.

Također, utvrdili smo da je jača kaznenopravna zaštita pružena zdravstvenom radniku od prijetnje druge osobe kada se on smatra odgovornom osobom u obavljanju javne ovlasti ili u vezi s njezinim radom ili položajem (čl. 139. st. 3. KZ-a propisuje kaznu zatvora od šest mjeseci do pet godina) nego kada je ta prijetnja označena kao kazneno djelo prisile prema zdravstvenom radniku iz čl. 315.a KZ-a (propisana je kazna zatvora do tri godine).

Premda se inkriminiranjem nasilja prema liječniku i drugom zdravstvenom radniku indirektno zaštićuje zdravlje ljudi, postavlja se i pitanje je li zakonodavac smještanjem ovog novog kaznenog djela u glavu kaznenih djela protiv javnog reda namjeravao zaštititi medicinsku profesiju kao javnu službu.

Ova utvrđenja dodatno otvaraju pitanja je li se postigao željeni cilj više razine i pojačane zaštite liječnika i drugih zdravstvenih radnika te je li novo djelo usklađeno s cjelokupnim sustavom posebnog dijela kaznenog prava. Pri tome, ne umanjujući opasnosti i posljedice čestih napada na liječnike i druge zdravstvene radnike, ako je opredjeljenje da se narušene društvene vrijednosti i autoriteti te nepovjerenje i poremećaji u komunikaciji između građana i zaposlenika u javnim službama rješavaju kaznenom represijom, smatramo da bi trebalo izbjeći procjene i rasprave je li liječnička populacija ugroženija od ostalih javnih službenika (učitelja, nastavnika, socijalnih radnika, vozača javnog

prometa i dr.). Naime, pored zdravstvenih radnika često su napadnuti i djelatnici drugih javnih službi, kao što su djelatnici odgojno-obrazovnih ustanova, škola, djelatnici socijalne skrbi, vatrogasne zajednice, djelatnici javnog prijevoza i dr. Stoga je zakonodavac propisivanjem težih oblika kaznenih djela prisile i prijetnje već 2015. godine pojačao zaštitu svih odgovornih osoba u obavljanju javne ovlasti ili u vezi s njezinim radom ili položajem, čime je izbjegao diskriminaciju zaposlenika u javnim službama. Dakle, sve navedene osobe (liječnik, zdravstveni radnik, nastavnik, socijalni radnik i dr.), premda izrijekom nisu navedene kao žrtve ovih kaznenih djela, obuhvaćene su pojmom odgovorne osobe u obavljanju javne ovlasti ili u vezi s njezinim radom ili položajem. Počinitelj se kažnjava težom kaznom od one koja je propisana za slučajeve kada se ne radi o odgovornim osobama te kazneni progon nije prepušten tim osobama privatnom tužbom nego ga pokreće državni odvjetnik po saznanju za prisilu ili prijetnju.

Zaključno, naša legislatura kao i francusko zakonodavstvo propisuje kvalificirane oblike pojedinih djela ne samo u odnosu prema liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima nego, dosljedno i svim radnicima koji obavljaju djelatnosti javnih službi. Međutim, razlika od francuskih rješenja sadržana je u dvije činjenice: uz izričito navođenje zdravstvenog radnika, francusko zakonodavstvo propisuje nešto širi krug djela i drugo, postoji posebno kazneno djelo kojim se zaštićuju od napada, prijetnjom ili zastrašivanjem, javni službenici odnosno sve osobe koje obavljaju javnu službu ili pružaju javne usluge.

Dakle, ako se hrvatska legislatura odluči na daljnje zadržavanje kaznenog djela prisile prema zdravstvenom radniku, bilo bi poželjno razmisliti o izmjeni tog djela, kako u nazivu tako i u obilježjima, i inkriminirati nasilje kao napad na javnog službenika kad obavlja javnu službu te ga nomotehnički urediti na sličan način kao što je uređen čl. 315. KZ-a. Takva izmjena značila bi ostvarenje cilja kojeg je zakonodavac imao na umu uvođenjem čl. 315.a KZ-a – zaštita liječnika i zdravstvenih radnika od bilo kojeg oblika nasilja dok obavljaju svoju profesiju, uz istovremenu zaštitu svih ostalih radnika koji obavljaju javne službe jednakovrijedne interesima društvene zajednice.

LITERATURA:

1. BAVCON, Lj., ŠELIH, A., *Kazensko pravo*, splošni del, Ljubljana, 2009, 567 str.
2. CODE PÉNAL, dostupno na <https://www.legifrance.gouv.fr/> Version consolidée au 25 novembre 2018.
3. CVITANOVIĆ, L., *Kaznena djela protiv imovine*, u udžbeniku grupe autora *Kazneno pravo, posebni dio*, Zagreb, 2018, str. 295-344.

4. CVITANOVIĆ, L., *Kaznena djela protiv javnog reda*, u *Posebni dio kaznenog prava* (ur. Novoselec, P.), Zagreb, 2007, str. 377-397.
5. ČIZMIĆ, J., CVITKOVIĆ, M. i KLARIĆ, A., *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, Maribor, 2017, 399 str.
6. DUJMOVIĆ OJVAN, D., *Nužno je bolje pravno zaštititi liječnike i podići razinu sigurnosti u zdravstvenim ustanovama*, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016.
7. GÂRBO VIORICA, I., *Civil Liability of Doctors and Their Insurance (Malpractice)*, *Annals of the University of Oradea*, 2013, 22,(1).
8. GROZDANIĆ, V., *Kaznena djela protiv slobode i prava čovjeka i građanina*, u *Posebni dio kaznenog prava* (ur. Novoselec, P.), Zagreb, 2007, str. 51-75.
9. HORVATIĆ, Ž., DERENČINOVIĆ, D. i CVITANOVIĆ, L., *Kazneno pravo, opći dio 2*, Zagreb, 2017, 306 str.
10. Kazneni zakon (NN, broj 125/11., 144/12., 56/15., 61/15., 101/17, 118/18)
11. KLARIĆ, A., *Vodstvo Komore predstavilo svoj prijedlog pravne zaštite liječnika*, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016.
12. KLARIĆ, M., *Položaj i uloga liječničke profesije u javnoj zdravstvenoj službi*, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Osijek, 2017, str. 353-379.
13. MARŠAVELSKI, A., *Kaznena djela protiv osobne slobode*, u udžbeniku grupe autora *Kazneno pravo, posebni dio*, Zagreb, 2018, str. 139-157.
14. PAVLOVIĆ, Š., *Kazneni zakon*, Rijeka, 2015, 1501 str.
15. PLAZIBAT, O., *Rastući problem nasilja nad liječnicima u Hrvatskoj*, Liječničke novine, br. 147, 03, 2016.
16. Prijedlog Zakona o dopuni Kaznenog zakona PZ br. 231, dostupno na www.sabor.hr
17. Prijedlog Zakona o izmjenama i dopunama Kaznenog zakona P.Z.E. br. 384, dostupno na www.sabor.hr
18. SOKANOVIĆ, L., *Nužno je bolje pravno zaštititi liječnike i podići razinu sigurnosti u zdravstvenim ustanovama*, Liječničke novine, br. 155, 12, 2016, str. 15.
19. Zakon o izmjenama i dopunama Kaznenog zakona (NN, 118/2018)
20. Zakon o liječništvu (NN br. 121/03. i 117/08)
21. Zakon o nabavi i posjedovanju oružja građana (NN 94/18)
22. Zakon o sestrinstvu (NN 121/03, 117/08, 57/11)
23. Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08)
24. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 127/12, 70/12, 82/13, 159/13, 154/14, 70/16)

NEW CRIMINAL OFFENSE OF COERCION TOWARDS HEALTH WORKER

The research has resulted in the intense efforts of the Croatian Chamber of Physicians to undertake everything in its power to create more secure conditions for performing their professional activities not only for doctors but for all health professionals. Rightly arguing that any form of violence is inadmissible and that it is necessary to contend with the responsible behavior that implies the reporting of events and perpetrators, the first step taken by the Croatian Chamber of Physicians was to allow the doctors to report verbal or physical violence through the official web site of the Croatian Medical Association chamber. Paper analyzes actions of Working Group for Drafting the Amendments to the Criminal Code of the Ministry of Justice took the position that extending the definition of the concept of the official and doctors had the effect of extending their criminal responsibility rather than protecting them.

Key words: *criminal offense, coercion, health worker*

Dr. sc. Dinka Šago, docentica
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

PRAVNI ASPEKTI ZAKONSKE OBVEZE CIJEPLJENJA

UDK: 34:615.37-053.2
Primljeno: 1. ožujka 2019.
Izvorni znanstveni rad

Jedna od aktualnih tema današnjice je cijepljenje djece, njegovi pozitivni i negativni učinci, te kako pravo na izbor roditelja/skrbnika djeteta uskladiti s zakonskom obvezom cijepljenja djece u Republici Hrvatskoj. Svrha ovog rada je analizirati uplitanje države u obiteljski život, ukazati na stručno medicinsko stajalište o cijepljenju djece, prava roditelja/skrbnika da skrbe o djeci u skladu s njihovom dobrobiti, te pravo djeteta na zdravlje. Temeljena pitanja koja se nameću su trebaju li prava pojedinaca nadvladati opću dobrobit i je li roditeljsko odbijanje cijepljenja djece u skladu s djetetovom dobrobiti ili samo zadovoljenje vlastitih uvjerenja koja onda u konačnici imaju učinak ne samo na to dijete već na cijelu zajednicu s obzirom na to da je riječ o cijepljenju protiv zaraznih bolesti.

Predmet rada je ponajprije analiziranje ustavnopravnih i zakonskih uređenja roditeljskog prava i obvezne imunizacije djece u Republici Hrvatskoj, povijesti cijepljenja i njegovih pozitivnih i negativnih učinaka, te ocjenjivanje ustavnosti obvezne imunizacije djece s osvrtom na odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske iz 2014. godine.

Ključne riječi: *cijepljenje, obvezno cijepljenje, informirani pristanak, nuspojave, odgovornost*

1. UVOD

Pravno uređenje cijepljenja djece u Republici Hrvatskoj regulirano je Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (ZZPZB),¹ Pravilnikom o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi (u nastavku: Pravilnik)² i Programom obveznog cijepljenja kojeg donosi Ministarstvo zdravstva na prijedlog Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (Trogodišnji Program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj u 2019. - 2021. godine, u nastavku: Program obveznog cijepljenja).

Odredbama ZZPZB-a utvrđuju se zarazne bolesti čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za RH kao i mjere za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti, jedna od kojih je i cijepljenje odnosno imunizacija (čl. 1., čl. 9. u vezi s čl. 12.). Zarazne

¹ Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Narodne novine, br. 79/07, 113/08, 43/09, 130/17.

² Pravilnik o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi, Narodne novine, br. 103/13.

bolesti protiv kojih je cijepljenje obvezno su: tuberkuloza, difterija, tetanus, hripavac, dječja paraliza, ospice, crvenka, zaušnjak i virusna žutica tipa B i bolesti uzrokovanih s *Haemophilus influenzae* tip B, dok je cijepljenje protiv virusne žutice tipa B, bjesnoće, žute groznice, kolere, trbušnog tifusa i drugih zaraznih bolesti obvezno samo za zakonom određene kategorije osoba (čl. 40.). Programom je regulirano za koga sve vrijedi obveza cijepljenja protiv pojedine bolesti, u kojoj dobi djeteta se vrši cijepljenje i docijepljivanje, na koji način se cijepljenje provodi i kojim cjepivom. Kada se obveza pridržavanja mjera zaštite pučanstva od zaraznih bolesti odnosi na maloljetnu osobu, novčanom kaznom u iznosu od 2.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj roditelj, odnosno skrbnik, ako ne izvrši obvezu imunizacije protiv bolesti utvrđenih Programom obveznog cijepljenja djece školske i predškolske dobi (čl. 77. ZZPZB). Ipak, iznimke od navedenih pravila su moguće. Tako je Pravilnikom, između ostalog, određeno koje kategorije osoba ne podliježu obvezi cijepljenja protiv određenih zaraznih bolesti. Riječ je o osobama kod kojih je liječnik utvrdio da postoje kontraindikacije koje su propisane samim Pravilnikom, a koje mogu biti privremene ili trajne prirode. O prirodi utvrđenih kontraindikacija ovisi daljnje postupanje liječnika koji cijepljenje može odgoditi uz obvezu da odredi vrijeme naknadne imunizacije ili može cijepljenje ne provesti uz obvezu izdavanja potvrde o trajnim kontraindikacijama (čl. 10. - 12.).

2. INFORMIRANI PRISTANAK I PRAVO NA ODBIJANJE CIJEPLJENJA

Liječnici su obvezni informirati pacijenta o bilo kakvom razumno predvidljivoj riziku od štete koja bi mogla proizaći iz predloženog liječenja. Obavješćavanje se mora pružiti tako da pacijent, provodeći uobičajenu brigu o vlastitoj dobrobiti i suočen s izborom predloženog ili eventualno alternativnog tretmana, može izvršiti razumnu prosudbu balansirajući moguće rizike s mogućim dobrobitima. Pravo pacijenta na suodlučivanje regulirano je međunarodnim i nacionalnim propisima. Međunarodni ugovor koji uređuje to pravo pacijenata je Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini iz 1997. godine.³ Članak 5. te Konvencije propisuje da se medicinski zahvat može provesti samo nakon što je pacijent dao slobodan i informirani pristanak. U istom se članku navodi i da pacijent mora biti obaviješten

³ Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i 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 - (Narodne novine, Međunarodni ugovori, br. 013/2003.

o svrsi i prirodi postupka, kao i o mogućim posljedicama i rizicima te da osoba može u svakom trenutku povući svoj pristanak.

U Republici Hrvatskoj pravo na informirani pristanak regulirano je ponajprije Zakonom o zaštiti prava pacijenata.⁴ Također je tu važan i Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore.⁵ Sukladno čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata, pacijent ima, između ostalog, 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, kao i mogućim zamjenama za preporučene postupke.⁶

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Stoga se rizici svih medicinskih postupaka, pa tako i oni povezani s nuspojavama cjepiva, ne bi smjeli nametnuti pojedincima bez njihova pristanka. Pristanak pacijenta na medicinski postupak mora biti utemeljen na potpunoj obaviještenosti o svim mogućim posljedicama, osim u izvanrednim slučajevima kada se taj pristanak ne može dobiti.⁷ Liječnik koji ne iznese sve loše, kao i dobre strane postupka, riskira opasnost tužbe, ako nešto pođe po zlu. Ipak, u nekim državama unatoč pravu na informiranost o medicinskom postupku koji se treba provesti na nekom pojedincu, kada je u pitanju cijepljenje, ono ostaje samo na deklaratornoj razini i to ponajviše zbog praktičnih razloga zbog nedostatka vremena da se svakom pacijentu pojedinačno daju objašnjenja postupka i rizika. Osim toga, čak ako i dobije sve informacije o cijepljenju, u nekim je državama, primjerice u Republici Hrvatskoj, cijepljenje protiv određenih bolesti propisano zakonom kao obvezatno, pa se onaj tko ga odbije suočava s novčanim kaznama.⁸

⁴ Zakon o zaštiti prava pacijenata, *Narodne novine*, br. 169/04, 37/08.

⁵ Kodeks medicinske etike i deontologije, *Narodne novine*, br. 55/08, 139/15.

⁶ Više Knol Radoja, K., Naknada štete prouzročenje cijepljenjem, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 39 No. 1, 2018., str. 509 – 513.

⁷ Vidi Parmet, W., E., Informed Consent and Public Health: Are They Compatible When It Comes to Vaccines?, *J. Health Care L. & Pol'y*, Vol. 8 (1), 2005, pp. 71 – 110.

⁸ Vidi Tucak, I., Ograničenja autonomije u javnom zdravstvu: Obavezno vakcinisanje dece, *Zbornik radova Pravnog fakulteta, Novi Sad*, 2016, vol. 50, br. 2, str. 621-645.

3. ZAKONSKO UREĐENJE RODITELJSKOG PRAVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Roditeljsko pravo u Republici Hrvatskoj uređeno je Ustavom Republike Hrvatske⁹ i Obiteljskim zakonom.¹⁰ Ustav RH u odredbi čl. 35. propisuje da se svakom jamči štovanje i pravna zaštita njegova osobnog i obiteljskog života, dostojanstva, ugleda i časti. Ustav RH u odredbi čl. 63. propisuje da su roditelji dužni odgajati, uzdržavati i školovati djecu te imaju pravo i slobodu da samostalno odlučuju o odgoju djece. Obiteljski zakon u čl. 6. propisuje da roditelji prije svih imaju pravo, dužnost i odgovornost živjeti sa svojim djetetom i skrbiti se o djetetu, a pomoć ima se pruža i intervenira samo u slučaju potrebe. Članak 7. regulira razmjernu i najblažu intervenciju u obiteljski život u kojem je određeno da su mjere kojima se zadire u obiteljski život prihvatljive ako su nužne te se njihova svrha ne može ostvariti poduzimanjem blažih mjera uključujući i preventivnu pomoć, odnosno potporu obitelji.

Obiteljski zakon određuje roditeljsku skrb u čl. 91. st. 1. Roditeljsku skrb čine odgovornosti, dužnosti i prava roditelja, u svrhu zaštite i promicanja djetetovih osobnih i imovinskih prava te dobrobiti. Roditeljsku skrb roditelji su dužni ostvarivati u skladu s djetetovim razvojnim potrebama i mogućnostima. Stavkom 2. istog članka propisano je da se roditelji ne mogu odreći prava na roditeljsku skrb.

U vezi s djetetovim pravom na zdravlje Obiteljski zakon u čl. 92. st. 1. t. 1. navodi da u sadržaj roditeljske skrbi ulazi pravo i dužnost zaštite osobnih prava djeteta na zdravlje, razvoj, njegu i zaštitu, odgoj i obrazovanje, ostvarivanje osobnih odnosa i određivanje mjesta stanovanja. U odredbi čl. 93. st. 1. propisuje se da su roditelji dužni i odgovorni skrbiti se o zdravlju djeteta te mu omogućiti korištenje mjera za čuvanje, unapređenje i vraćanje zdravlja, sukladno propisima kojima se uređuje zdravstvo i zahtjevima medicinske znanosti.

Republika Hrvatska je i stranka Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda kojom se u odredbi čl. 8. jamči pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života, u odredbi čl. 14. zabranjuje diskriminacija. Također, u čl. 2. Prvog protokola uz Konvenciju jamči se pravo na obrazovanje. Osim što roditelji imaju pravo na zaštitu osobnih prava djeteta na zdravlje, odgoj, obrazovanje itd., to pravo imaju, dakako, i sama djeca. Naime, pravo djece na informiranje, kao i na to da svoje mišljenje slobodno kažu i budu saslušani, pravo na dobar odgoj,

⁹ Ustav Republike Hrvatske, *Narodne novine*, br. 56/1990, 135/1997, 113/2000, 28/2001, 76/2010, 5/2014.

¹⁰ Obiteljski zakon, *Narodne novine*, br. 103/2015.

te pravo na najveću moguću mjeru zaštite zdravlja kao i zdravstvene preventivne i medicinske brige, propisana su još Konvencijom o pravima djeteta iz 1989. godine koje je Republika Hrvatska stranka.

Ima li država legitimno pravo uplitati se u roditeljski odabir u vezi s cijepljenjem djeteta te tako uvesti i obvezu cijepljenja? Prvi odgovor bio bi ima jer je prije svega riječ o brizi za zdravlje, a što spada među dužnosti države, te što je u konačnici i propisano odredbom čl. 70. Ustava RH kojim je predviđeno da svatko ima pravo na zdrav život, da država osigurava uvjete za zdrav okoliš te da je svatko dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša. Odredbom čl. 16. Ustava RH određeno je da se slobode i prava mogu ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Stavkom 2. istog članka određeno je da svako ograničenje slobode ili prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.

Državna tijela prate ostvarivanje roditeljskih prava, te u iznimnim situacijama mogu roditelje lišiti roditeljske skrbi. Odbijanje cijepljenja ipak se u hrvatskoj sudskoj praksi ne smatra tako bitnom povredom koja dovodi do takvih drastičnih mjera kao što je lišenje roditeljske skrbi ili pak osuđivanje za kazneno djelo povrede djetetovih prava iz čl. 177. Kaznenog zakona.¹¹ Ipak, u Kaznenom zakonu, u odredbi čl. 192. propisana je sankcija kazne zatvora od 6 mjeseci do 5 godina u slučaju da se djetetu stanje pogorša ili dođe do oboljenja uslijed necijepljenja zbog nepostupanja po propisima ili naredbama kojima nadležno državno tijelo naređuje preglede ili druge mjere za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti među ljudima.¹²

Liječnici su dužni prijaviti roditelje koji odbiju cijepiti svoje dijete Centru za socijalnu skrb zbog zanemarivanja djeteta nakon čega je Centar dužan ispitati slučaj i poduzeti određene mjere za zaštitu djetetovih prava. Vrlo često sanitarna inspekcija i dječji vrtići dostavljaju obavijesti Uredu pravobraniteljice za djecu o nepostupanju roditelja u skladu sa zakonskom obvezom cijepljenja djece. Naime, djetetovo necijepljenje pojačava rizik da bude zaraženo bolestima protiv kojih se zahtijeva cijepljenje, a ugrožava i kolektivni imunitet.

U državama u kojima ne postoji izuzeće od cijepljenja na temelju vjerskih ili filozofskih uvjerenja, kao što je to Republika Hrvatska, djetetu će biti uskraćeno i pravo na osnovno školovanje i pohađanje predškolskog programa, a što za sobom povlači niz implikacija koje podrazumijeva gubitak dobrog školovanja, na koje

¹¹ Kazneni zakon, Narodne novine, br. 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015, 101/2017, 118/2018.

¹² Općenito o kaznenim djelima protiv braka, obitelji i djece u Cvitanović, L.; Derenčinović, D.; Turković, K.; Munivrana Vajda, M.; Dragičević Prtenjača, M.; Maršavelski, A.; Roksandić Vidlička, S., Kazneno pravo, posebni dio, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2018., str.227 – 230.

dijete sukladno međunarodnim propisima, Ustavu i zakonu ima pravo. Naime, djeca koja nisu imunizirana sukladno odredbama ZZPZB-a i Pravilnika ne mogu biti upisana u ustanove predškolskog i osnovnoškolskog odgoja.

Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju¹³ propisano je da Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima određuje ministar nadležan za zdravstvo uz suglasnost ministra nadležnog za obrazovanje.¹⁴

Danas sve više roditelja, iako je njihov broj i dalje neznatan, odlučuje odbiti cijepiti svoje dijete zbog svojih vlastitih uvjerenja i straha od negativnih popratnih pojava, točnije opasnosti po zdravlje djeteta. Kako bismo pokušali odgovoriti na pitanje ima li država pravo uplitati se u obiteljski život namećući takvu obvezu, valja prije svega ukazati na moguće pozitivno a isto tako i negativne učinke cijepjenja.

4. ZAKONSKA OBVEZA CIJEPLJENJA

ZZPZB – om utvrđuju se zarazne bolesti čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 1.) kao i mjere za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti (čl. 2). U čl. 12. istog Zakona određuju se posebne mjere zaštite pučanstva od zaraznih bolesti, a pod toč. 8. nabrojene su sljedeće posebne mjere: imunizacija, seroprofilaksa i kemoprofilaksa. Imunoprofilaksu provodimo vakciniranjem odnosno cijepljenjem s određenim vakcinama odnosno cjepivima, a čl. 40. navedene su bolesti protiv kojih je obavezno provesti imunoprofilaksu.¹⁵

Ovdje se može postaviti nekoliko pitanja. Prvo pitanje je postoje li uopće javnozdravstveni pokazatelji kojima se baš sve posebne mjere zaštite pučanstva od zaraznih bolesti treba provoditi kao redovite mjere za suzbijanje određenih zaraznih bolesti ili tek kada postoji izravni kontakt i ugroza od zaraze? Drugo pitanje je smije li liječnik provoditi imunoprofilaksu bez izričite privole osobe na kojoj se cijepjenje primjenjuje? Kada govorimo o djetetu i maloljetnim osobama, podrazumijeva se privola roditelja odnosno skrbnika.

¹³ Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju, *Narodne novine*, br. 10/97, 107/07, 94/13.

¹⁴ Dječji vrtići su u skladu s time obvezni provjeriti dokumentaciju o cijepljenju djeteta i uputiti roditelja na obvezu cijepjenja djeteta ako ono nije obavljeno. U slučaju nepoštivanja zakonskih odredbi i Programa, povlači se odgovornost ravnatelja dječjeg vrtića za upis djeteta koje nije primilo sva predviđena cjepiva, budući da je uredni cjepni status uvjet za upis u vrtić.

¹⁵ Cijepjenje podržava i Svjetska zdravstvena organizacija. vidi mrežnu stranicu WHO-a koji se zalaže za globalni program imunizacije djece: <http://www.who.int/topics/immunization/en/> to The Council of the European Union conclusions on childhood immunisation: successes and challenges of European childhood immunisation and the way forward (2011/C 202/02) :<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0004:0006:EN:PDF>.

Treće pitanje bi bilo ima li jasnih znanstvenih dokaza za svako pojedino cjepivo da nudi zaštitu od zarazne bolesti te da ima zanemarivo malo mogućih nuspojava odnosno da nema kontraindikacija za primjenu?

Člankom 12. nabrojane su posebne mjere za sprečavanje i suzbijanje zaraznih bolesti: 1. rano otkrivanje izvora zaraze i putova prenošenja zaraze; 2. laboratorijsko ispitivanje uzročnika zarazne bolesti, odnosno epidemije zarazne bolesti; 3. prijavljivanje; 4. prijevoz, izolacija i liječenje oboljelih; 5. provođenje preventivne i obvezne preventivne dezinfekcije, dezinfekcije i deratizacije; 6. zdravstveni nadzor nad kliconošama, zaposlenim i drugim osobama; 7. zdravstveni odgoj osoba; 8. imunizacija, seroprofilaksa i kemoprofilaksa i 9. informiranje zdravstvenih radnika i pučanstva.

Posebne mjere iz čl. 12. ZZPZB od zaraznih bolesti zapravo bi trebalo promotriti tako da razlikujemo jesu li mjere potrebne, provedive i preporučljive samo kada postoji prisustvo zaraze ili i onda kada tek postoji naznaka opasnosti od zaraze. U točki 1., 2., 3., 4. i 6. čl. 12., navode se mjere koje podrazumijevaju prisutnost zaraze, odnosno zaraznog agensa. Kod mjera nabrojanih pod 5., 7., i 9. nije važno je li zaraza već prisutna. U točki 8. opisane su i one mjere koje se provodi redovito neovisno o izloženosti zarazi i one koje se preporučuje provoditi samo u slučajevima posebne izloženosti zarazi (naročito seroprofilaksa i kemoprofilaksa).

Potom se u članku 40. definira kako se obavezno ima provoditi imunoprofilaksu: 1. protiv tuberkuloze, difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica, crvenke, zaušnjaka i virusne žutice tipa B i bolesti uzrokovanih s *Haemophilus influenzae* tip B – za sve osobe određene dobi; 2. protiv tetanusa ozlijeđenih osoba; 3. protiv virusne žutice tipa B – za osobe pod povećanim rizikom od zaraze; 4. protiv bjesnoće – za sve osobe koje su profesionalno izložene riziku od zaraze i koje ozlijedi bijesna životinja ili životinja za koju se sumnja da je bijesna; 5. protiv žute groznice – za osobe koje putuju u državu u kojoj postoji ta bolest ili u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv te bolesti; 6. protiv kolere i drugih zaraznih bolesti – za osobe koje putuju u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv tih bolesti ili u slučajevima kada za to postoji epidemiološka indikacija i 7. protiv trbušnog tifusa i drugih zaraznih bolesti za sve osobe za koje postoje epidemiološke indikacije.

U točki 1. čl. 40. navedene su bolesti kojima ne moramo biti izloženi da bi se smatrala imunoprofilaksa obaveznom, jer se smatraju bolestima čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 1. ZZPZB). U točkama od 2. – 7. pak su nabrojane situacije kada je imunoprofilaksa obavezna jer su osobe izložene zarazi ili povećanom riziku od iste.

5. RAZLIČITA STAJALIŠTA O ZAKONSKOJ OBVEZI CIJEPLJENJA

Zagovornici zakonske obveze cijepljenja ističu da je cijepljenje zaštita od niza teških zaraznih bolesti; da je zahvaljujući cjepivu eliminiran niz bolesti, iako neke ne i potpuno; ističu da je u današnje vrijeme otvorenih granica zaraznost iznimno laka; da iza svakog cjepiva stoji niz studija i provjera; da su teške nuspojave vrlo rijetke, a posljedice bolesti protiv kojih se cijepi puno teže te da je i u zemljama slobodnog izbora cijepljenja, procijepljenost veća od 90 posto.

S druge strane protivnici cijepljenja ističu mogućnost teških nuspojava a cjepiva ne štite doživotno; cjepiva nisu sto posto učinkovita; bolesti protiv kojih se cijepi su izumrle; farmacija zarađuje na djeci, a da nitko ne preuzima odgovornost za posljedice cijepljenja.¹⁶

5.1. Pozitivni učinci cijepljenja

Zagovornici zakonske obveze cijepljenja ističu da naglasak treba staviti na pravo svih da ne budu izloženi opasnostima od zaraznih bolesti. Naime, nije dovoljno da se pojedinac sam cijepi i tako zaštiti od zaraze. Da bi pojedinci bili zaštićeni od bolesti protiv kojih se cijepi, potrebno je postojanje kolektivnog imuniteta, tzv. imuniteta stada koji podrazumijeva da je dovoljan postotak skupine otporan, a taj se postotak razlikuje od bolesti do bolesti. Stopa pokrivenosti, nužna za zaustavljanje prijenosa zaraze, ovisi o osnovnom reprodukcijskom broju (RO), definiranom kao prosječan broj prijenosa koji se očekuje od jednog primarnog slučaja uvedenog u zajednicu. Bolesti s visokim RO-om (npr. ospice) traže veću pokrivenost da bi se postigao imunitet stada nego bolesti s nižim RO-om (rubeola, dječja paraliza, *Haemophilus influenzae* tip B).¹⁷ Ipak, neki pojedinci neće steći potpuni imunitet cijepljenjem, a drugi se ne mogu cijepiti zbog medicinskih indikacija. Kod takvih skupina ljudi i dalje prijeti opasnost od zaraze bolešću. Obvezno cijepljenje posebno štiti ranjive društvene skupine: oboljele od zloćudnih bolesti koji prolaze kemoterapije, pacijente s transplantiranim organima, alergične na cjepiva, trudnice.¹⁸

¹⁶ Vidi Balinska, M. A., *Vaccination in tomorrow's society*, Lancet Infect Diseases, vol. 3., br. 7., 2003., str. 443–447.

¹⁷ Davis, D.S., *The Child's Right to an Open Future, Yoder and Beyond*, 1997., http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=fac_articles

¹⁸ Gajski, L. Cijepljenje- spas od zaraznih bolesti ili nepotreban rizik? Liječničke novine 103, 2011., str. 51–55.

Oni koji nisu cijepljeni uživaju koristi i zaštite od cijepljenja.¹⁹ Necijepljeni ne samo da ne snose rizik, već svojim necijepljenjem poništavaju imunitet cijepljenih. Tako se može dogoditi da tamo gdje je procijepljenost niska, i oni koji su cijepljeni mogu oboljeti. Na taj način necijepljeni nanose štetu drugima, pa država ima legitimno pravo reagirati upotrebom prisile.²⁰ Međutim, postavlja se pitanje ima li na to država pravo u vrijeme kada je rizik od bolesti neznatan ili je postojanje epidemije uvjet za takvo postupanje države? Isto tako postoji li takva obveza i kod bolesti koje se ne prenose međuljudskim kontaktom ili samo kod zaraznih bolesti?

Kao pozitivan učinak cijepljenja dokazano je da su neke bolesti reducirane odnosno postale rijetke (ospice, dječja paraliza), a neke su iskorijenjene (velike boginje). Ipak, odluku protiv kojih će se bolesti cijepiti donosi svaka država prema svojoj ocjeni koja se temelji na preporukama medicinske zajednice. Jednako kao i način na koji će se to učiniti. Premda velik broj država ne primjenjuje prisilu kao način provođenja cijepljenja, procijepljenost u tim državama je velika.²¹

Bez obzira na pozitivne učinke cijepljenje od pojedinih zaraznih bolesti, mišljenja smo da nije opravdano represivno nametati bilo kakav preventivni ili kurativni medicinski postupak. Naime, cjepivljenje predstavlja prisilno unošenje stranog tijela u organizam, što jest i što bi moralo biti nedopustivo bez prethodne slobodne i informirane privole.

Ljudi koji su prisiljeni nešto učiniti skloni su tu radnju smatrati riskantnijom nego što ona zaista jest. Većina roditelja vjeruje liječnicima kad je riječ o učinkovitosti cijepljenja. Međutim, situacija bi bila u mnogome bolja kad bi se prisila, koja povjerenje čini nevažnim, zamijenila informiranjem i uvjeravanjem.²²

Nepovjerenje u državnu politiku podupire i sumnja u postojanje sukoba interesa između proizvođača cjepiva i dobrobiti pacijenata te sumnja u regularnost postupaka kojima se donose odluke o obveznom cijepljenju.²³

¹⁹ Jošt, M., Šooš, E. Lice i naličje cijepljenja protiv hepatitisa B, Nova prisutnost, V/3, 2007., str. 305.-324.

²⁰ Davis, T. C., Fredrickson, D. D., Arnold, C. L., Cross, J. T., Humiston, S. G., Kristen Green, K. W., Bocchini, J. A., Childhood Vaccine Risk/Benefit Communication in Private Practice Office Settings: A National Survey, Pediatrics, vol. 107., br. 2., 2001., str. 1-11.

²¹ Vidi Flanigan, J. A., Defense of Compulsory Vaccination, HEC Forum, 26(1), 2014., str. 5-25.

²² Vidi Tucak, I., Obezno cijepljenje djece: za i protiv, u Rešetar, B., Aras Kramar, S., Lucić, N., Medić, I., Šago, D., Tucak, I., Mioč, P., Suvremeno obiteljsko pravo I postupak, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Pravni fakultet Osijek, 2017., str. 150.

²³ Tako Shapiro, M., H., Updating Constitutional Doctrine An Extended Response to the Critique of Compulsory Vaccination, Yale J, Health Pol'y L. & Ethics, 12, 2012, pp. 160.

5.2. Negativni učinci cijepljenja

Argumenti koji govore u prilog nedostacima cijepljenja su toksičnost cjepiva koje može uzrokovati štetne učinke, neučinkovitost tj. nedostatak potrebe za cijepljenjem, financijski motiviran interes proizvođača, te opasnost od društvene kontrole posredovane cijepljenjem.

Štetne učinke cijepljenja možemo podijeliti na akutne reakcije, primjerice bol, otečenost, apsces, febrilitet, osip, glavobolja, bol u zglobovima, bolest protiv koje se cijepilo, pad trombocita, alergije, upala mozga, moždanih ovojnica i živaca, te na kronične komplikacije kao što su autoimune bolesti (dijabetes tip I, multipla skleroza, reumatoidni artritis, sistemski lupus, Crohnova bolest), astma, alergije, infekcije, tumori, iznenadna dojenačka smrt, autizam, hiperaktivnost. Iako su rijetke ozbiljne nuspojave od cijepljenja, one se ipak javljaju, te se njihova pojava redovito prati. U Republici Hrvatskoj nadzor nad nuspojavama cijepljena obavljaju dva tijela. U okviru nadzora nad provedbom Programa obveznih cijepljenja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo provodi praćenje nuspojava cijepljenja preko Registra nuspojava cijepljenja, radi evaluacije cjepiva koja se koriste u Republici Hrvatskoj i ako se ukaže potreba, intervencije. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode odgovorna je prema Zakonu o lijekovima,²⁴ za post marketinško praćenje nuspojave cijepljenja. Jedina ozbiljna nuspojava koju priznaje medicinska zajednica je anafilaktički šok čija je pojavnost jedan slučaj u 1,1 milijunu.²⁵

Ima sve više stručnih članaka s raznih strana svijeta u kojima se tvrdi da su neke vrlo ozbiljne posljedice dokazane u svojoj uzročno-posljedičnoj povezanosti kod pojedinih cjepiva. Brojnim sudskim presudama u raznim zemljama, pa tako i u Hrvatskoj,²⁶ potvrđena je uzročno-posljedična veza između pojedinih primljenih cjepiva i određenih bolesti. Dio presuda tiče se novčanog obeštećenja obitelji čija su djeca teško oboljela i/ili postala osobe s trajnim invaliditetom kao posljedice cijepljenja. Kod većine stranih presuda dokazana je veza između pojedine bolesti iz tzv. autističnog spektra i primljenog cjepiva protiv zaušnjaka, rubeole i ospica (MMR), dok je, primjerice, presudom Vrhovnog suda RH utvrđena povezanost između dječje paralize i DTP cjepiva.

²⁴ Zakon o lijekovima, Narodne novine, br. 76/13, 90/14, 100/18.

²⁵ Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-I-5418/2008 U-I-4386/2011 U-I4631/2011, Zagreb, 30. siječnja 2014.

²⁶ Presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske od 10. lipnja 2009. završen je proces u kojem su roditelji vodili spor protiv Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, Primorsko-goranske županije te Republike Hrvatske zbog naknade štete uzrokovane cjepivom. Naime, maloljetni M. Z. neposredno nakon primanja cjepiva u studenom 1992. protiv dječje paralize obolio je upravo od te bolesti. Presudom je djelomično skinuta odgovornost s prvog i drugog tuženika, a Republika Hrvatska neosporno je odgovorna za štetne posljedice obveznog cijepljenja te je određena isplata odštete u ukupnom iznosu od 865.000,00 kn s pripadajućim zakonskim zateznim kamatama.

Izvješća o prijavama nuspojava cijepljenja u Hrvatskoj sadrže podatke o rasporedu cijepljenja prema Programu cijepljenja, broju prijavljenih nuspojava nakon cijepljenja (prema cjepivu) i postignutim cijeplnim obuhvatima u Hrvatskoj prema Programu obveznih cijepljenja.²⁷

Prijava nuspojave cijepljenja je obvezna prema ZZPZB-i i Pravilniku, Programu obveznog cijepljenja i Zakonu o lijekovima. Svaka nuspojava cijepljenja (obveznog i neobveznog) se u najkraćem roku mora prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a, na službenom obrascu.²⁸

Osnovna svrha Registra nuspojava nije ustanoviti točan broj očekivanih nuspojava. S obzirom na to da se ne prijavljuje svaka očekivana nuspojava poput lokalne reakcije ili blago povišene tjelesne temperature, broj prijava blagih nuspojava treba tumačiti u tom kontekstu. Međutim, veće promjene u učestalosti nuspojava mogu ukazivati na potrebu da se temeljitije ispita neka pojava ili cjepivo, pod uvjetom da promjena učestalosti prijava nije posljedica promjene sustava prijavljivanja ili senzibilizacije zdravstvenih djelatnika.²⁹ Naravno, prijava štetne reakcije nastale nakon cijepljenja ne znači nužno uzročno-posljedičnu vezu. Za neke se nuspojave, npr. lokalnu reakciju na mjestu primjene cjepiva, može lako odrediti da postoji uzročno-posljedična veza, dok je za neke poput povišene tjelesne temperature koja nastane nakon cijepljenja teško sa sigurnošću utvrditi je li uzrokovana cjepivom ili nekom drugim čimbenikom neovisno o cijepljenju.

²⁷ <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/nuspojave-cijepljenja-u-hrvatskoj/>

²⁸ Liječnici u bolnicama i drugi liječnici, koji dijagnosticiraju nuspojavu od cijepljenja, a nisu cijepili oboljelog, obavezno prijavljuju nuspojavu (ispunjenu podacima kojima raspolažu) Službi za epidemiologiju nadležnog županijskog Zavoda za javno zdravstvo. Epidemiolog će, nakon što prikupi podatke od cjepitelja, prijavu prosljediti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a. Prijava je podloga za intervenciju epidemiologa koja kod ozbiljnih nuspojava ili grupiranja nuspojava mora rezultirati povlačenjem određene serije cjepiva ili drugim brzim akcijama koje će spriječiti moguće posljedice daljnjeg cijepljenja. Individualnu prijavu nuspojave cjepiva bez mogućnosti identifikacije osobe Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ odmah prosljeđuje Agenciji za lijekove i medicinske proizvode. Odmah po prijavi grupiranja nuspojava, teških ili neuobičajenih nuspojava, a povezano s cijepljenjem ili određenim cjepivom, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a telefonski obavještava Ministarstvo zdravstva. Agencija za lijekove i medicinske proizvode individualnu prijavu u roku od 15 dana prosljeđuje proizvođaču cjepiva. U hitnim intervencijama se telefonska obavijest Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a odmah prosljeđuje proizvođaču. Ako se nuspojava od cjepiva individualno prijavi Agenciji za lijekove i medicinske proizvode, a da je nije uputila Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a, Agencija za lijekove i medicinske proizvode odmah će je uputiti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a putem telefaksa. U slučaju da se radi o grupiranju nuspojava ili nuspojavi sa smrtnim ishodom kao i teškim ili vrlo neuobičajenim nuspojavama, treba se odmah telefonom prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ. Proizvođač cjepiva/ predstavnik proizvođača će nuspojavu cijepljenja koja mu je upućena prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a na gore opisan način. Ako se radi o grupiranju nuspojava ili nuspojavi sa smrtnim ishodom kao i o neuobičajenim i vrlo teškim nuspojavama ili drugim događajima koji mogu zahtijevati hitnu obustavu cijepljenja, treba prijaviti unutar 24 sata dežurnom epidemiologu, te Agenciji za lijekove i medicinske proizvode.

²⁹ Tako Kaić, B., Višekruna Vučina, B., Nuspojave cijepljenja u Hrvatskoj u 2017. godini, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti, Registar nuspojava cijepljenja, 2018., STR. 3-4.

Kontinuirano analiziranje prijava nuspojava služi kao generator signala da se možda događa nešto neočekivano u provedbi programa cijepljenja, bilo po učestalosti, bilo po vrsti nuspojava.

Praćenje nuspojava cijepljenja, uz provedbu kontrole svake serije cjepiva u upotrebi, te uz zalaganje cjepitelja koje već desetljećima rezultira visokim cijepnim obuhvatom, rezultirali su uspješnom provedbom Programa obveznih cijepljenja, što je dovelo do značajne redukcije bolesti protiv kojih se cijepi. Od 2005. godine je Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode prema Zakonu o lijekovima odgovorna za postmarketinško praćenje nuspojava lijekova, koje uključuje i nuspojave cijepljenja. Dok je obveza Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo vezano za nuspojave cijepljenja prvenstveno operativna i usmjerena djelovanju na terenu i intervencijama u Programu cijepljenja, obveza Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode je prvenstveno regulatorna i vezana za komunikaciju s proizvođačima cjepiva i Europskom agencijom za lijekove. Da bi svaka ustanova bila u mogućnosti obavljati svoje zakonom određene obveze, Hrvatski zavod za javno zdravstvo primljene prijave nuspojava cijepljenja nakon unosa u Registar prosljeđuje Hrvatskoj agenciji za lijekove i medicinske proizvode, uz komentar i s uklonjenim imenom i prezimenom cijepljene osobe. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo također prosljeđuje nuspojave cijepljenja koje zaprimi s terena. Stručna skupina za nuspojave cijepljenja, koja se sastoji od liječnika Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode redovito se sastaje radi procjene težine nuspojava, utvrđivanja dijagnoze kod opisanih nuspojava i vjerojatnosti uzročno-posljedične povezanosti cijepljenja i neželjene reakcije.

5.3. Odgovornost za nuspojave cijepljenja

Odgovornost za nuspojave cjepiva ovisi o tome zašto je došlo do nuspojave cjepiva.³⁰ Ako je do nuspojave došlo zbog pogrešne primjene, odgovornost snosi fizička i/ili pravna osoba koja je pogrešno primijenila cjepivo. Ako je došlo do nuspojave cjepiva pri ispravnoj primjeni, a nuspojava nije navedena u popisu mogućih nuspojava i dokaže se da je uzrokovana cjepivom, odgovornost snosi proizvođač. Ako je do nuspojave došlo zbog neispravnosti cjepiva, odgovornost snosi fizička odnosno pravna osoba koja je uzokovala neispravnost cjepiva.³¹ Ako nastane poznata nuspojava cjepiva, koja je navedena kao moguća nuspojava, uz

³⁰ Opširnije Evans, G., Vaccine injury compensation programs worldwide, Vaccine, vol. 17., Supplement 3., 1999., str. 25–35.

³¹ Vidi Mariner, W. K., National Vaccine Injury Compensation Program, Health Affairs, vol. 11., br. 1., 1992., str. 255–265.

pravilnu primjenu, odgovornost snosi državno tijelo koje je propisalo obvezu cijepljenja u zemljama gdje je cijepljenje obavezno (u zemljama gdje cijepljenje nije obavezno odgovornost za ove nuspojave snose roditelj i liječnik koji je cijepio).³²

Broj tužbi zbog štetnih posljedica cijepljenja posljednjih se godina sve više povećava.³³ U nizu od tih presuda diljem svijeta dokazana je uzročno-posljedična veza između primljenog cjepiva i određenih bolesti³⁴ te je izrečena novčana naknada štete zbog teškog oboljenja i invaliditeta te smrti zbog nuspojava cijepljenja.³⁵ Tako je, primjerice, presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske od 10. lipnja 2009. utvrđena povezanost između dječje paralize i cjepiva protiv te bolesti.³⁶ Kada je u pitanju odgovornost države posebno je važno utvrđenje VSRH-a u navedenoj presudi, u kojoj iznosi stajalište o odgovornosti Republike Hrvatske po kriteriju uzročnosti i to ne samo temeljem toga što je cijepljenje opasna djelatnost, nego i time što je cijepljenje obavezatno. Naime, VSRH iznosi da je Republika Hrvatska ZZPZB-a propisala obavezatno cijepljenje između ostalog i protiv dječje paralize. Prema mišljenju VSRH-a, radi se o nužnoj i korisnoj mjeri, kojom su se sve osobe obuhvaćene Programom te javnozdravstvene zaštite dužne podvrći. U skladu s time su postupili i roditelji tužitelji kada su svoje dijete doveli na cijepljenje čime su ispunjavali svoju zakonsku obvezu. Međutim, u ovom je konkretnom slučaju došlo do komplikacija, jer je nakon primanja cjepiva protiv dječje paralize maloljetnik obolio od te bolesti i to unatoč činjenici da se radi o ispravnom cjepivu te je liječnica postupala s dužnom pažnjom.³⁷

³² O odgovornosti za štetu vidi više Knol Radoja, K., Naknada štete prouzročene cijepljenjem, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Vol. 39 No. 1, 2018., str. 507 – 527.; Knol Radoja, K., Alternativno rješavanje medicinskih sporova, u: Mićović, M. (ur.), Zbornik XII. Međunarodnog majskog savjetovanja "Usluge i uslužna pravila", Kragujevac, 2016., str. 589–608, str. 600.

³³ Općinski sud u Riminiju potvrdio je presudom od 15. ožujka 2012. da dječak koji je nakon dobivenog kombiniranog cjepiva protiv ospica-zaušnjaka-rubeole (MPR) ostao stopostotni trajni invalid, ima pravo na odštetu od Ministarstva zdravlja. Roditelji oštećenog djeteta obratili su se Ministarstvu sa zahtjevom za odštetu, ali im je ovaj odbijen s obrazloženjem da predmetno cjepivo nije zakonom obavezno te da iz tog razloga oštećenje uzrokovano preporučenim cjepivom ne podliježe Zakonu o odštetama za negativne posljedice cijepljenja, transfuzija i drugih medicinskih zahvata. Ustavni sud Italije dao je svoje mišljenje kojim je takvu odluku Ministarstva proglasilo nezakonitom, budući da službene medicinske vlasti intenzivno i agresivno promoviraju preporučena cjepiva, a građani im poklanjaju svoje povjerenje. Stoga odgovornost za štetne posljedice i u ovakvim slučajevima snose službene medicinske vlasti koje ta cjepiva i promoviraju. TRIBUNALE DI RIMINI -SENTENZA N. 148/2012

³⁴ Primjeri nekoliko stranih i domaćih presuda dostupni su na: <http://www.cijepljenje.info/pravni-kutak/presude/>

kod većine stranih presuda dokazana je veza između pojedine bolesti iz tako zvanog autističnog spektra i primljenog cjepiva protiv zaušnjaka, rubeole i ospica (MMR), dok je primjerice presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske utvrđena povezanost između dječje paralize i DTP cjepiva.

³⁵ Opširnije Knol Radoja, K., *op. cit.* (bilj. 29), str. 507 – 527.

³⁶ Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske br. Rev 79/07-2 od 10. lipnja 2009. godine.

³⁷ Presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske 10. lipnja 2009. godine završen je proces u kojem su roditelji vodili spor protiv Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, Primorsko-goranske županije te

6. OCJENJIVANJE USTAVNOSTI OBVEZNE IMUNIZACIJE DJECE

Ustavni sud Republike Hrvatske je dana 30. siječnja 2014. odbacio prijedloge za ocjenu ustavnosti i zakonitosti određenih članaka Pravilnika o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti i Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti.³⁸ Podnositelji prijedloga su isticali da pojedine odredbe spornog ZZPZB-a i Pravilnika nisu sukladne s pojedinim ustavnim odredbama i to: s čl. 35. koji jamči poštivanje i pravnu zaštitu osobnog i obiteljskog života i čl. 64. prema kojemu roditelji imaju pravo i slobodu samostalno odlučivati o odgoju djece. Tvrdili su da je ZZPZB suprotan i odredbi čl. 8. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda³⁹ koji jamči pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života, čl. 14. koji zabranjuje diskriminaciju i čl. 2. Prvog protokola uz Konvenciju koji jamči pravo na obrazovanje. Ustavni sud je u svojoj odluci kao temeljno pitanje prepoznao sljedeće: “Jesu li predviđene zakonske mjere u ostvarivanju zdravstvene zaštite ustavno pravno prihvatljive odnosno imaju li one legitimni cilj u općem interesu?” U pogledu obveze države da poštuje pravo roditelja na njihova uvjerenja, podnositelji zahtjeva pozvali su se na predmet *Lautsi v. Italija- 30814/06*. Ističu da djeca koja nisu imunizirana sukladno postojećim zakonskim odredbama ne mogu biti upisana u ustanove predškolskog niti osnovnoškolskog odgoja, te se stavljaju u nepovoljniji položaju odnosu na ostalu djecu. U tom smislu podnositelji zahtjeva pozivaju se i na predmet *Kiyutin v. Rusia- 2700/10* u kojoj odluci je ESLJP utvrdio da osobe za zdravstvenim problemima ne smiju biti diskriminirane u odnosu na ostale. Iako djeca koja nisu cijepljena nisu bolesna, ipak su na taj način diskriminirana jer im se uskraćuje pravo na obrazovanje. Predlagatelji su se pozivali i na praksu Belgije, Francuske, Italije, Luksemburga, Njemačke, Velike Britanije, Nizozemske i Španjolske u fakultativnom odabiru cjepiva. Nadalje, ističu kako država obvezuje na cijepljenje, a nigdje ne jamči da nakon cijepljenja neće obolijevati od bolesti protiv kojih su se morali cijepiti.

Republike Hrvatske zbog naknade štete uzrokovane cjepivom. Naime, maloljetni M.Z. neposredno nakon primanja cjepiva u studenom 1992. protiv dječje paralize obolio je upravo od te bolesti. Presudom je djelomično skinuta odgovornost s prvog i drugog tuženika, a Republika Hrvatska neosporno je odgovorna za štetne posljedice obveznog cijepljenja te je određena isplata odštete u ukupnom iznosu od 865.000,00 kn sa zateznom kamatom od 2002. godine, od kada datira prvostupanjska presuda. <http://www.cijepljenje.info/pravni-kutak/presude/>

³⁸ Odluka Ustavnog suda RH od 30. siječnja 2014. godine broj U-I-5418/2008, U-I-4386/2011, U-I-4631/2011.

³⁹ (Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih Sloboda, MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10.

Vlada RH je dala odgovor da je glavna svrha imunizacije stvaranje otpornosti u najmlađoj i najosjetljivijoj populaciji, da su popratne pojave koje se mogu javiti uslijed cijepljenja rijetke, najčešće lokalne u obliku crvenila i bolnog otoka, te da se provođenje imunizacije u dječjoj dobi kako u svijetu tako i u RH pokazalo kao najdjelotvornija mjera zdravstvene zaštite u sprječavanju infektivnih bolesti putem koje su neke i iskorijenjene (velike boginje), neke su izvanredno rijetke (difterija, dječja paraliza) ili rijetke (ospice). Ministarstvo je navelo da odbijanjem cijepljenja roditelji ugrožavaju zdravlje vlastite djece te zdravlje drugih osoba na koji način se svima njima uskraćuje pravo na zdrav život.⁴⁰

U konačnici, Ustavni sud RH prihvatio je mišljenje Ministarstva zdravlja i njegovo očitovanje na prijedlog podnositelja, da u sukobu djetetova prava na zdravlje s pravom roditelja da samostalno odlučuju o djetetovu odgoju prevagu odnosi djetetovo pravo na zdravlje. Tako zaključuje: "Obveza cijepljenja nikako se ne može dovoditi u vezu s čl. 35. Ustava (...) a poglavito se ne može povezati s čl. 64. kojim se roditeljima jamči pravo i sloboda da samostalno odlučuju o odgoju djece. (...) Prema tome, radi zaštite zdravlja djeteta i djetetova prava na zdravlje, opravdano je roditeljima uskratiti izbor ne cijepljenja jer je pravo djeteta na zdravlje više od prava roditelja na (pogrešan) izbor." Roditelj, na ovaj način, osim što krši pravo na zdrav život, otežava djetetu i pravo na obrazovanje.

Ustavni sud RH je zauzeo i oštro stajalište prema mogućnostima uvođenja prigovora savjesti smatrajući da je ovdje riječ o stručnom, dakle medicinskom pitanju, a ne o pitanju ostvarivanja jamstva na slobodu savjesti, uvjerenja, mišljenja i vjeroispovijedi u smislu čl. 40. Ustava RH i čl. 9. Konvencije. Isto tako, zaključio je da je opravdano zakonom obvezati građane na cijepljenje protiv bolesti čije je sprječavanje od interesa za Republiku Hrvatsku.⁴¹

Slično stajalište zauzeo je i slovenski Ustavni sud ističući u odluci važnost prava na koje se pozivaju predlagatelji ocjene ustavnosti poput prava na informirani pristanak i na dostojanstvo. U Republici Sloveniji postupak ustavnog nadzora Zakona o zaraznim bolestima pokrenuo je Društvo za slobodu donošenja odluka (SVOOD).⁴² Ustavni sud je u svojoj opsežnoj odluci od 12. veljače 2004. godine utvrdio da sporne zakonske odredbe nisu protuustavne. Ustavni sud je izvagao važnost prava pogođenog upletanjem s pravom koje treba biti osigurano tim upletanjem i utvrdio da koristi koje cijepljenje donosi zdravlju

⁴⁰ Vidi Tucak, I., Legal and Ethical Justification of Compensation Regarding Compulsory Vaccination Injuries, *Facta Universitatis, Law and Politics*, vol. 15., br. 2., 2017., str. 145–155.

⁴¹ Vidi i Simpozij o cijepljenju <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/04/Izvjec5%a1taj-sa-Simpozija-o-cijepljenju.pdf>

⁴² Vidi Tucak, I., Obezno cijepljenje djece: za i protiv, u Rešetar, B., Aras Kramar, S., Lucić, N., Medić, I., Šago, D., Tucak, I., Mioč, P., *Suvremeno obiteljsko pravo I postupak*, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Pravni fakultet Osijek, 2017., str. 159.

pojedinka i šire zajednice nadmašuju potencijalnu štetu koju pojedinci mogu pretrpjeti zbog popratnih pojava ove mjere. Međutim, utvrdio je da sporni Zakon nije u skladu s Ustavom zato što ne regulira postupak i prava pogođenih osoba vezano uz utvrđivanje opravdanih razloga izuzeća od obveznog cijepljenja i ne uređuju državnu odgovornost za štetu koje pojedinac može imati zbog obveznog cijepljenja.⁴³

Za razliku od Ustavnog suda RH, Ustavni sud Češke Republike obranio je pravo roditelja kažnjenih zato što nisu htjeli cijepiti svoje dijete obveznim šesto valentnim cjepivom držeći pritom da razlog za odbijanje cijepljenja može biti i prigovor savjesti u širem smislu. Razlozi odbijanja moraju odgovarati sljedećim kriterijima: hitnost, bi li prilikom cijepljenja došlo do mogućeg ugrožavanja zdravlja, dosljednost, snaga uvjerenja roditelja kao i društveni utjecaj njihove odluke.

Što se tiče prava na slobodu odlučivanja na koju se brojni pozivaju Ustavni sud RH je u svojoj odluci naveo da odluka o cijepljenju djece nije pravo roditelja što je u potpunosti točno jer se nigdje u Ustavu to pravo ne spominje, ono što Ustavni sud nije rekao, a što smatramo nužnim spomenuti je odredba Ustava po kojoj se slobode i prava mogu ograničiti da bi se zaštitile sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Prema toj odredbi čak i ako bi postojalo pravo roditelja na odlučivanje ono bi se moglo ograničiti u svrhu zaštite zdravlja ljudi, što zapravo u potpunosti isključuje argument o pravu izbora roditelja. Ono na što se ovdje još treba osvrnuti je pozivanje na činjenicu da se bolesti protiv kojih se u Hrvatskoj cijepimo iskorijenjene – da, to je djelomično točno, ali to je isključivo zato što se svi cijepimo što vidimo i iz podatka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo da je hepatitis B, protiv kojeg je obvezno cijepljenje uvedeno tek 1999. godine, reducirano tek za 65%.

Necijepljenje malog broja ljudi neće dovesti do nikakvih značajnih posljedica jer će biti zaštićeni činjenicom da se većina ljudi cijepila, ali sve znatnijim povećanjem broja odbijanja cijepljenja povećava se i rizik za širenje epidemija koje su sve donedavno bile gotovo u potpunosti iskorijenjene što je u potpunosti u suprotnosti s ustavnom dužnošću države da štiti zdravlje ljudi.

⁴³ Odluka Ustavnog suda Republike Slovenije, U-I-127/01, Uradni list RS 25/2004., dostupno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2004-01-1089/odlocba-o-ugotovitvi-da-prva-alineja-prvega-odstavka-22-clena-4-tocka-prvega-odstavka-57-clena-in-drugi-odstavek-57-clena-zakona-o-nalezljivih-boleznihi-niso-v-neskladju-z-ustavo-in-o-ugotovitvi-neskladnosti-zakona-o-nalezljivih-boleznihi-z-ustavo>; pristupljeno: 25. studenog 2017.

7. STAJALIŠTA SUDA PRAVDE EUROPSKE UNIJE

Presuda Suda pravde Europske unije od 21. lipnja 2017. godine, koja se odnosi na dokaze neispravnosti cjepiva (cjepivo protiv hepatitisa B) i uzročne veze između neispravnosti i nastale štete (multipla skleroza). Važnost ove presude je u tome što se sud oslonio na dokaze vezane za konkretan slučaj i utvrdio da su dokazi ukazali na to da je cjepivo protiv hepatitisa B uzrokovalo multiplu sklerozu. Tako je 21. lipnja 2017. sud Europske unije donio presudu po kojoj se, unatoč nedostatku znanstvenog konsenzusa, cjepivo može smatrati neispravnim ako “postoje specifični i konzistentni dokazi”, uključujući vrijeme između primanja cjepiva, prethodno zdravstveno stanje pojedinca, nepostojanje takvih tegoba u obiteljskoj anamnezi te značajan broj prijavljenih slučajeva iste bolesti koja se pojavila nakon cijepljenja. Znanstvena istraživanja i njihovi rezultati dobri su onoliko koliko su dobri podaci koje se prikuplja, a kako se dođe do novih saznanja, znanstvene se teorije revidiraju. Drugi problem s oslanjanjem na “znanost” leži u tome da je većina današnjih znanstvenih istraživanja vrlo pristrana, i dolazi do željenih zaključaka zanemarujući stvarno dobivene podatke.

Istina bi se uvijek trebala utvrditi na temelju predloženih dokaza, a ne samo na temelju svjedočenja stručnjaka koji bi tvrdili da iza njih stoji znanost koja bi, po njima, trebala prevagnuti nad svim ostalim dokazima. Svakog dana slušamo o oštećenjima zbog cjepiva. No dosad sudovi uglavnom nisu dovoljno prihvatili činjenicu da cjepiva mogu imati neželjene posljedice upravo zahvaljujući medicinskim stručnjacima koji tvrde da nema medicinsko-znanstvenih dokaza koji dokazuju da cjepiva nanose štetu. Zato je dosad bilo gotovo nemoguće dobiti parnicu ako se ne bi prezentirao medicinski dokaz.

Možda će se nešto u tome promijeniti, jer je 21. lipnja 2017. Sud Europske unije donio presudu da nacionalni sudovi mogu, čak i kad za to ne postoji medicinski dokaz, razmatrati mogućnost da je cijepljenje dovelo do razvoja neke bolesti ili oštećenja. U konkretnom slučaju, radilo se o Francuzu J. W. koji je nakon cijepljenja protiv hepatitisa B tijekom 1998. i 1999. godine obolio od multiple skleroze. Tijekom 2006. godine obitelj je tužila proizvođača Sanofi Pasteur i tražila odštetu, no J. W. je preminuo 2011. godine. Francuski Prizivni sud odbio je optužnicu uz tvrdnju da ne postoji uzročna veza između cjepiva protiv hepatitisa B i multiple skleroze, iako je njegova medicinska dokumentacija ukazivala na suprotno. Nakon toga je predmet prosljeđen francuskom Kasacijskom sudu koji je pak to prosljedio Sudu Europske unije. U ovoj se presudi navodi: Svojim drugim pitanjem sud koji je uputio zahtjev pita treba li članak 4. Direktive

85/374⁴⁴ tumačiti na način da mu se protivi sustav dokazivanja koji počiva na presumpcijama prema kojem će se, kada medicinskim istraživanjem nije utvrđena niti pobijena veza između primanja cjepiva i nastanka bolesti od koje oštećenik boluje, uzročna veza između neispravnosti koja se pripisuje cjepivu i štete koju je oštećenik pretrpio uvijek smatrati utvrđenom ako postoje određene unaprijed utvrđene činjenične indicije o uzročnosti.⁴⁵

Ova odluka dala je nadu mnogim obiteljima širom svijeta. Ovdje se razmatralo i pitanje odgovornosti tvrtke za neispravne proizvode. Teret dokazivanja je na tužitelju. Nigdje, međutim, u zakonima ne postoji definicija “uzročne veze” pa je bilo nejasno koji su dokazi potrebni da bi se odbacilo ili prihvatilo tužbu odnosno potvrdilo vezu između proizvoda i štete učinjene potrošaču. Sud je odlučio da, ako se nacionalnom sudu predoče činjenice koje ukazuju na uzročnu vezu, nema tereta dokazivanja u smislu čl. 4. Direktive te nema potrebe za medicinskim istraživanjem koje će potvrditi ili opovrgnuti uzročnu vezu, a oštećeni je dokaz “*prima facie*”, tj. osobno. Kao potrošač moram imati mogućnost uzdati se u sigurnost proizvoda i tužiti ako mi isti prouzroči štetu. Ostvarivanje mojih prava ne može ovisiti o znanstvenim istraživanjima koja nisu otkrila uzročnu vezu između proizvoda i štete. To je suština ove odluke Suda, odnosno njegove interpretacije EU Direktive.”

Ako potpuno zdrava osoba ode k liječniku, primi cjepivo i uskoro nakon toga razvije tešku bolest, za zaključiti je da tu postoji uzročna veza između cjepiva i bolesti. Medicinski stručnjaci svoje dokaze mogu temeljiti samo na medicinskim mišljenjima, jer je praktično nemoguće čvrsto dokazati da cjepivo jest ili nije uzrokovalo određeno oštećenje. Znanosti je jednako nemoguće dokazati da su cjepiva potpuno sigurna jer je svaka osoba drugačija. Beskorisno bi bilo osloniti se samo na znanstvene dokaze jer znanost dosad nije uspjela čvrsto dokazati da su sva cjepiva u potpunosti sigurna. Kao posljedica toga, odvjetnici, pravni sustav i medicinski stručnjaci *a priori* su odbijali istražiti slučajeve vezane za cijepljenje u njihovoj cjelini.

Sud pravde Europske unije je dana 21. lipnja 2017. presudio da nacionalni sudovi mogu cjepivo smatrati uzročnikom neke zdravstvene tegobe čak i ako za to još ne postoje čvrsti znanstveni dokazi. Za donošenje takvog zaključka potrebno je da je osoba prije cijepljenja bila zdrava, da su tegobe vremenski povezane s cijepljenjem, da ne postoje takve tegobe u obiteljskoj anamnezi, te da postoji značajan broj prijavljenih sličnih slučajeva. Prethodno spomenuta presuda

⁴⁴ Direktiva Vijeća 85/374/EEZ od 25. srpnja 1985. o približavanju zakona i drugih propisa država članica u vezi s odgovornošću za neispravne proizvode (SL 1985., L 210, str. 29.).

⁴⁵ Vidi Holland, M., Compulsory Vaccination, the Constitution, and the Hepatitis B mandate for Infants and Young Children, *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 12 (1), 2012, pp. 39 – 86.

izuzetno je važna jer se sud u konkretnom slučaju oslonio na dokaze vezane baš za taj slučaj i utvrdio da su potonji ukazali na to da je cjepivo protiv hepatitisa B uzrokovalo multipla skleroza. U tom slučaju moglo bi se reći da je riječ o odgovornosti proizvođača za neispravan proizvod u kojem je tužitelj podnesenim dokazima uspio dokazati uzročnu vezu između primljenog cjepiva i bolesti.

Zagovornici cjepiva dakako da se suprotstavljaju takvoj presudi i stajalištu Europskog suda ističući da nije znanstveno dokazano da cjepiva mogu prouzročiti bolesti. Međutim, znanost tehnički ništa ne može dokazati. Znanstvena istraživanja i rezultati su onoliko dobri koliko su dobri prikupljeni podaci temeljem kojih se to istraživanje provodi. Osim toga, većina današnjih istraživanja su pristrana i dolazi se do željenih zaključaka zanemarujući stvarno dobivene rezultate.

8. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Prihvatanje informiranog pristanka prije cijepljenja pomaže u postizanju ciljeva postavljenih imunizacijskim programima i omogućava njihovo provođenje uz smanjeni rizik od eventualne tužbe. Davanje izjave o informiranom pristanku na cijepljenje i obaviještenosti o mogućim nuspojavama na propisanim obrascima nužna je pretpostavka provođenja cijepljenja. Ipak, u državama gdje je cijepljenje obvezatno, davanje informiranog pristanka ostaje samo na deklaratornoj razini. S druge strane, države koje osobama ostavljaju pravo izbora, ali ih pritom edukacijom i informiranjem potiču na dobrovoljno cijepljenje, često ostvaruju i bolje rezultate po broju opće procijepljenosti. Upravo ovakva politika nije samo etički prihvatljivija nego može doprinijeti i uštedi na potraživanjima naknade štete.⁴⁶

Hrvatski zakoni adekvatno ne uređuje državnu odgovornost za štetu koju pojedinac može imati zbog cijepljenja na koje ga je ta ista država zakonski obvezala. Posljednjih godina, budući da je, s jedne strane, u predškolskoj i školskoj dobi propisana obveza za veliki broj cjepiva protiv zaraznih bolesti, a s druge strane, ako dođe do štetne nuspojave, ne postoji jasno uređen okvir odgovornosti, dolazi do nepovjerenja u sustav i stvaranje otpora cijepljenju. Moralo bi se jasno definirati okvir odgovornosti države za eventualne nuspojave i štetne posljedice od cijepljenja koje je nametnula pod prijetnjom kazne, što bi ujedno posljedično ojačalo i povjerenje u imunizaciju.

⁴⁶ Opširnije Salomon, D. A.; Teret, S. P.; MacIntyre, C. R.; Salisbury, D.; Burgess, M. A.; Halsey, N. A., *Compulsory Vaccination and Conscientious or Philosophical Exemptions: Past, Present and Future*, Lancet, 2006., pp. 436 – 442,

Zakonska formulacija “bolest koja neposredno proizlazi iz odbijanja cijepljenja” je stručno ništavna, jer bolest nikad ne proizlazi iz odbijanja cijepljenja već ima svoje biološke uzroke. U brojnim slučajevima, naime, bolest dobivaju i djeca koja su cijepljena. Uzrok je u statistici: ako su necijepljeni u manjini, po izbijanju epidemije u zaraženom vrtiću ili razredu bit će ih bitno manje nego cijepljenih. Zato ondje obično oboli većina necijepljenih i manji dio cijepljenih – no u broju oboljelih još uvijek prevladavaju cijepljeni. Cijepljeni obole zato jer cijepljenje ne štiti svih, zaštita već nakon nekoliko godina opada. Istina je da cijepljenje učinkovito smanjuje rizik od obolijevanja, no isto tako je činjenica da obolijevaju i cijepljeni ljudi i isto tako cijepljeni mogu širiti zarazu.

Kojim pravom onda pojedinom djetetu, odnosno njegovim roditeljima, oduzimamo pravo na liječenje u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, ako u stvarnosti glede konkretnog djeteta ne možemo dokazati da je uzrok bolesti necijepljenje. Sama formulacija “bolest koja neposredno proizlazi iz odbijanja cijepljenja” je problematična za dokazivanje u slučaju tužbe oštećenog roditelja protiv Zavoda za zdravstveno osiguranje.⁴⁷

U Hrvatskoj su kao rezultat preventivnih mjera, gotovo potpuno iskorijenjene bolesti poput difterije, hripavca, ospica, poliomijelitisa i rubeole. Među više od 40 tisuća djece koja se cijepi svake godine javljaju se i određene, uglavnom blage nuspojave, koje u vrlo rijetkim slučajevima mogu, nažalost, biti i teške. Ali takve reakcije mogu ponekad izazvati i obični lijekovi poput paracetamola ili ibuprofena, što nije razlog da se ovi inače učinkoviti lijekovi prestanu koristiti.

Nesporno je da zakonski zastupnici djeteta nisu nepogrešivi i da imaju pravo slobodno donijeti odluku, koja će se možda nekada u budućnosti pokazati pogrešnom, bilo da im dijete oboli od neke bolesti, koja se možda mogla spriječiti cijepljenjem, bilo da im dijete pretrpi neki oblik teške nuspojave, koje se nažalost znaju pojaviti uz svaki lijek, ili da im uslijed jednog ili više cjepiva, možda i uz doprinos drugih faktora, zdravstveno stanje djeteta bude trajno i teško narušeno. Iskustva su različita, isto kao što su različita i djeca i njihov imunitet i genetika, njihova prehrana, i različiti brojni drugi štetni ili korisni faktori kojima su djeca izložena u svakodnevnom životu.

Zdravstveni razlozi uvođenja cijepljenja propitivani su još od prvog otkrivenog cjepiva. Pozitivni učinci bili su vidljivi jednako koliko su to bile i nuspojave

⁴⁷ Nije jasno bi li Zavod za zdravstveno osiguranje pokrивao troškove liječenja samo bolesti koju sprječava cjepivo ili ne bi pokrивao niti troškove liječenja koje mogu biti komplikacija zaraze, iako to nije moguće sa sigurnošću dokazati. Kod ospica, na primjer, može nastati ozbiljna upala pluća koju uzrokuju bakterije. To je nesumnjivo druga bolest, protiv koje ne postoji obvezno cijepljenje – bi li u ovoj situaciji Zavod pokrio liječenje od te druge bolesti (recimo u okviru istog boravka u bolnici) jer bi automatski smatrao da je nastala kao posljedica ospica, iako bi bilo koji odvjetnik mogao dokazati i suprotno, da je na primjer kriva bolnica koja nije spriječila prijenos uzročnika pneumonije s drugog bolesnika?

pa i štetni učinci te je od samog početka medicinska struka propitivala odnos između koristi i štete te je li prevaga korisnosti nad štetom dovoljna da se cjepiva preporučuju za masovnu primjenu. Još i danas je osnovni argument kojim se potreba masovnih cijepljenja podupire upravo stručno iskustva o većim benefitima kako za pojedinca tako i za društvo od ponegdje potpuno zanemarivih mogućih nuspojava.

S obzirom na sve navedene posljedice koje impliciraju diskriminaciju necijepljenog djeteta, narušavanje prava roditelja na izbor i slobodan odgoj djeteta te pravo djeteta na zdravlje, odgoj i obrazovanje ponovno se susrećemo s istim pitanjem, a to je ima li država uistinu pravo uvesti obveznu imunizaciju djece? Naposljetku, sporno je može li se uopće cijepljenje koristiti kao masovna mjera prevencije protiv bolesti kojima nismo izloženi i kojima ne znamo hoćemo li, niti kada, uopće biti izloženi. Korištenje te posebne mjere zaštite od zaraznih bolesti jest upitno učinkovito i ima moguće posljedice. Stoga stručna procjena moguće koristi i za osobe jasno izložene zaraznom agensu ili s visokim rizikom da mogu biti izložene zaraznom agensu, zapravo može biti tek stručna preporuka.

Trebalo bi preispitati svako pojedino cjepivo po pitanju sigurnosti, djelotvornosti i uopće po pitanju potrebe za cijepljenjem. Smatramo da u središtu rasprave o pitanju cijepljenja uvijek treba biti zaštita najboljeg interesa djeteta, što podrazumijeva i obvezu da se javnosti, a osobito roditeljima, osiguraju cjelovite informacije, ali i podrška u brizi o zdravlju djeteta.

Zakonska obveza cijepljenja bi za sobom obavezno trebala povlačiti pravo na stručni, nepristrani i argumentirani pristup svakom pacijentu i odgovornost države za eventualnu štetu od zahvata. Sukladno tome trebalo bi revidirati kalendar cijepljenja, a onda, u konačnici, i razmotriti način provođenja cijepljenja, dobrovoljan ili prisilan, ali uz odgovornost države za naknadu štete. Za zaključiti je da bi se pozornost u najvećoj mjeri trebala okrenuti edukaciji i širenju medicinski argumentiranih informacija o cijepljenju, daljnjem istraživanju učinaka cjepiva i njihovoj djelotvornosti, te objavljivanju točnih informacija uz napuštanje materijalnih razloga i politike nadmoći te obvezivanju roditelja o pohađanju radionica o cijepljenju.

LEGAL ASPECTS OF THE COMPULSORY VACCINATION

One of the current issues of today is the compulsory vaccination, its political and social repercussions which are reflected in legislative and judicial discussions, its positive and negative effects. The purpose of this paper is to analyze the interference of the state with family life, to point out the professional medical position on the vaccination of children, the parents rights to care for children in accordance with their welfare and the right of the child to health.

The underlying issues that arise are whether the rights of individuals overcome the general well-being and whether the parent's rejection of the vaccination of children is in line with the child's well-being or merely satisfying their own beliefs which ultimately have an effect not only on the child but on the entire community, is about vaccination against infectious diseases.

Special light is shed on the reasons behind the Ruling of the Constitutional Court of the Republic of Croatia of 30 January 2014 dismissing the application for initiation of the procedure for assessment of compliance of provisions of the Act on the Protection of the Population against Communicable Diseases with the Constitution.

Key words: *Vaccination, Compulsory Vaccination, Informed Consent, Vaccine Injury Compensation*

Doc.dr.sc. Ivan Vukušić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

KAZNENA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTARA

UDK: 616-051:343

Primljeno: 19.veljače 2019.

Pregledni znanstveni rad

U radu se analizira niz doktrinarnih pitanja koja se odnose na status medicinske sestre s aspekta strukovnih zakona i s aspekta kaznene odgovornosti. Posebno je apostrofirana suradnja medicinskih sestara u timu i kaznenopravni elementi koji imaju utjecaja na uzročnost obzirom da utvrđivanje uzročnosti u ovim slučajevima zna stvarati velike probleme. Obzirom da postoje tri vrste kažnjivih radnji za koje medicinske sestre mogu odgovarati, u radu se analizira kaznena, prekršajna i stegovna odgovornost te njihov međusobni odnos. Navedena problematika se razmatra i s aspekta prakse Europskog suda za ljudska prava.

Ključne riječi: *zdravstveni radnici, tim, kaznena odgovornost, Europski sud za ljudska prava*

1. UVOD

Niz doktrinarnih pitanja se pojavljuje kod odgovornosti pojedinih članova tima, zajedničke odgovornosti više zdravstvenih radnika, odgovornosti nadređenog za propuštanje dužnog nadzora, odgovornosti podređenog za provođenje upute, utvrđivanje uzročnosti do odgovornosti za instrumente i lijekove.¹ 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. Zdravstveni tim čini više osoba, zdravstvenih radnika, zavisno od činjenice koje je djelatnosti, odnosno poslove pojedinih djelatnosti potrebno poduzeti radi pružanja i davanja konkretne zdravstvene usluge. Stoga sastav tima ovisi o vrsti zdravstvenih postupaka koje je potrebno poduzeti prema pacijentu.² Danas je vidljivo kako 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.³

¹ Mišić Radanović, N., *Odgovornost liječnika u slučaju timskog rada*, Zbornik radova „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017., str. 149.

² Klarić, A., Cvitković, M., *Vrste i načini odgovornosti unutar tima*, Zbornik radova „2. Hrvatski simpozij medicinskog prava“, Vodice, 2016., str. 217.

³ Flis, V., *Medicinska napaka (Medical Error)*, 26. Posvet Medicina, pravo in družba: Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev, marec 2017, Maribor, str. 25., prema: Mišić Radanović, N., *op. cit.*, str. 149.

Građanski aspekt ove odgovornosti polazi od činjenice da 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*).⁴

Sa gledišta Zakona o zdravstvenoj zaštiti⁵ liječničku grešku čini zdravstveni radnik koji pri pružanju zdravstvene zaštite ne postupi prema pravilima zdravstvene struke i njezinim moralnim i etičkim načelima. Bitna razlika između ova dva tipa odgovornosti je u standardu dužne pažnje koji zdravstveni radnik treba povrijediti da bi uslijedila odgovornost, te cilju koji se želi postići ovim tipovima odgovornosti. Uz ove dvije svakako treba spomenuti i disciplinsku odgovornost, koju sankcioniraju stručne udruge, a najteža sankcija je obično gubitak licence. Odgovornost zdravstvenog radnika je osobna i subjektivna, jer što vrijedi za druga područja, vrijedi i za medicinske djelatnike, a svatko odgovara za svoj čin i u granicama svoje krivnje. Odgovornost liječnika pokriva odgovornost za vlastito ponašanje, odgovornost za sredstva liječenja (*instrumente i lijekove - product liability*), te odgovornost za postupke drugih (članove liječničkog tima - *vicarious liability*).⁶ Te granice su postavljene u ljudskoj prirodi (*ultra posse nemo tenetur*), pa se ni zdravstveni radnik ne čini odgovornim za nemoguće.

2. POJAM MEDICINSKE SESTRE

Prije analiziranja problematike odgovornosti medicinskih sestara, potrebno je najprije definirati pojam medicinske sestre. Definicija medicinske sestre je dana u Zakonu o sestrinstvu⁷. Odredbe Zakona o sestrinstvu koje se odnose na medicinske sestre opće njege/medicinske tehničare opće njege (u daljnjem tekstu: medicinske sestre) na odgovarajući način primjenjuju se i na osobe sa zanimanjem: medicinska sestra/tehničar opće njege, medicinska sestra-medicinski tehničar, medicinska sestra općeg smjera, medicinska sestra – tehničar općeg smjera, medicinska sestra-medicinski tehničar specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), viša medicinska sestra, viša medicinska sestra bolničkog smjera, viša medicinska sestra dispanzersko-patronažnog smjera, prvostupnica sestrinstva, stručna prvostupnica sestrinstva, sveučilišna prvostupnica sestrinstva, prvostupnica sestrinstva specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), magistra sestrinstva, diplomirana medicinska sestra te doktor znanosti sestrinstva.

⁴ *Ibid.*, str. 150.

⁵ NN br. 100/18.

⁶ Malenica, I. - Barišić, F., Nepružanje liječničke pomoći, Hrana u zdravlju i bolesti, 2015., str. 49-55.

⁷ NN br. 121/03, 117/08, 57/11.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti propisano je da se zdravstvenim radnicima smatraju osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i koje neposredno, kao svoje zanimanje, pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, pri tom obvezno poštujući moralna i etička načela zdravstvene struke. Pojmom zdravstveni radnici su obuhvaćeni doktori medicine, doktori dentalne medicine i drugi zdravstveni radnici kao i medicinske sestre, tehničari, laboranti odnosno osobe koje obavljaju poslove iz djelokruga osoba u vezi s zdravstvenim tretmanom pacijenta, a koji poslovi nisu liječnički. Kao počinitelji kaznenih djela se mogu pojaviti i zdravstveni suradnici kao osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite.

Prava i obveze medicinskih sestara su propisane Zakonom o sestrinstvu a sastoje se od provedbe postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti, vođenja sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata⁸, pravovremenog izvješćivanja liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja. Medicinska sestra s temeljnom naobrazbom iz članka 7. Zakona o sestrinstvu sudjeluje u planiranju, pripremanju i provođenju i/ili u izvođenju medicinsko-tehničkih zahvata zdravih i bolesnih pojedinaca svih životnih dobi, potiče i/ili pomaže bolesniku u zadovoljavanju osnovnih životnih aktivnosti poštujući njegovo ljudsko dostojanstvo i kulturološke različitosti, odgovorna je za evidentiranje svih provedenih postupaka i aktivnosti provođenja zdravstvene/sestrinske njege tijekom 24 sata. Kompetencije medicinske sestre sa završenom specijalističkom izobrazbom te poslijediplomskim sveučilišnim studijem određen je popisom izlaznih kompetencija/ishodima učenja sukladno propisima o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara, odnosno propisima o visokim učilištima, koje se nadovezuju na temeljne sestrinske kompetencije. Medicinska sestra ne smije provoditi postupke koji nisu u području njezine djelatnosti, a mogu izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi za to posebno educirana medicinska sestra kao član tima koji imenuje poslodavac u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i Hrvatskom komorom medicinskih sestara. Kontrola kvalitete rada medicinskih sestara naročito obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika.

Da bi se osigurala kvaliteta rada medicinskih sestara, Pravilnik o pravima i odgovornostima medicinskih sestara propisuje prava medicinske sestre koja proizlaze iz sestrinskog zvanja i naročito su sljedeća:

⁸ Vidi više u: Bojić, V. - Mojsović, N. - Markotić, I., Pravni i ekonomski aspekti vođenja sestrinske dokumentacije, Zbornik radova „Hrvatsko sestrinstvo ususret EU“, Opatija, 2011., str. 81 – 85.

- pravo na standard stručnog rada
 - pravo na stručno usavršavanje
 - pravo na stručnu pomoć i stručne savjete drugih medicinskih sestara
 - pravo na odgovarajuću nagradu za rad
 - pravo na zaštitu u obavljanju poziva
 - pravo na materijalno oštećenje u slučaju tjelesnih ili duševnih povreda ili smrti
- zadobivenih tijekom profesionalne aktivnosti
- pravo na etičko ponašanje poslodavaca
 - pravo na priziv savjesti ako time ne dovodi u opasnost život pacijenta
 - pravo odbiti daljnju uslugu pacijentu koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći osim ako pacijentu prijeti opasnost za život kada mu je medicinska sestra dužna pomoći
 - pravo na etičko ponašanje kolega
 - pravo na znanstveno istraživački rad
 - pravo na zaštitu od ugrožavanja ugleda i dostojanstva medicinske sestre

3. HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA

Da bi zaštitile i unaprijedile svoju profesiju, osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestara. Komora medicinskih sestara propisuje javne ovlasti koje su od iznimnog značaja za rad u timu. Posebno treba istaknuti neke javne ovlasti kao što su suradnja s obrazovnim ustanovama i stručnim sestrinskim društvima u provođenju trajnog stručnog usavršavanja te vrednovanja i provjere stručnosti medicinskih sestara; predlaganje ministru nadležnom za zdravstvo sadržaj sestrinske dokumentacije; utvrđivanje načina i uvjeta pod kojima se obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara; utvrđivanje najniže cijene zdravstvene njege za medicinske sestre izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti; utvrđivanje cijene zdravstvene njege iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja; utvrđivanje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara. Komora surađuje s državnim tijelima i tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave, sindikatima u koja se udružuju medicinske sestre te stručnim sestrinskim udrugama u rješavanju problema u struci medicinskih sestara. Komora odlučuje o suradnji s drugim komorama zdravstvenih radnika u Republici Hrvatskoj kao i sa komorama medicinskih sestara drugih država.

4. USAVRŠAVANJE

Medicinske sestre su svjesne svoje odgovornosti i standarda koji se očekuje od njihova rada. Potreba trajnog stručnog usavršavanja nije nepoznata niti jednoj medicinskoj sestri. Samom odlukom o izboru profesije, medicinske sestre su se opredijelile za to da će cijeli svoj radni vijek učiti i usvajati nova znanja i vještine te ih prenositi na druge. Svjedoci smo eksplozivnog rasta pristupu informacija putem interneta. Potrebno je prihvatiti *online* izvore znanja.⁹ Međutim, veoma je važno posjedovati vještine potrebne za evaluaciju kvalitete informacija na internetu. Za uspješnu realizaciju navedenog, vodeću ulogu imaju sestre edukatori koje moraju prakticirati i zahtijevati standarde informacijske pismenosti, a obveza je svih medicinskih sestara da isto uključe u svoju svakodnevnu praksu.¹⁰

Uzimajući u obzir kompleksne poslove u timu i činjenicu da Hrvatska komora utvrđuje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara koje se sastoje od disciplinskih povreda i disciplinskih mjera, medicinske sestre se moraju kontinuirano usavršavati. Dodatno usavršavanje medicinskih sestara, pored osnovnog obrazovanja, propisano je i u Zakonu o sestrinstvu. Dodatno usavršavanje medicinskih sestara provodi se u slučaju kada opseg i složenost poslova i očekivanih rezultata zahtijevaju dodatnu edukaciju, odnosno specijalizaciju iz određenoga područja zdravstvene zaštite. Medicinske sestre imaju pravo i obvezu stručnog usavršavanja stalnim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja i vještina, u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva. Također, Vijeće hrvatske komore medicinskih sestara je 20. veljače 2004. godine donijelo Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku trajnog/stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara. Ovim Pravilnikom utvrđuje se sadržaj, rokovi i postupak trajnog/stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara u smislu članka 12. Zakona o sestrinstvu koji govori o pravu i obvezi trajnog stručnog usavršavanja. Medicinske sestre dužne su stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva. Prema ovom Pravilniku, medicinske sestre su obvezne trajno/stručno se usavršavati i provjeravati stručnost radi stjecanja uvjeta za produženje odobrenja za samostalan rad. U svrhu trajnog/stručnog usavršavanja medicinskih sestara, Komora je obvezna vrednovati trajno/stručno usavršavanje medicinskih sestara.

Medicinska sestra mora održavati svoje znanje i vještine u toku sa suvremenim znanjima kroz svoj cijeli radni vijek. Trebala bi redovito sudjelovati u obrazovnim

⁹ Fruk Marinković, M., Kontinuirana odgovornost za profesionalnost i informacijsku pismenost medicinskih sestara, *Acta Med Croatica*, 68/2014., str. 33.

¹⁰ *Ibid.*, str. 34.

aktivnostima koje razvijaju njene sposobnosti i vještine za rad. Medicinska sestra mora jasno odrediti granice svoje stručne kompetencije te tako raditi i prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena. Ako je neki postupak iznad stupnja kompetencije medicinske sestre

ili izvan djelokruga njegovog rada, mora zatražiti pomoć i nadzor od kompetentnih stručnjaka, a ne smije provoditi takav postupak, ako bi mogla izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Medicinska sestra mora raditi s ostalim članovima tima na razvoju zdravstvene njege koji pridonosi sigurnom, terapijskom i etičkom radu. U okolnostima u kojima ne može ukloniti posljedice koje bi mogle ugroziti standarde struke, medicinska sestra mora o tome izvijestiti pretpostavljenu osobu pismenim izviješćem. Glavna medicinska sestra i voditelj tima zdravstvene njege imaju posebnu odgovornost prema pacijentima i kolegicama. Ako bi bile suočene s profesionalnom nedoumicom, uvijek im na prvom mjestu mora biti interes i sigurnost pacijenata. Ukoliko se očito kršenje ovog Kodeksa nikako ne može razriješiti na kolegijalan i neformalan način, medicinska sestra dužna je izvijestiti Hrvatsku komoru medicinskih sestara, koja će poduzeti potrebne mjere. Medicinska sestra odnosit će se prema drugim medicinskim sestrama onako kako bi ona željela da se one odnose prema njoj. Ako druga medicinska sestra zatraži od nje stručni savjet i pomoć, pružit će joj pomoć nesebično i prema svom najboljem znanju. Informatizacija je nazočna u gotovo svim segmentima sestrinstva, npr. vođenje dokumentacije u elektroničkom obliku, unos i razmjena podataka elektroničkim putem, pretraživanje medicinskih baza podataka u cilju trajnog usavršavanja, itd. Brzi porast količine i kvalitete znanja u području zdravstvene skrbi zahtijeva kontinuiranu edukaciju za medicinske sestre. Medicinske sestre, trajno se educirajući, sudjeluju u prijenosu informacija pacijentima, njihovim skrbnicima i obiteljima te na taj način utječu na promjenu njihovih postupaka i stavova. Značajna skupina koju sestre educiraju jesu mlađi kolege i kolegice – studenti sestrinstva.

5. RAD U TIMU

Etički kodeks medicinskih sestara propisuje da su medicinske sestre dužne čuvati profesionalnu tajnu, surađivati s ostalim članovima tima, održavati svoje stručno znanje i sposobnosti, biti osoba od povjerenja, djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenata i svede ga na najnižu moguću razinu. Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad. To znači da odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka. Medicinska sestra mora se držati zakona. Ona mora prepoznati i poštovati ulogu pacijenata kao partnera u

zdravstvenoj njezi te njegov doprinos toj njezi. Rad u timu je posebno apostrofirao u Etičkom kodeksu medicinskih sestara. Medicinska sestra mora surađivati sa svim članovima tima te cijeniti vještine i doprinose kolegica. Prema njima se mora ponašati pravedno i bez diskriminacija. Medicinska sestra mora ostvariti djelotvornu komunikaciju i dijeliti svoje znanje i vještine s ostalim članovima tima, što je i potrebno za dobrobit pacijenata. Sestrinska dokumentacija je sredstvo komunikacije unutar tima. Medicinska sestra je odgovorna da sestrinska dokumentacija bude precizan prikaz liječenja, planiranja i provođenja zdravstvene njege. Svaki provedeni postupak i drugi podaci koji se upisuju u sestrinsku dokumentaciju moraju biti upisani u najkraćem mogućem vremenu nakon što je proveden postupak ili se dogodio određen slučaj. Sestrinska dokumentacija treba omogućiti jasan uvid u planiranu njegu, donesene odluke, ostvarenu njegu i omogućiti druge potrebne informacije.

5.1. Rad u timu i uzročnost

Uzročnost je pojam objektivne prirode i prethodi krivnji te ako nema uzročne veze neće se utvrđivati ni krivnja. Utvrđivanje uzročnosti je složeno pitanje dokaznog postupka. Dokazivanje uzročnosti se može pojaviti kao velika poteškoća i kod jednostavnih slučajeva na prvi pogled. Ako su medicinske radnje i poduzete *lege artis*, to ne znači da će ishod uvijek biti povoljan. Moguće je pronaći i nepremostive poteškoće kod odgovornosti tima i u na prvi pogled jednostavnim slučajevima. Slijedom navedenoga, postoje različiti standardi dokazivanja, od pretežne i visoke vjerojatnosti do vjerojatnosti na granici sigurnosti.¹¹ Ponašanje člana tima 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 člana tima djelovao i neki drugi uzrok, ako su naknadno djelovali neki drugi uzroci, ako je naknadno djelovala neka treća osoba. Jako je problematično 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 medicinskih sestara koje rade u timu. U sudskoj se praksi zbog toga često koristi vjerojatni ili hipotetički kauzalitet prema kojemu se dokazuje je li greška člana tima generalno podobna da prouzroči štetu zdravlju pacijenta.¹² Međutim, prije utvrđivanja uzročnosti, potrebno je vidjeti ovlaštenja koja zdravstveni radnik ima te na koje je poslove ovlašten ali i dužan obavljati u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Ako uzmemo u obzir presudu Općinskog suda u Našicama K-175/06-140 od 29.siječnja 2013. gdje je ustanovljeno, kako je

¹¹ Mišić Radanović, N., op. cit., str. 157.

¹² Ibid., str. 159.

nepisano pravilo da kirurg obavještava anesteziologa kada i koliko lijekova misli aplicirati i da je njihova suradnja tijekom operacije nužna i neophodna (operativni plan), slijedom navedenoga, za očekivati je da odnos medicinskih sestara u timu treba biti sukladan operativnom planu.¹³

Ne postoji kaznena odgovornost više zdravstvenih radnika te solidarna odštetna odgovornost ako je prekinuta uzročna veza, i to u slučajevima ako nakon pogreške jednog zdravstvenog radnika uslijedi greška drugog zdravstvenog radnika. Sud tada ima dužnost utvrditi je li uzročna veza prekinuta zbog nove pogreške, pa se prema njemačkoj i našoj sudskoj praksi, uzročna veza prekida zbog nove pogreške. Odnosno, 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.¹⁴

Ako se radi o subordinaciji među članovima tima, otvara se pitanje odgovornosti za provedbu pogrešne upute. Tu je potrebno analizirati odgovornost liječnika ali i drugih zdravstvenih radnika koji obavljaju poslove prema uputi i pod nadzorom pojedinca koji samostalno obavljaju poslove zdravstvene zaštite. Obzirom 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.

Potrebno je utvrditi djelokrug poslova sestara koje su zadužene za sve radnje te odgovoriti na pitanje kada započinje odgovornost pojedinog člana tima. U tom smjeru bi od pomoći bile tzv. *check* liste prema kojima svaka zdravstvena profesija postupa radi potvrde ili provjere da je doista obavljena svaka potrebna radnja.

Središnje pitanje odgovornosti liječnika u uvjetima timske 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 nemoguće dokaz apsolutne sigurnosti. Stoga bi u području medicine trebalo prihvatiti teoriju adekvatnosti. 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.¹⁵ Tipičan je samo onaj uzrok koji redovno dovodi do određene štetne posljedice i za koji životno iskustvo pokazuje da uzrokuje

¹³ Više o uzročnosti vidi: Martinović, I., Problem uzročnosti u kaznenom pravu, Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, 1/2012., str.75-104.

¹⁴ Mišić Radanović, N., *op. cit.*, str.160.

¹⁵ Kurtović Mišić, A. - Krstulović Dragičević, A., Kazneno pravo (Temeljni pojmovi i instituti), Split, 2014., str. 111 – 112.; Horvatić, Ž. – Derenčinović, D. – Cvitanović, L., Kazneno pravo – opći dio II, Zagreb, 2017., str. 22-23.

određene štetne posljedice. Uostalom to odgovara već ustanovljenim protokolima u medicini.¹⁶

6. TEMELJ KAZNE NE ODGOVORNOSTI

Zakon o zdravstvenoj zaštiti obvezao je svakog građanina na pružanje prve pomoći stradaloj ili bolesnoj osobi u skladu sa svojim znanjem te joj omogućiti pristup do hitne medicinske pomoći. Ta se obveza, ponajprije odnosi na zdravstvene djelatnike, jer koji više zna je dužan više i učiniti. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti svakome je zajamčena jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, zdravstvena usluga standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja, te prva pomoć i hitna medicinska pomoć kada joj je potrebna.

Sam pojam opasnost spada među najosporavanije i najmanje rasvijetljene pojmove općeg dijela kaznenog prava, a ovdje je teškoća još i veća jer obilježje djela nije bilo kakva, nego samo izravna opasnost.

Prema načelu supsidijarnosti, zakonodavac smije neko ponašanje predvidjeti kao kazneno djelo jedino ako se odgovarajuća zaštita tog pravnog dobra ne može ostvariti blažim sredstvom. Ako se zaštita može postići drugim sredstvima, tada je nužna dekriminacija.¹⁷ Postupci kod kojih se invazivno zadire u ljudsko zdravlje mogu imati najteže posljedice po ljudski život. Naime, napretkom medicine dolazi i do porasta liječničkih grešaka ponajprije u sofisticiranim zahvatima i dijagnostici. Odgovornost zdravstvenih radnika je osobna i subjektivna jer svatko odgovara za svoj čin i u granicama svoje krivnje. Stoga ne postoji odgovornost samo za prouzročenje jer bi se tada radilo o objektivnoj odgovornosti.¹⁸ Razmjerno djelokrugu dužnosti, važi pravilo, što veći djelokrug dužnosti, veća je i odgovornost. Justinijanovo pravilo, *ultra posse nemo obligatur* vrijedi i danas, jer se ne može odgovarati za nemoguće, neočekivano, odnosno ono što je izvan sposobnosti zdravstvenih radnika. Hitne intervencije povećavaju stupanj odgovornosti, pa odgovornost zdravstvenih radnika za postupanje u hitnim slučajevima se procjenjuje na poseban način.¹⁹ Da bi postojala odgovornost zdravstvenog radnika za kazneno djelo, potrebno je da postoji radnja kojom je ostvareno biće, koja je protupravna i skrivljena.

¹⁶ O građanskoj odgovornosti vidi više u: Mujović-Zorni, H., Solidarna odgovornost za štetu nastalu pogrešnim lečenjem, aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar, 2009., str. 330

¹⁷ Kurtović Mišić, A., Osnove kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika, Zbornik radova „Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti“, Plitvice, 2015., str.193.

¹⁸ Ibid., str.194.

¹⁹ Ibid., str.196.

7. NEPRUŽANJE MEDICINSKE POMOĆI

Zbog etičkih, vjerskih ili moralnih razloga zdravstveni radnik može odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta ako to nije protivno pravilima struke te ako se time ne uzrokuju trajne posljedice za zdravlje ili se ne ugrožava život pacijenta. O svojoj odluci zdravstveni radnik mora pravodobno izvijestiti pacijenta ali i odgovornu ili nadređenu osobu sukladno Zakonu o sestrinstvu čl. 3. st. 4. Prema brojnosti i strukturi, najzastupljenija kaznena djela u sudskoj praksi koja čine zdravstveni radnici su nesavjesno liječenje te nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima. Medicinska pogreška je situacija koju bi pravilnim postupkom bilo moguće spriječiti. Neželjeni ishod ili komplikacija je neizbježan ishod medicinskog postupka različit od pogreške odnosno negativna posljedica liječenja koju unatoč predvidivosti nije bilo moguće spriječiti.²⁰ Medicinska pogreška može nastati i kad se radnja ne izvrši. Medicinari pod tim podrazumijevaju pojam krive procjene, što bi s druge strane bilo odmah povezano s greškom u dijagnostici. Osim pogrešaka u dijagnozi, razlikuju se i pogreške u terapiji, pogreške kod invazivnih zahvata te pogreške kod neinvazivnih zahvata. Teret dokaza leži na optužbi koja mora dokazati uzročnu vezu između liječnikove radnje ili propusta i nastale štete odnosno optužba mora dokazati da pogoršano stanje oštećenikova zdravlja nije posljedica prirodnog, sudbinskog tijeka bolesti, nego liječničke pogreške. Teško je definirati i komplikaciju, pa prema tome i jasnu granicu između pogreške i komplikacije.

Važnost razlikovanja komplikacije i pogreške leži u činjenici da svaku štetnu posljedicu kod bolesnika nastalu djelovanjem (nedjelovanjem) liječnika valja podvesti pod zakonsku odredbu, kako obzirom na Kazneni zakon²¹ (dalje u tekstu: KZ) tako i obzirom na Zakonom o obveznim odnosima²² (dalje u tekstu: ZOO). Pogreška predstavlja osnovni čimbenik za utvrđivanje liječničke odgovornosti, ali niti KZ niti ZOO ne koriste termin pogreška. Postojanje pogreške, bez sumnje, može se utvrditi uz pomoć liječnika-vještaka.

Za kvalitetno provođenje medicinskog vještačenje neophodno je da vještak poznaje osnove medicinskog prava, te da je svjestan postojanja dva temeljna problema. Prvi problem odnosi se na terminološke pojmove. Pravnoj struci su kao mjerilo potrebni pojmovi koji imaju svoje granice, dok je osobina medicinske struke da je bez oštrih granica, jer svuda postoje „tečni“ prijelazi. Ono što zbunjuje zdravstvene radnike kao pravne laike je činjenica da sadržajni pojmovi pravnih propisa često nisu identični onima kojima se služe osobe bez pravne

²⁰ Ibid., str.209.

²¹ NN br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18.

²² NN br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18.

edukacije. Drugi je problem pitanje sadržajnog pojma pogreške, odnosno kako pravna struka shvaća pogrešku. Pravna struka apsolutno prihvaća činjenicu da je pogreška neraskidivo povezana sa medicinskom strukom, pa zbog toga u nekim slučajevima i okolnostima za postojanje pogreške ne postoji pravna odgovornost. Upravo iz tog razloga pravna struka razlikuje pogrešku od krivnje i tretira ih i kao dva različita elementa. Naime, jedno je pitanje je li došlo do određenog odstupanja od medicinskog standarda (pogreška), a drugo je pitanje je li liječnik za to kriv pa onda i odgovoran.

Imajući u vidu da kazneno pravo pogrešku i krivnju tretiraju kao dva odvojena elementa, očito je da za učinjenu pogrešku automatski ne slijedi kaznena odgovornost počinitelja. Za utvrđivanje odgovornosti za pogrešku bitnu ulogu imaju "sve okolnosti konkretnog slučaja" jer krivnja tj. odgovornost ne proizlazi neminovno iz stručne pogreške. Utvrđivanje pogreške i okolnosti u kojima je došlo do pogreške tj. utvrđivanje postojanja odgovornosti obavlja se vještačenjem u tijeku sudskog postupka.

Uzročno posljedična veza odnosno kauzalni neksus dokazuje se u sudskom postupku uz pomoć stručnjaka – vještaka.

Kod kaznenog djela nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima (čl. 183. KZ-a), najznačajnije je pitanje: kada nastaje obveza zdravstvenih radnika da ukažu medicinsku pomoć? Treba napomenuti da ovo kazneno djelo u praktičnoj primjeni ne može zadavati takve teškoće pri utvrđivanju kao nesavjesno liječenje (čl. 181. KZ-a). Iz navedenog proizlazi da osobni komoditet zdravstvenih radnika predstavlja povredu liječničke etike i morala, a to jest upravo način na koji bismo mogli definirati, odnosno razjasniti obvezu zdravstvenih radnika pri pružanju pomoći. Umjesto pružanja neodgodive pomoći, novi KZ navodi da se radi o pružanju pomoći bez odgađanja što znači ovog časa, na ovom mjestu. Dakle, naglašena je urgentnost potrebe pružanja pomoći.²³ Radnja zdravstvenog radnika u danoj situaciji nameće se kao hitna, neizostavna, neizbježna, čije propuštanje može dovesti do ugrožavanja pacijentovog života. To znači obvezu zdravstvenih radnika da pruže medicinsku pomoć svakoj osobi, a ne samo onoj osobi koja je stjecajem okolnosti upućena određenom liječniku.

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 dat pristanak. U tom slučaju ne odgovara se za štetu zbog liječenja koje nije pokriveno odgovarajućim pristankom pacijenta, već jedino ako liječenje ne bi bilo izvedeno *lege artis*, odnosno ako bi bila učinjena greška zdravstvenog radnika.

²³ Malenica, I. - Barišić, F., *op. cit.*, str. 49-55.

Kazneno djelo gdje se kao počinitelji mogu pojaviti medicinske sestre je nesavjesno liječenje gdje se zbog postupanja ili nepostupanja prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe. Potrebno je imati na umu da se nesavjesno postupanje kakvo se traži za postojanje kaznenog djela iz čl. 181. st.1. KZ-a i njegove kvalificirane oblike ocjenjuje prema svakom konkretnom slučaju, konkretnim okolnostima, vodeći kod toga posebno računa o medicinskoj izobrazbi odgovorne osobe, iskustvu, psihofizičkom stanju – umor i sl., organizaciji rada, sredstvima i osposobljenostima.²⁴ Svaki zahvat kojeg naprave liječnici a koji podrazumijeva prodor u tijelo pacijenta, te naposljetku rezultira pogoršanjem stanja pacijenta, pa čak i ako je u pitanju obično cijepljenje, u njemačkom se pravu smatra kaznenim djelom.²⁵ Ali, ono ne podrazumijeva i automatsko zakonsko procesuiranje. Naime, prije početka liječenja, liječnik mora pacijenta informirati o terapiji i njenim posljedicama. Zato je nužna suglasnost između liječnika i pacijenta, što također mora biti dokumentirano. Osnovno je obilježje kaznenog djela nesavjesnog liječenja obavljanje zdravstvene djelatnosti protivno odredbama struke. Valja imati na umu, da iako je potrebno da dođe do povređivanja da bi ovo djelo nastalo, ono u svom biću sadrži i ugrožavanje. U posljedici se mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog povrede pravila struke što neće biti slučaj ako bi do iste posljedice za pacijenta došlo i da je liječnik postupao u skladu s pravilima struke. Bitno je u svakom slučaju u kojem se pojavi sumnja da bi do nepovoljnog ishoda došlo bez obzira na ponašanje okrivljene osobe (tzv. propisno alternativno ponašanje), pribaviti podatak kolika je mogućnost preživljavanja predviđena za tog pacijenta da je ponašanje medicinske sestre bilo *lege artis*. Nesavjesno liječenje je materijalno kazneno djelo – kazneno djelo povređivanja što znači da do odgovornosti zdravstvenih radnika dolazi samo ako je došlo do posljedice. Posljedica može biti pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, odnosno nastup smrti. Ovo kazneno djelo je moguće počiniti s namjerom ili iz nehaja. To je moguće ako se ne primjene mjere za zaštitu bolesnika ili ne postupa prema pravilima svoje struke ili obavlja zdravstvenu djelatnost u prostoru u kojem nema propisano odobrenje za rad ili uopće nesavjesno postupa.

Posljedica nesavjesnog liječenja je pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja pacijenta odnosno druge osobe. Pretpostavka pogoršanja bolesti je da je osoba već bolesna čija se bolest tijekom liječenja pogoršala u odnosu na početno bolesno stanje. Pogoršanje obuhvaća i produljenje vremena potrebnog za ozdravljenje kao

²⁴ Pavlović, Š., Kazneni zakon, Rijeka, 2012., str. 366.

²⁵ Božić, R., Liječničke pogreške – kako to rješavaju Nijemci?, preuzeto s <https://www.dw.com/hr/lije%C4%8Dni%C4%8Dke-pogre%C5%A1ke-kako-to-rje%C5%A1avaju-nijemci/a-5997516-2>, 19. siječnja 2019.

i slabi uspjeh liječenja. Narušenje zdravlja pretpostavlja zdravu osobu koja je podvrgnuta nekoj liječničkoj intervenciji (npr. cijepljenje, dobrovoljno davanje krvi ili organa za transplantaciju). Djelo je dovršeno nepoduzimanjem dužne radnje pružanja pomoći, s time da je pomoć potrebno pružiti odmah da bi ona bila učinkovita.²⁶ Neprimjenjivanje mjera za zaštitu bolesnika prema pravilima struke se odnosi na situaciju kada se izravno ne poduzimaju određene stručne djelatnosti u svim fazama liječenja. Obavljanje medicinske djelatnosti podrazumijeva ne samo liječenje u užem smislu nego poduzimanje i drugih zdravstvenih mjera. Tu spadaju i mjere preventivne prirode kao što je zanemarivanje sterilizacije medicinskih instrumenata. Naravno da treba uzeti u obzir lokalne prilike, uvjete u bolnici, opremu, konkretan slučaj (specifične zdravstvene probleme pacijenta, postupanje u hitnji i sl.). Američka sudska praksa je kod određivanja standarda dužne pažnje napustila tzv. locality rule prema kojemu je standard ovisio o geografskom području na kojemu je liječnik djelovao (država, grad).²⁷ Pravilo je napušteno budući se smatra da u globalnom i informatiziranom društvu svi liječnici bez obzira gdje rade trebaju imati isti stupanj znanja i sposobnosti. Ovakvo ponašanje predstavlja izraz nemara, površnosti, brzopletosti i sl. Liječnik mora imati i upotrijebiti znanja i sposobnosti koja imaju liječnici njegova profila u sličnim okolnostima. Poseban problem su nedostatak znanja ili sposobnosti. Nemarnost je određena kriterijem standarda pažnje običnog čovjeka, ali kada osoba poduzima radnju koja zahtjeva posebno znanje ili sposobnosti, odgovara za nemarnost ako je, zato što nema znanja ili sposobnosti, pogriješila, premda je učinila najbolje što je mogla i znala.²⁸ Ovim djelom obuhvaćen je svaki nesavjesni postupak, činjenjem ili nečinjenjem, kojim se ne poštuju općeusvojena pravila medicinske prakse. Radi se o postupcima koji očito odstupaju od prihvaćenih i prokušanih standarda profesije²⁹ (uključujući i alternativno priznate postupke). Počinitelj svjesno ne poštuje ili zanemaruje te standarde ili se upušta u poduzimanje određenih radnji, iako zna da njihovo provođenje nije dovoljno stručno. Djelo postoji ako je postojao značajan i neopravdan rizik da će po pacijenta uslijed liječničkog zahvata ili propusta nastupiti štetna posljedica te ako je liječnik trebao predvidjeti takav rizik, a to što ga nije predvidio predstavljalo značajno odstupanje od standarda dužne pažnje.³⁰

²⁶ Kurtović Mišić, A., op. cit., 2015., str.208.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Kurtović Mišić, A., Kaznena djela protiv zdravlja ljudi, Zbornik radova: Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja, 2009., str. 128.

²⁹ Vidi više u: Roksandić Vidlička, S., Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrtu izmjena hrvatskog Kaznenog zakona, Godišnjak Akademije pravnih znanosti, 1/2010., str. 93-146.

³⁰ Kurtović Mišić, A., op. cit., 2009., str. 128.

Pri utvrđivanju krivnje potrebno je uzeti u obzir činjenicu da su predviđanja mjera uspjeha liječenja i štetne posljedice ograničena, posebice kod netipičnih slučajeva, nemogućnosti sagledavanja reakcija organizma, čak i za najbolje stručnjake (npr. alergijska reakcija na određeni lijek). Svakako se medicinska sestra ne može osloboditi odgovornosti činjenicom da su loše obrazovane, da nemaju dovoljno iskustva ili da nisu mogle pratiti napredak u svojoj struci.

Poseban problem je utvrđivanje krivnje kod čestih slučajeva timskog liječenja pri čemu treba primijeniti načelo krivnje u granicama djelokruga uloge pojedinca u timu. Kako se u tom slučaju radi o više medicinskih sestara koje su nesavjesno postupale, odgovarale bi kao tzv. paralelni počinitelji jer se u tom slučaju radi o samostalnoj odgovornosti.

Narušenje zdravlja pretpostavlja zdravu osobu koja je podvrgnuta nekoj liječničkoj intervenciji. Pretpostavka za pogoršanje bolesti je već bolesna osoba čija se bolest tijekom liječenja pogoršala u odnosu na početno bolesno stanje. Za postojanje kaznenog djela nesavjesnog liječenja uvijek se mora utvrditi uzročna veza između radnje počinjenja i navedenih posljedica što je vrlo složeno pitanje u dokaznom postupku, jer intervencija lege artis ne jamči uvijek povoljan ishod pa nastupanje posljedica ne predstavlja samo po sebi kazneno djelo nesavjesnog liječenja.³¹ Zakonodavac nije išao za pojednostavljenjem izričaja budući da ovakav prošireni izričaj olakšava vještačenje i služi preciziranju „nepostupanja po pravilima struke“. Posljedice navedene u stavku 1. kaznenog djela nesavjesnog liječenja moraju se prouzročiti iz nehaja i to drugoj osobi. I do sada je pogoršanje bolesti i narušavanje zdravlja predstavljalo težu posljedicu pa je valjalo tumačiti da su ove posljedice, da bi se za njih odgovaralo, morale biti obuhvaćene nehajem počinitelja. Nesavjesno liječenje pokriva i slučajeve samovoljnog liječenja, budući da je postupanje bez pristanka pacijenta u suprotnosti s pravilima struke. Stoga je zakonodavac odlučio da više nije potrebno inkriminirati samovoljno liječenje kao posebno kazneno djelo.³² Za temeljni oblik kaznenog djela nesavjesnog liječenja je propisano da se može izreći kazna zatvora do jedne godine. To znači da je, sukladno važećim odredbama, može izreći i rad za opće dobro kao i uvjetna osuda kao supstituti kazni.

Drugo kazneno djelo gdje se kao počinitelji mogu javiti medicinske sestre je nepružanje pomoći kao pravo kazneno djelo nečinjenjem pa posljedica nije njegovo obilježje. Razlikuje se opasnost koju je počinitelj zatekao od one koju je sam prouzročio pa je u drugom slučaju propisana stroža kazna. Slično je i u austrijskom KZ-u par 94 i 95, dok švicarski KZ za oba oblika nepružanja pomoći

³¹ *Ibid.*, str. 129.

³² Turković, K. (ur.) i dr., Komentari Kaznenog zakona, Zagreb, 2013., str. 240.

propisuje istu kaznu zatvora do tri godine. Dok je u prvom stavku opravdano dužnost pružanja pomoći vezati uz životnu opasnost, u slučaju kad je počinitelj sam prouzročio opasnost, važno ga je obvezati da ukloni takvu opasnost bez obzira kakva ona bila.³³

Kazneno djelo nepružanja pomoći u hitnim stanjima čl. 183. KZ-a je pak kazneno djelo zakonski regulirano garantno djelo nečinjenja.³⁴ Djelo je *delictum proprium*. Inkriminira se nepružanje medicinske pomoći samo u hitnim stanjima. Hitnim se stanjima sukladno čl. 18. Zakona o liječništvu³⁵ i čl. 22. Zakona o dentalnoj medicini³⁶, smatraju ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja zdravstvene pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje ili po život bolesnika. U hitnim stanjima zdravstveni radnik nije dužan pružiti pomoć osobi koja mu prijeti ili je prema njemu, odnosno drugim zdravstvenim radnicima fizički agresivna, osim ako mu je osigurana zaštita policije ili neki drugi oblik zaštite.

8. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST

Disciplinska djela su povrede pravila ponašanja u svezi određenog odnosa u kojem se građani nalaze. Prema tome, počinitelji ove vrste kažnjive radnje su fizičke osobe koje i pristupaju takvim odnosima. Stegovna djela mogu biti predviđena svim pravnim aktima, zakonom, te pravilnicima, odlukama ili statutima. Postojanje povrede discipline utvrđuju posebna tijela – stegovni sud ili komisije, a posebne kazne mogu se ticati samo onog posebnog odnosa iz kojega proizlazi stegovna odgovornost. Moguće je da ista radnja bude stegovno i kazneno djelo. Kaznena i stegovna odgovornost ne isključuju se već postoje paralelno. Tu postoji tzv. usporedna ili višestruka odgovornost za isto protupravno ponašanje. Znači, netko tko je kažnjen za kazneno djelo može i prije i poslije toga biti kažnjen i stegovno za isto ponašanje. Prethodno utvrđena odgovornost za kazneno djelo ne isključuje kažnjivost za stegovno djelo kao lakšu vrstu kažnjive radnje. Disciplinsko zakonodavstvo počiva na načelu subjektivne odgovornosti ili načelu isključive odgovornosti na osnovi krivnje. Pri tom krivnju treba utvrditi u svakom postupku za pojedino djelo.³⁷ Protupravnost kao element disciplinske povrede, obuhvaća zahtjev da je za njezino postojanje uvjet da se radi o radnji koja je u

³³ *Ibid.*, str.177.

³⁴ https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/6._Izv.st._Elementi_pojma_kd%3B_radnja_%28nečinjenje%29%3B_bice_%28uzrocnost%29.ppt, preuzeto 19. siječnja 2019.

³⁵ NN br. 121/03; 117/08.

³⁶ NN br. 121/03, 117/08, 120/09.

³⁷ Juras, D., Disciplinska odgovornost liječnika, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 3/2014., str. 628.

protivnosti s pozitivnim propisima kojima je određen način izvršenja liječničke djelatnosti. Ako u radnji medicinske sestre nema elemenata protupravnosti, onda ne postoji niti njena disciplinska odgovornost.³⁸ Djelo može biti počinjeno činjenjem, npr. primjenom pogrešnog antibiotika kao posljedicom pogrešne dijagnoze ali i nečinjenjem npr. nesterilizacijom kirurških instrumenata. Radnja se sastoji u primjeni nepodobnog sredstva ili načina liječenja. Nepodobno je ono sredstvo čija primjena nije u skladu s osnovnom zadaćom zdravstvenih radnika, a to je poštivanje ljudskog života.³⁹ Disciplinske kazne se izvršavaju kad odluka postane konačna odnosno kad protiv odluke nadležnog tijela u disciplinskom postupku više nije moguće izjaviti žalbu kao redovni pravni lijek. Disciplinska odgovornost je šira od kaznene ili prekršajne odgovornosti, a odluka u disciplinskom postupku ne ovisi o odluci u kaznenom ili prekršajnom predmetu povodom istog životnog događaja.

Disciplinska odgovornost medicinskih sestara propisana je odredbama Zakona o sestrinstvu. Medicinska sestra čini težu povredu radne dužnosti ako zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika, promijeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije, namjerno prouzroči materijalnu štetu. Kao i u slučajevima odgovornosti ostalih zdravstvenih radnika, i medicinske sestre mogu odgovarati za lakše i teže povrede radnih dužnosti koje su određene Zakonom o sestrinstvu. Međutim, tu je zakonodavac propisao i jednu specifičnost, odnosno tzv. ekskulpaciju od⁴⁰ odgovornosti prema kojoj medicinska sestra neće biti odgovorna za neprovođenje postupaka zdravstvene njege u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potreban pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne sestrinske njege.⁴¹ Ovakvi izuzeci od odgovornosti propisani su još Zakonom o primaljstvu⁴², Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti⁴³ te Zakonom o djelatnostima u zdravstvu⁴⁴ dok ostali stukovni zakoni ovakve iznimke ne poznaju.

Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara su propisane kazne i mjere u čl. 56. Disciplinske mjere koje je moguće izreći medicinskoj

³⁸ *Ibid.*, str. 629.

³⁹ *Ibid.*, str. 635.

⁴⁰ Babić, T., Osnove disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika, Zbornik radova "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, Plitvice, 2015., str. 226.

⁴¹ Čl. 21. st.1. Zakona o sestrinstvu, NN br. 121/03, 117/08, 57/11.

⁴² NN br. 120/08, 145/10.

⁴³ NN br. 120/08.

⁴⁴ NN br. 87/09.

sestri koja je proglašena odgovornom, ovisi o tome radi li se o teškoj disciplinskoj povredi ili o lakšoj.

Teže povrede su one povrede koje imaju teže značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena ili propuštena. Lakše povrede su one povrede koje imaju lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena. Disciplinske povrede za koje medicinska sestra može disciplinski odgovarati pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara propisane su Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara i obuhvaćaju slijedeća ponašanja: povredu odredbi o sestrinstvu, povredu odredbi Etičkog kodeksa medicinskih sestara, nestručno obavljanje sestrinske djelatnosti, ponašanje prema pacijentu, drugoj medicinskoj sestri ili trećoj osobi koje ima za posljedicu narušavanje ugleda sestrinskog zvanja, neispunjavanje Statutom ili drugim općim aktom članskih obveza prema Komori, počinjenje kaznenog djela koje je čini nedostojnom za obavljanje sestrinske djelatnosti.

Za teže povrede medicinskoj sestri se mogu izreći slijedeće mjere i kazne:

1. ukor,
2. javni ukor,
3. novčana kazna,
4. privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godine dana,
5. trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad.

Sukladno točki 4. i 5., odobrenje za samostalni rad može se privremeno ili trajno ograničiti i s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se medicinska sestra smije baviti. Protiv medicinske sestre koja je pravomoćnom sudskom odlukom proglašena krivom za počinjenje kaznenog djela koje je u svezi obavljanja sestrinske djelatnosti, može se, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, donijeti odluka kojom se ista proglašava nedostojnom za obavljanje sestrinske djelatnosti.

Za lakše disciplinske povrede, medicinskoj sestri se mogu izreći slijedeće mjere i kazne:

1. opomena,
2. novčana kazna.

Uz svaku disciplinsku mjeru, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), medicinskoj sestri moguće je izreći i mjeru dodatne izobrazbe.⁴⁵ Također, mjeru privremenog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), moguće je izreći i s rokom kušnje u trajanju od najmanje šest mjeseci do najviše dvije godine. Iako iznos novčane kazne nije određen Zakonom o sestrinstvu, Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara propisano je da taj iznos ne može biti niži od 1.000,00 kn niti viši od 5.000,00 kn. Sud Komore prvog i drugog stupnja ovlašten je provoditi disciplinski postupak protiv medicinskih sestara. Sudovi sude u vijećima sastavljenima od predsjednika i dva člana no kao član vijeća ne sudjeluje pravnik već su svi članovi vijeća predstavnici struke.

Disciplinskim mjerama i novčanom kaznom zdravstvenim se radnicima izriče stručni prijekor zbog neodgovarajućeg postupanja učinjenog za vrijeme obavljanja zdravstvene djelatnosti. Dakle, kao profesionalcima im se prigovara što svoj posao nisu obavili stručno niti etički besprijeorno. Za razliku od redovnih sudova gdje suci sude i provode postupak na temelju općih propisa koji jednako vrijede za sve građane, disciplinski postupci kojom se utvrđuje disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika, posebna su vrsta postupaka čiji je rezultat, slijedom toga, i posebna vrsta odgovornosti. Takva posebna vrsta odgovornosti pretpostavlja, odnosno trebala bi pretpostavljati s jedne strane, pažnju struke koja je pripremna reagirati svaki put kad je u pitanju neprofesionalno postupanje, a s druge strane, preventivno jamstvo svim osobama kojima se pruža zdravstvena zaštita da će zdravstveni radnici postupati prema svojem najboljem znanju i u skladu s pravilima i etikom vlastite profesije.⁴⁶

9. PREKRŠAJNA ODGOVORNOST

Prekršaji su lakši oblik odgovornosti u odnosu na kaznena djela, ali u pravilu teži oblik od disciplinskih djela. Oni se mogu propisivati u pravnim propisima nižeg pravnog ranga od zakona. Obzirom da medicinske sestre mogu počiniti i prekršaje kao lakše oblike kažnjivih radnji ovdje treba istaknuti Zakon o sestrinstvu. Zakon o sestrinstvu propisuje da se novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna će se kazniti za prekršaj medicinska sestra ako:

⁴⁵ Babić, T., *op. cit.*, str. 227.

⁴⁶ *Ibid.*, str. 235.

1. ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne (članak 3. stavak 3.),
2. provodi zdravstvenu njegu kao voditelj ili član tima, a nije upisana u registar (članak 14. stavak 1. i 2.),
3. obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad (članak 15. stavak 1.),
4. u slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka odmah pisano ne izvijesti nadređenu osobu (članak 21. stavak 2.),
5. onemogući ili ometa provođenje stručnog nadzora (članak 26. stavak 2.),
6. ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.

Bliskost kaznenog djela i prekršajnog prava očituje se u tome što se istom radnjom mogu ostvariti obilježja kaznenog djela i prekršaja. Obzirom da se prekršajima na lakši način povređuju ista pravna dobra koja su zaštićena i kaznenim pravom, počinitelj može istom radnjom ostvariti obilježja kaznenog djela i prekršaja. U ovom slučaju se postavilo pitanje može li istodobno postojati višestruka odgovornost počinitelja za više vrsta kažnjivih radnji, odnosno hoće li počinitelj biti kažnjen i za kazneno djelo i za prekršaj.⁴⁷ Prema ranijem zakonodavstvu, počinitelj osuđen za kazneno djelo, nije se mogao osuditi i za prekršaj, ali nije bila isključena mogućnost da bude najprije kažnjen za prekršaj a onda i za kazneno djelo.⁴⁸ Kazneni zakon⁴⁹ iz 1997. je takvu mogućnost odobrio jer je u čl. 63. st. 2 propisao da se kazna zatvora i novčana kazna uračunavaju u kaznu za kazneno djelo ako opis tog djela odgovara prekršaju zbog kojeg je izrečena kazna. To je vrijedilo i za zaštitne mjere izrečene za prekršaj koje su se uračunavale u sigurnosne mjere izrečene za kazneno djelo. U presudama se takva mogućnost koristila sve dok Europski sud za ljudska prava nije donio presudu br. 55759/07 od 23. srpnja 2009. u predmetu Maresti protiv Hrvatske.⁵⁰ Stajalište Europskog suda za ljudska prava dovelo je do korekcije dotadašnje prakse. Sudovi su u nekim slučajevima donosili odbijajuće presude za kaznena djela obrazlažući to već postojećom presudom za prekršaj s istim činjeničnim stanjem. U Kaznenom zakonu iz 2011. ispuštena je odredba čl. 63. st.2. KZ/97 a odustalo se i od nekih kaznenih djela koja su se najčešće isprepletala s prekršajima. Da bi se onemogućilo vođenje kaznenog i prekršajnog postupka zbog istog djela, novelom iz 22. ožujka 2013. izmjenjen je čl. 10. Prekršajnog zakona⁵¹ tako da započeti

⁴⁷ Kurtović Mišić, A - Krstulović Dragičević, A, Kazneno pravo (Temeljni pojmovi i instituti), Split, 2014., str. 33-34.

⁴⁸ Novoselec, P., Opći dio kaznenog prava, Osijek, 2016., str. 41-42.

⁴⁹ NN br. 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11, 143/12.

⁵⁰ Novoselec, P., op. cit., str. 41-42.

⁵¹ NN br. 107/07, 39/13, 157/13, 110/15, 70/17, 118/18.

kazneni postupak isključuje prekršajni. Izmjenama Prekršajnog zakona iz 2013. izbjegnuto je istodobno uzastopno vođenje prekršajnog i kaznenog postupka, jer ako je protiv počinitelja započeo kazneni postupak zbog kaznenog djela kojim je obuhvaćen i prekršaj, ne može se za taj prekršaj pokrenuti prekršajni postupak, a ako je postupak pokrenut, ne može se dalje voditi.⁵² Dakle, provođenje prekršajnog postupka je supsidijarno u odnosu na kazneni postupak, jer će se prekršajni postupak voditi samo ako se neće voditi kazneni postupak. Time se nastojalo izbjeći dvostruko kažnjavanje za jedno ponašanje te ostvariti načelo ne bis in idem. U nekim su slučajevima sudovi opravdali dvostruku osudu s obrazloženjem da iako se radi o istom događaju ne postoji identitet kaznenog djela i prekršaja jer se ta kažnjiva djela temelje na različitim obilježjima. Ideja presude Maresti je da državi sa svojim sredstvima i ovlastima ne bi trebalo biti dopušteno da opetovano pokušava osuditi pojedinca zbog navodnog djela, izlažući ga time neugodnosti, trošku i patnji i prisiljavajući ga da osjeća stalnu tjeskobu i nesigurnost, kao ni da se povećava mogućnost da, iako je osoba nevina, ipak bude osuđena. Drugi interes od ključnog značaja bio je očuvati pravomoćnost presuda.

U predmetu A. i B. protiv Norveške (zahtjev br. 24130/11 i 29758/11), počiniteljima je izrečena porezna kazna koja je po svim aspektima bila kaznenopravne naravi u smislu čl. 4. Protokola br. 7. to koje stajalište je usvojeno bez daljne rasprave. Načelo *ne bis in idem* nije bilo izričit dio ESLJP-a na samom početku. Poznato je da je to načelo ugrađeno u EKLJP putem Protokola br.7., koji je bio otvoren za potpisivanje 22.studenoga 1984. godine, a stupio je na snagu 1. studenoga 1988. godine. Među ostalim pravima, čl. 4. sadrži jamstvo načela *ne bis in idem*, s ciljem, prema objašnjenjima protokola koje je sastavilo Vijeće Europe, izražavanje načela prema kojemu se nikome ne može suditi u kaznenom postupku za djelo za koje je već pravomoćno oslobođen ili osuđen. Što se tiče uvjeta koje je potrebno ispuniti kako bi se dvostruki kazneni i upravni postupci smatrali dovoljno povezani u naravi i vremenu i time sukladni kriteriju *bis* iz čl. 4. Protokola br.7. materijalni čimbenici za određivanje postoji li dovoljno bliska veza u naravi uključuju:

-jesu li se različitim postupcima nastojale ostvariti komplementarne svrhe te time obuhvatiti, ne samo in abstracto, već i in concreto, različiti aspekti spornog društveno nedozvoljenog ponašanja;

-je li dualitet dotičnih postupaka predvidljiva posljedica kako u pravu tako i u praksi, istog osporavanog ponašanja (*idem*);

-jesu li mjerodavni postupci vođeni na način kako bi se što više izbjeglo dupliciranje u prikupljanju i ocjeni dokaza, ponajprije primjerenom suradnjom

⁵² Kurtović Mišić, A. - Krstulović Dragičević, A., *op. cit.*, str. 33-34.

između različitih nadležnih tijela kako bi se činjenice utvrđene u jednom postupku koristile i u drugom postupku;

-i, iznad svega, je li kazna izrečena u postupku koji je prvi postao pravomoćno okončan uzeta u obzir u postupku koji je kasnije pravomoćno okončan, čime se spriječava da dotični pojedinac ne bi u konačnici snosio prekomjeran teret, s tim da će potonji rizik postojati u najmanjoj mjeri ukoliko postoji mehanizam kojim se osigurava da ukupan iznos svih sankcija bude razmjeran.

Daljnji kriterij, a da bi paralelno kažnjavanje u upravnom i kaznenom postupku prema praksi ESLJP bilo dopušteno, je ako nacionalni zakonodavac odluči regulirati društveno nepoželjno ponašanje u integriranom dvojnog postupku. Drugo, vođenje dvostrukog postupka, uz mogućnost različitih kumuliranih kazni, treba biti predvidljivo za podnositelja zahtjeva koji je morao znati od samog početka da je kazneno gonjenje kao i određivanje porezne kazne bilo moguće ili čak vjerojatno, prema činjeničnom stanju predmeta. I kao treće, potrebno je da kazna izrečena u kaznenom postupku bude uzeta u obzir upravnu kaznu. Analizirajući ove daljne kriterije, postavlja se pitanje je li ova presuda suprotna presudi Maresti te je li ESLJP postao nedosljedan. Ovo je važno i aktualno pitanje jer je moguće da jedna te ista radnja koju je poduzela medicinska sestra se može supsumirati pod zakonski opis i kaznenog djela i prekršaja, a što je vidljivo iz zakonskih odredbi koje reguliraju kaznena djela i prekršaje.

10. ZAKLJUČAK

Iz izloženog teksta proizlazi da je jako teško utvrditi uzročnost u slučaju djelovanja zdravstvenih radnika. Kao prvo, potrebno je vidjeti tko se sve ubraja u pojam medicinskih sestara koji je određen Zakonom o sestrinstvu. Da bi medicinske sestre mogle uredno ispunjavati svoje zadaće, potrebno je regulirati njihova prava i obveze različitim dokumentima. Uz nadu da se navedena prava uistinu i provode u praksu, u radu su navedena različita prava koja medicinske sestre imaju. Naravno da ova prava od strane poslodavca moraju biti adekvatno ispunjena da bi se kao ekvivalent medicinskim sestrama mogle nametnuti obveze, jer u pravu vrijedi načelo *ultra posse nemo tenetur*. Ako su svi uvjeti za odgovornost ispunjeni, tada je potrebno analizirati i uzročnost, a najprihvatljiviji način u medicinskom pravu je upravo kroz teoriju adekvatnosti, odnosno, pravno relevantan bi bio samo onaj uzrok koji je adekvatan i tipičan. Tipičan je samo onaj uzrok koji redovno dovodi do određene štetne posljedice i za kojeg životno iskustvo pokazuje da uzrokuje određene štetne posljedice. Postoji niz kaznenih djela, prekršaja i stegovnih djela koje medicinske sestre u timu mogu počinuti, međutim, tu je potrebno uzeti u obzir

činjenicu kako se kaznena i prekršajna odgovornost isključuju sukladno važećim zakonima u RH, dok kaznena i disciplinska odgovornost mogu kumulativno postojati. To bi značilo da će u pravilu prednost imati kaznena odgovornost za kazneno djelo nesavjesnog liječenja te za nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima. Uzimajući u obzir presudu Maresti protiv Hrvatske i utjecaj koji je ona imala na zakonodavstvo RH te presudu A. i B. protiv Norveške, jasno je da ESLJP proturječi sam sebi, ali do promjene zakonodavstva u RH, potrebno je postupati sukladno presudi Maresti jer iz presude A. i B. protiv Norveške proizlazi da ESLJP prepušta nadležnost nacionalnim državama da pravično reguliraju pitanje podudaranja kaznenih djela i prekršaja.

CRIMINAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL NURSES

The paper analyzes a number of doctrinal issues related to the status of nurses in terms of professional law and criminal liability. Especially apostolic collaboration of medical nurses in the team and criminal law elements that have a causal effect since the determination of causality in these cases can create major problems. Given that there are three types of punishable acts, the paper analyzes the criminal, misdemeanor and disciplinary responsibility and their mutual relationship. The above mentioned issues are also considered from the aspect of the practice of the European Court of Human Rights.

Key words: *health workers, team, criminal responsibility, European Court of Human Rights*

Izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

KOMORE U ZDRAVSTVU S POSEBNIM OSVRATOM NA (JAVNE) OVLASTI U ZDRAVSTVU

UDK:61 : 061.23(4-191.2)
Primljeno: 22. veljače 2019.
Kategorizacija

Predmet ovog rada je analiza uloge koju imaju komore u zdravstvu na području srednje i jugoistočne Europe, s posebnom analizom uloge koje imaju u provođenje javnih ovlasti u zdravstvu, koje posredno utječu na javne zdravstvene politike. Polazeći od europskih iskustava, zdravstvene komore u Republici Hrvatskoj, ali i u drugim državama srednje i jugoistočne Europe, zahvaljujući političko-upravnoj tradiciji karakterističnoj za njihovu organizaciju i funkcioniranje, imaju poseban pravni položaj u okviru sustava javnog zdravstva. U ovom radu se želi analizirati uloga staleških strukovnih udruga u zdravstvu i njihove specifičnosti i javne ovlasti, zatim odnos između javnog i privatnog u zdravstvenom sustavu kroz analizu pravne uloge staleških strukovnih udruženja kao građanskih interesnih udruženja i njihovu zaštitu javnog interesa na području javnog zdravstva

Ključne riječi: *komore u zdravstvu, strukovna interesna udruženja, javne ovlasti, javni interes*

1. UVOD

Komore u zdravstvu predstavljaju poseban oblik staleških strukovnih udruženja koja su specifična posebno za srednju i jugoistočnu Europu. Ova posebnost za sve zemlje srednje Europe vjerojatno izvire iz specifičnosti društveno-povijesnih prilika navedenih zemalja, čiji se zdravstveni sustav razvijao pod utjecajem njemačkog političko-upravnog područja, pa te zemlje slijede tu svojevrstu pravnu i institucionalnu tradiciju.

Naravno, to ne znači da u drugim zemljama Europe staleške strukovne udruge ne postoje. Ali, nigdje značaj i uloga takvih strukovnih udruga nije toliko značajna kao u zemljama koje su bile pod utjecajem njemačke upravne tradicije, bilo da se radi o pokrajinama koje su danas sastavni dio SR Njemačke, ili pak o državama srednje i jugoistočne Europe, koje su nekad bile dio Austro-ugarskog carstva, ili pod njegovim utjecajem.

Specifičnosti ovih staleških strukovnih udruženja očituju se u tome što ove komore imaju dvije specifične komponente.

Prva komponenta je klasično strukovno udruživanje, slično sindikalnom, kojem je cilj zaštita i promicanje prava zdravstvenih djelatnika koje okupljaju.

Druga komponenta su javne ovlasti kojima ova staleško-strukovna udruženja raspolažu, a koja su podijeljena od strane tijela javne vlasti, koja uređuju ustrojstvo i funkcioniranje javnog zdravstvenog sustava.¹ Ove javne ovlasti odnose se izravno na licenciranje zdravstvenih radnika, koji pružaju javnu zdravstvenu uslugu, bilo da se radi o izvornom generiranju ovlasti za pružanje javnih zdravstvenih usluga, bilo o obnavljanju i produžavanju ove licence. Njihova uloga postaje još važnija, ukoliko se u obzir uzme regulativa Europske unije koja uređuje pitanje tzv. reguliranih profesija. Upravo ova nova regulativa o uređenim profesijama, koja pojedinim strukama osigurava bolju vidljivost na jedinstvenom Europskom tržištu, baca novo svjetlo na ulogu koju imaju tzv. regulirane zdravstvene profesije, jer je za njihovo obavljanje potrebno, sukladno propisima, licencirati obavljanje pojedinih zdravstvenih zanimanja, što se na području srednje i jugoistočne europa prepušta komorama u zdravstvu, kao staleškim strukovnim udruženjima, koja bi trebala autonomno urediti funkcioniranje svake zdravstvene profesije.²

Drugi element koji je zanimljiv za analizu je nastanak i razvoj komora u zdravstvu, kao staleških strukovnih udruženja. Naime, komore u zdravstvu, koje danas doživljavaju intenzivan razvoj i društvenu afirmaciju, izvorno započinju kao udruženja liječnika, kojima je cilj i svrha zaštita njihova statusnog i materijalnog položaja.³

U tom smislu, komore u zdravstvu su dugo vremena u prvom redu podrazumijevale staleška strukovna udruženja liječnika. S vremenom, kako zdravstvo kao društvena djelatnost postaje sve kompleksnije i zahtijeva multidisciplinarni pristup, koji uključuje razvoj i angažman različitih zdravstvenih profesija, koje doprinose procesu dijagnostike, liječenja i cjelovite potpore

¹ Postoje različita shvaćanja 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. U tom smislu država koristi različite modele kojima uređuje pružanje određenih usluga za čiju regulaciju postoji javni interes. Usp. Ložina, D.: *Pravna država kao uvijek 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.

² Socijalna država kakva je u Europi kroz najveći dio 20.-og stoljeća razvijana danas je u krizi, te se preispituje njezin položaj i uloga u društvu. Najskuplji dio te socijalne države je sustav javnog zdravstva, pa se, kao takav, i on nalazi na svojevrsnoj prekretnici, koja bi trebala redefinirati položaj i ulogu različitih djelatnika u pružanju zdravstvene zaštite, uključujući i liječničke komore. O krizi socijalne države i mjerama za njezino rješavanje 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.

³ O položaju i ulozi različitih medicinskih profesija, koje odražavaju razvoj njihova položaja i uloge u Europi kroz 19. i 20. stoljeće najbolje se može pratiti kroz pravnu regulativu koja ih je uređivala u Hrvatskoj do prve polovice 20.-og stoljeća. Više u Sremac, Đ –Žuža, B.: *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941.*, Školska knjiga, Zagreb 2002.

pacijentima u procesu liječenja, javlja se svijest o potrebi da se i druge specifične profesije, u okviru javnog zdravstvenog sustava, promoviraju kroz model staleškog strukovnog udruživanja. Upravo zbog današnje složenosti organizacije sustava javnog zdravstva, uloga različitih komora u zdravstvu postaje sve značajnija.⁴ Iako im je početni uzor za organizaciju bila organizacije liječničkih komora, danas se slobodno može reći kako po svojoj brojnosti i raznolikosti organizacijskih oblika predstavljaju svojevrstan izazov u analizi njihove uloge na funkcioniranje sustava javnog zdravstva.

Predmet ovog rada biti će analiza uloge zdravstvenih komora, kao strukovnih staleških udruga, u provođenju javnih ovlasti koje su im podijelila tijela javne vlasti u okviru organizacije i funkcioniranja sustava javnog zdravstva.

2. STALEŠKE STRUKOVNE UDRUGE U ZDRAVSTVU I NJIHOVE SPECIFIČNOSTI

Staleške strukovne udruge u zdravstvu predstavljaju specifičan oblik interesnog udruženja koje imaju u svojoj osnovi dvije dimenzije: prva je zaštita staleških i drugih strukovnih prava koja iz njih proizilaze, a drugo su javne ovlasti koje su od strane javno-pravnih tijela prenesene u njihovu stručnu nadležnost.⁵

Prva dimenzija je na određen način u svojevrstnom kolizijskom odnosu sa drugim interesnim udruženjima, ali samo u onom dijelu koji se odnosi na reguliranje radno-pravnog odnosa. U tom smislu, kolizija postoji samo naizgled. Naime, staleška strukovna udruženja u prvom redu uređuju i bave se pitanjima statusne prirode, dok su radno-pravna pitanja u prvom redu uređena s propisima koji imaju drugu pravnu osnovu, i o čijoj zaštiti brigu vode tijela kao što su sindikati, radnička vijeća i sl. Staleška strukovna udruženja u prvom redu promiču pitanja

⁴ Ovdje valja napomenuti kako suvremeni razvoj društva i javne uprave općenito, dovodi do snažnog razvoja javnih službi, od kojih je sustav javnog zdravstva jedan, po utjecaju na javnu potrošnju i udio u ukupnim javnim rashodima, vjerojatno i najznačajniji dio. Općenito se sustav javnog zdravstva kao javna služba svrstava u tzv. društvene službe, u koje se ubrajaju i obrazovanje, kultura, socijalna skrb i zaštita. Njihov rast i širenje obilježili su najveći dio 20-og stoljeća, a zamah im se izgubio početkom ekonomske krize sredinom 1970-tih. U okviru Ekonomske komisije dolazi do oblikovanja novog koncepta koji bi trebao zamijeniti tradicionalni koncept javnih službi: koncept službi od općeg interesa. U okviru ovog koncepta, oblikuju se neekonomske službe od općeg interesa: obrazovanje, kultura, socijalna zaštita i skrb, zdravstvo. Iako same države članice Europske Unije imaju širok prostor za donošenje autonomnih odluka u njihovu reguliranju, smatra se da predstavljaju temelj za stvaranje europskog socijalnog modela. Zbog toga se u novije vrijeme mogu uočiti trendovi u pogledu uspostave načela zajedničke europske politike socijalnih i zdravstvenih službi. Usp. Koprić, I. – Marčetić, G. – Musa, A. – Đulabić, V. – Lalić Novak, G.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 7. – 8.

⁵ Usp. Klarić, A. – Cvitković, M. – Matijašić Žugaj, P.: *Komore u zdravstvu*, Zbornik radova, „Aktualna problematika u zdravstvu, Varaždin, 2015., str. 162. – 182.

koja su vezana uz pravni položaj određene specifične profesije i njezinu ulogu u društvu. Upravo zbog toga, staleške udruge imaju svojevrstan ambivalentan odnos. Dok s jedne strane propisi radnog prava uređuju pravni položaj radnika i njegov odnos sa poslodavcem, s druge strane djelatnost i aktivnosti staleških strukovnih udruge uređuju specifičnost položaja pojedinih medicinskih profesija u okviru zdravstvenog sustava. Stoga staleške strukovne udruge su u pravilu osnovane kako bi promicale određenu profesionalnu djelatnost, te radile na njezinu poboljšanju.⁶

Druga dimenzija odnosi se na autonomiju u obnašanju i provođenju javnih ovlasti kojima raspolažu staleške strukovne udruge, a koje su im povjerene od strane tijela javne vlasti. Radi se u pravilu o udrugama koje predstavljaju autonomna udruženja zajednice profesionalaca, koja su uređena zakonom koji regulira neku profesiju, a kojima se želi promovirati njezina neovisnost. Ove regulirane profesije, kako po hrvatskim, tako i po europskim propisima, jačanjem javno-pravnog statusa komora kao neovisnih staleških strukovnih udruga kojima su povjerene javne ovlasti glede pristupa u određenu profesiju, kao i licenciranja i obnove dozvola za njezino obavljanje, s jedne strane ostvaruju neovisnost u odnosu na upravno-političke institucije nadležne za njihovo obavljanje, a s druge strane promicanjem svijesti o potrebi izgradnje standarda kvalitete u njihovu obavljanju, autonomno rade na stalnom dograđivanju minimalnih uvjeta koji trebaju pratiti određene međunarodne standarde.⁷ U tom smislu, one ostvaruju značajan utjecaj na ustrojstvo i funkcioniranje zdravstvenog sustava u cjelini.⁸

U zdravstvu, koje obiluje reguliranim profesijama, komore imaju važnu i nezaobilaznu ulogu. Važnost te uloge proizlazi iz činjenice kako je udruživanje pojedinih zdravstvenih profesija u strukovne komore dio tradicije na prostorima zemalja bivše Habsburške monarhije, kojoj je bio temeljni cilj da se kroz ekskluzivnost tog članstva osigura kvaliteta pružanja određene zdravstvene usluge.⁹ Na taj neizravan način, država je osigurala provođenje minimalnih

⁶ O načinu na koji se u konkretnim slučajevima ostvaruju prava u okviru reguliranih profesija više u Gjurašin, M. – Haller, H. – Rumeck Črne, R.: *Zaštita interesa liječnika i bolesnika u Hrvatskoj liječničkoj komori. O radu Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor*, Liječničke novine, godina IX., 2009., br. 77.

⁷ Ovdje dolazi do susreta i prožimanja etičke i pravne dimenzije u reguliranju medicinskih profesija. Pravo i bioetika pripadaju različitim znanstvenim disciplinama, ali bez njihovog susreta i nadopunjavanja nije moguće graditi odgovarajuća 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.

⁸ Valja napomenuti kako je ustrojavanje medicinskih komora u okviru reforme zdravstvenog sustava važan dio moderniziranja i reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. O navedenim reformama više u Mastilica, M.: *Health Reforms in Croatia from the User Perspective* Bartlett, W. – Božikov, J. – Rechell, B.: *Health Reforms in South East Europe*, Palgrave Macmillan, 2012., str 31. – 48.

⁹ Usp. *Hrvatska liječnička komora – Spomenica: 1903. – 1995. – 2005.*, Hrvatska liječnička komora, svibanj, 2005., str. 12.

standarda kvalitete određene zdravstvene usluge, te prebacila na članove udruženja obvezu da te standarde kvalitete postave i dalje primjenjuju. Tradicija staleškog strukovnog udruživanja dugo se protezala kroz organizaciju obavljanja zdravstvene djelatnosti, još iz vremena Austro-ugarske, da bi svoj nastavak imala i u odgovarajućoj strukovnoj organizaciji Kraljevine SHS, a zatim i Kraljevine Jugoslavije. U vrijeme socijalističke Jugoslavije dolazi do diskontinuiteta, koji je kasnije prekinut osnivanjem Hrvatske liječničke komore,¹⁰ Razvojem pojedinih zdravstvenih profesija, dolazi i do povećanja broja komora u zdravstvu, koje se time specijaliziraju svaka za svoju posebnu medicinsku profesiju. Ipak, i dalje zadržavaju dualitet komponenti u svojoj organizaciji: s jedne strane promicanje i značaj medicinske profesije koja je u žarištu njihova interesa i autonomno obnašanje javnih ovlasti povjerenih od strane tijela javne vlasti.¹¹

3. JAVNE OVLASTI STALEŠKIH STRUKOVNIH UDRUGA U ZDRAVSTVU

Javne ovlasti komora kao staleških strukovnih udruga po svojoj je pravnoj prirodi ne razlikuju od javnih ovlasti drugih tijela ili institucija. U tom smislu ona je odraz klasične političke vlasti kojom raspolažu tijela javne vlasti.¹² Za njih su, kao i za sve druge javne ovlasti, karakteristična slijedeća obilježja: autoritativnost, jednostranost, autonomija u obavljanju i samostalnost u provođenju.¹³ Autoritativnost je jedno od temeljnih obilježja javne službe, koje nam otkriva samu prirodu javnih ovlasti.¹⁴ Autoritativnost u postupanju znači da komora samostalno primjenjuje propise na svoje članove, neovisno o tome da li je sami član pokrenuo određeni postupak ili je postupak iniciran ne neki drugi način, samostalno ili

¹⁰ Godine 1923. Liječnička komora osniva za područje Hrvatske, Slavonije i Međimurja, sa sjedištem u Zagrebu, da bi od 1939. godine djelovala kao Liječnička komora Banovine Hrvatske. Hrvatska liječnička komora ima diskontinuitet u svom radu, jer 1941. godine djelovala kao Liječnička komora Nezavisne Države Hrvatske, da bi 1945. godine promijenila svoj naziv u Liječnička komora Federativne Države Hrvatske, ali je iste godine ukinuta. Obnovljena je tek 1995. godine. Usp. Čizmić, J.- Cvitković, M.- Klarić, A.: *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University of Maribor Press, Maribor, 2017., str. 334.

¹¹ Valja naglasiti kako se posebnost strukovnih komora u zdravstvu ogleda kroz ekskluzivnost u reguliranju pojedinih medicinskih profesija i mogućnosti njihova obavljanja, poseban pravni položaj različit od položaja nadležnog resornog tijela koje se bavi regulacijom sustava zdravstven zaštite, javne ovlasti kojima tijela komore raspolažu u odnosu na svoje članove, te obvezatnost članstva u komori koje ujedno jamči i ekskluzivnost u obavljanju pojedine profesije.

¹² O tome više u Weber, M.: *Vlast i politika*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2013., str. 64. – 69.

¹³ U tom smislu, komore predstavljaju sastavni dio državne vlasti, koja putem njih ostvaruje neke osnovne zadaće poput reguliranja osnovnih društvenih procesa te preuzimanja odgovornosti za minimum materijalne i socijalne sigurnosti svojih građana. Usp. Pusić, E.: *Nauka o upravi*, Školska knjiga, Zagreb, 2003., str. 108.

¹⁴ Usp. Krijan, P.: *Javne ovlasti kao poseban oblik javne vlasti*, Informator, 4613, Zagreb, 1998., str. 9. – 10.

od strane nekog drugog člana. Time komora snagom autoriteta podijeljenog od tijela javne vlasti, može nametnuti određena rješenja, ograničenja ili sankcije svojim članovima, neovisno o tome što oni na koje se te odluke odnose misle.¹⁵ Autoritativnost se ogleda i u tome što se time mogu ograničiti ili čak ukinuti prava na obavljanje pojedine medicinske profesije, a tu odluku samostalno donosi strukovna medicinska komora temeljem ovlasti kojima raspolaže. Jednostranost kao obilježje javne ovlasti očituje se u okolnosti da se odluka generira i kreira od strane samo jednog subjekta u odnosu, i da je taj odnos po svojoj prirodi jednosmjernan, a objekt tog odnosa su prava na obavljanje pojedine medicinske profesije i mogućnost ograničavanja, pa i ukidanja tog prava. U tom odnosu koji može biti pokrenut od člana komore, tijela komore, ali i subjekata koji djeluju van komora, subjekt na kojeg se odluka odnosi je uvijek u subordiniranom položaju, jer komora temeljem podijeljenih javnih ovlasti odlučuje o njegovim pravima, obvezama i pravnim interesima koji su vezani uz obavljanje određene medicinske profesije. Jednodnosmjernost odnosa u provođenju javnih ovlasti osigurava ekskluzivnost obavljanja pojedine medicinske profesije, koja se i dodatno regulira sustavom licenciranja, koje provode upravo komore.¹⁶ Time se javna ovlast kojom raspolažu komore može smatrati sastavnim i neodvojivim dijelom javne službe, koja uređuje obavljanje pojedinih medicinskih profesija i njihov položaj i ulogu u okviru zdravstvenog sustava.¹⁷

Autonomija u obavljanju javnih ovlasti zapravo znači kako javne ovlasti koje su povjerene komorama u zdravstvu su povjerene na način da komore samostalno odlučuju o praktičnim implikacijama primjene na statusni položaj njihovih članova, kao i na način na koji će se to odraziti na obavljanje njihove profesije.¹⁸ U tom smislu, komore samostalno provode postupke, utvrđuju činjenično stanje neovisno o drugim tijelima koja također mogu voditi postupak o istom slučaju, ali s drugog pravnog naslova, i temeljem tako samostalno utvrđenog činjeničnog stanja donose odluke. Ove odluke same po sebi su također samostalne i neovisne o drugim tijelima, te su u pravilu eventualno vezane sličnim ili istovjetnim odlukama

¹⁵ Ovdje valja napomenuti kako je autoritarnost obilježje koje je derivirano iz instituta političke vlasti, prema kojem subjekt koji raspolaže moću, kao temeljnim konstitutivnim obilježjem političke vlasti, može nametnuti svoju volju drugom subjektu neovisno o tome što taj drugi subjekt o tome misli.

¹⁶ O načinu na koji javne ovlasti proizvode učinke u odnosu u kojem tijelo javne vlasti djeluje s pozicije autoriteta vlasti više u Popović, S.: *Upravno pravo – opšti deo*, Savremena administracija, Beograd, 1982., str. 7.

¹⁷ O tome da se javne ovlasti smatraju sastavnim dijelom javne službe vidi više u Krbek, I.: *Upravno pravo, II knjiga – Organizacija javne uprave*, Tisak i naklada jugoslavenske štampe d. d., Zagreb, 1932., str. 13. – 14.

¹⁸ 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.

koje su se u sličnim ili istovrsnim slučajevima donosile. Autonomija u obavljanju dovodi do stvaranja samostalne prakse u administrativnom postupanju komora, koja omogućuje kreiranje specifičnih pravnih i upravnih instituta karakterističnih za obavljanje određene medicinske profesije. Ovi instituti ovise o prirodi pojedine medicinske profesije, načinu njezina obavljanja, etičkim standardima koji se postavljaju za njezino obavljanje, pretpostavkama odgovornosti u slučaju pogreške ili komplikacijama tijekom njezina obavljanja i sl.¹⁹

Samostalnost u provođenju javnih ovlasti predstavlja dodatno, daljnje obilježje, koje je važno za razumijevanje rada komora u zdravstvu kao staleških strukovnih udruženja. Samostalnost znači da nema prethodne ili naknadne kontrole ili pak odobrenja u provođenju javnih ovlasti podijeljenih od tijela javne vlasti. Ovo znači da tijela javne vlasti na komore u cijelosti prenose javne ovlasti, kao i odgovornost za njihovo obavljanje. Time im povjeravaju da samostalno i suvereno odlučuju o pravima, obvezama i pravnim interesima njihovih članova, i da sukladno tome donose odluke koje se mogu preispitivati u okviru njihovih stranačkih tijela. Jedino ukoliko netko od članova smatra da mu je povrijeđeno kakvo pravo ili pravni interes, može reagirati upravnom tužbom za zaštitu svojih prava, ali i tada upravna tijela nadležna za poslove zdravstva ostaju po strani, jer se pitanjem pravne zaštite bave za to nadležna pravosudna tijela. Time se nastoji osigurati neovisnost i samostalnost medicinskih profesija, koja se ostvaruje kroz zajamčena prava i pravni položaj komora koji im je osiguran od strane tijela javne vlasti. Time tijela javne vlasti u pogledu obavljanja pojedinih medicinskih profesija osiguravaju samo logističku i materijalnu potporu za njihovo obavljanje, dok se unutarnja regulacija njihova obavljanja, kao i odgovornost za propuste prebacuje na komore kao staleška strukovna uređenja, kao i na njihove članove. Upravo oni trebaju generirati načela i standarde za obavljanje pojedinih medicinskih profesija kroz njihovu strukovnu regulaciju, a na komorama je da tako proklamirana načela i stavove, ugrađene u obvezujuće dokumente koje one autonomno donose, u svojoj praksi i postupanju prema svojim članovima dosljedno i provode. Time se uklapaju u širi okvir sustavne regulacije vezane uz obavljanja zdravstvene djelatnosti na razini cijelog društva.²⁰

¹⁹ O etičkim i drugim normativnim standardima kojih bi se trebalo pridržavati u obavljanju neke medicinske profesije vidi više u Maio, G.: *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin . Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege: ein Lehrbuch*, Schattauer, Freiburg, 2017.

²⁰ U tom smislu pozicija liječnika u obavljanju javne zdravstvene službe ne ovisi samo o njegovoj predanosti u njezinu obavljanju, nego i drugim faktorima. O tome više u Loewit, G.: *Der ohnmächtige Arzt. Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems*, Haymon Taschenbuch, Innsbruck – Wien, 2010.

4. PREGLED STRUKOVNIH MEDICINSKIH KOMORA KOJE DANAS DJELUJU U HRVATSKOJ

4.1. Hrvatska liječnička komora

Hrvatska liječnička komora predstavlja krovnu asocijaciju hrvatskih liječnika, čije je ustrojstvo uređeno Zakonom o liječništvu. Ova institucija ima dugu tradiciju djelovanja na hrvatskim prostorima, o čemu je više izneseno u prvom dijelu teksta. Ovdje će analiza biti posebno usmjerena na položaj i ulogu koju Hrvatska liječnička komora ima danas. Kao prvo, treba naglasiti da Hrvatska liječnička komora ima specifičnu pravnu poziciju, jer kao staleška udruga raspolaže s javno-pravnim ovlastima, kojima uređuje položaj liječničke profesije u Hrvatskoj. Naravno, pored ovih javno-pravnih ovlasti, Komora predstavlja stalešku udrugu koja štiti i promiče ugled liječničke profesije u Hrvatskoj, ali i kroz suradnju s drugim sličnim relevantnim liječničkim udrugama u zemlji, Europi i u svijetu. O takvoj ulozi Komore mogu se naći i odredbe Zakona o liječništvu, prema kojoj Komora u okviru svojih djelatnosti predstavlja liječnike u Republici Hrvatskoj i inozemstvu.²¹ O važnosti i ulozi Komore u obavljanju liječničke profesije govori i okolnost da su se liječnici koji rade na poslovima neposredne zdravstvene zaštite obvezni učlaniti u Hrvatsku liječničku komoru.²² Javne ovlasti Komore su: vođenje Imenika liječnika u Republici Hrvatskoj, davanje obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad, obavljanje stručnog nadzora nad radom liječnika, određivanje najniže cijene rada privatnih liječnika i odobravanje pojedinačnih cijena liječničkih usluga privatnih liječnika

Ostali poslovi komore su unaprjeđenje i čuvanje društvenog položaja i ugleda liječničkog zvanja, donošenje Kodeksa medicinske etike i deontologije te praćenje i nadziranje njegova provođenja uz sankcioniranje njegova kršenja, u suradnji s medicinskim fakultetima te stručnim medicinskim društvima organizira, nadzire i vrednuje trajno stručno usavršavanje liječnika, davanje mišljenja u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, zastupanje liječnika kod sklapanja ugovora sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te društvima za osiguranje u cilju vrednovanja liječničkog rada u postupku formiranja cijena zdravstvenih usluga, predlaganje osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, davanje prijedloga i stručnih mišljenja kod

²¹ U tom smislu čl. 35. st. 2. Zakona o liječništvu definira poziciju Komore i njezine nedvojbene obveze prema liječnicima koji su njezini članovi.

²² Postoje i iznimke od obveze učlanjenja: ukoliko liječnici ne rade na poslovima neposredne zdravstvene zaštite, ukoliko obavljaju liječničku djelatnost izvan Republike Hrvatske, ukoliko su nezaposleni i ukoliko su u mirovini.

pripreme propisa koji imaju utjecaj na razvoj medicinske struke, zdravstvene zaštite i liječničkog zvanja. Osim toga Hrvatska liječnička komora obavlja i druge poslove i zadaće u skladu sa ovim zakonom, kao i drugim propisima.

Najvažnija javno-pravna ovlast kojom Hrvatska liječnička komora raspolaže je mogućnost davanja odobrenja za samostalan rad liječnika. Odobrenje za samostalan rad naziva se i licencom, a vremenski je ograničeno. Liječnika je dužan permanentno raditi na ispunjavanju uvjeta koje propisuje Komora kako bi mogao licencu produžiti, a Komora je dužna permanentno provjeravati ispunjavanje pretpostavki za produženje licence svakog liječnika. Liječnik je obavezan samostalno obavljati liječničku praksu sukladno sadržaju odobrenja licence. A sadržaj odobrenja definira sadržaj medicinske djelatnosti kojom se liječnik može baviti. Tako liječnik koji je položio stručni ispit, kao i liječnik specijalizant mogu samostalno pružati zdravstvenu zaštitu isključivo iz područja opće medicine. Pored ovog odobrenja, liječniku koji je usavršio određenu specijalizaciju ili subspecijalizaciju daje se posebno odobrenje za samostalan rad na području usavršene specijalizacije ili subspecijalizacije. Iznimno je dopušteno obavljati djelatnost iz područja neke specijalizacije ili subspecijalizacije kada se za to ostvare tri izvanredna uvjeta:

- u društveno kriznim situacijama ili u izvanrednim okolnostima, kada je nemoguće osigurati redovitu zdravstvenu zaštitu,
- u hitnim slučajevima, kada bi izostanak liječničke intervencije doveo do trajne ugroze po zdravlje, u što bi se mogle uključiti po život opasne komplikacije ili pak one sa smrtnom posljedicom,
- u okolnostima kad deficitarna zdravstvena služba ne može osigurati pružanje redovite zdravstvene službe.

Komora kao neovisna asocijacija koja za cilj ima promicanje i zaštitu prava svojih članova ima autonomnu organizacijsku strukturu i svoje članove. Kao tijela Komore predviđeni su Skupština, Vijeće, Izvršni odbor, Predsjednik, Nadzorni odbor, Sud i druga tijela utvrđena Statutom Komore. Podrobniji ustroj Komore uređen je njezinim Statutom.

4.2. Hrvatska komora medicinskih sestara

Hrvatska komora medicinskih sestara je krovna staleška udruga koja okuplja medicinske sestre u Republici Hrvatskoj. Ona je strukovna samostalna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Uređena je temeljem Zakona o sestrinstvu.²³ I za ovu strukovnu komoru predviđena je obvezatnost udruživanja.

²³ Narodne novine br. 121/2003.

Hrvatska komora medicinskih sestara također ima podijeljene javne ovlasti. Kao javne ovlasti ona vodi registar svojih članova, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalni rad, obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, a sukladno posebnim aktima koje Komora samostalno donosi. Pored poslova koji predstavljaju javne ovlasti Komore, ona obavlja i čitav niz drugih poslova, od donošenja etičkog kodeksa, do obavljanja drugih poslova kojima aktivno sudjeluje u uređenju hrvatskog zdravstvenog sustava.²⁴ I medicinske sestre, jednako kao i liječnici, dužne su se stalno stručno usavršavati i stjecati najnovija znanja s područja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima s područja medicine. U tom smislu, i za njih se organiziraju stručni seminari, tečajevi i stručni skupovi, a način njihove organizacije kao i vrednovanje propisuje Hrvatska komora medicinskih sestara posebnim propisima.

4.3. Hrvatska komora primalja

Hrvatska komora primalja je krovna staleška udruga koja okuplja primalje koje rade u okviru sustava zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Onovana je temeljem odredbi Zakona o primaljstvu.²⁵ Ima svojstvo pravne osobe i podijeljene su joj javne ovlasti vezane uz reguliranje obavljanja djelatnosti primalja u Republici Hrvatskoj. Primalje se obvezno udružuju u Komoru, bez posebnog zakonskog preciziranja na koga se ta obvezatnost udruživanja odnosi. Komora ima sljedeće javne ovlasti: vodi registar svojih članova, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad, obavlja stručni nadzor nad radom primalja. Pored javnih ovlasti, Komora kao i druge komore obavlja čitav niz drugih poslova propisanih Zakonom o primaljstvu.²⁶

²⁴ Komora tako surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo na svim područjima od interesa za medicinske sestre te daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na struku medicinskih sestara, donosi sadržaj protokola za plan i provođenje zdravstvene njege po načelima Međunarodne klasifikacije sestrinske prakse, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo standarde i normative za djelatnost medicinskih sestara, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja medicinskih sestara, donosi opći akt kojim se utvrđuju sadržaj, rokovi i postupak trajnog stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo sadržaj sestrinske liste, propisuje način i uvjete pod kojima se obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, utvrđuje najniže cijene zdravstvene njege za medicinske sestre izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, utvrđuje cijene zdravstvene njege iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja, obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, utvrđuje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti medicinskih sestara, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti medicinskih sestara, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo, zastupa interese medicinskih sestara, brine za pravnu pomoć svojim članovima, brine o drugim interesima svojih članova, koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za sestrinstvo.

²⁵ Narodne novine br. 120/08, 145/10.

²⁶ Neke od važnijih su donošenje etičkog kodeksa primalja, suradnja s ministarstvom nadležnim za zdravstvo na područjima vezanim za interese primalja, predlaganje ministarstvu standarda i normativa za zdravstvo, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja primalja,

4.4. Hrvatska komora dentalne medicine

Hrvatska komora dentalne medicine okuplja doktore dentalne medicine koji djelatnost dentalne zdravstvene zaštite obavljaju na području Republike Hrvatske. Njezino ustrojstvo uređeno je Zakonom o dentalnoj medicini.²⁷ Doktori dentalne medicine obavezni su se učlaniti u Komoru, koja predstavlja samostalnu i neovisnu strukovnu organizaciju, koja ima svojstvo pravne osobe, te podijeljene javne ovlasti. I dentalni tehničari i dentalni asistenti dužni su se učlaniti u odgovarajući strukovni razred, koji djeluje pri Komori. Tijela Komore su Skupština, Upravno vijeće, Izvršni odbor, Upravni odbor strukovnog razreda dentalnih tehničara i Upravni odbor Strukovnog razreda dentalnih asistenata. Pored ovih tijela, mogu biti osnovana i druga, sukladno statutu Komore. Komora je ovlaštena obavljati slijedeće javne ovlasti: vodi registar doktora dentalne medicine u Republici Hrvatskoj, vodi registar dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalni rad doktora dentalne medicine, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad dentalnih tehničara i dozvola za rad dentalnih asistenata, obavlja stručni nadzor nad radom doktora dentalne medicine, obavlja stručni nadzor nad radom dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, određuje najnižu cijenu rada doktora dentalne medicine izvan mreže javne zdravstvene službe, određuje najnižu cijenu rada dentalnog tehničara. Pored ovih poslova koji se obavljaju kao javne ovlasti, Komora obavlja i niz drugih poslova, kojima je cilj osigurati kvalitetan sustav dentalne medicine na području Republike Hrvatske.²⁸

donošenje propisa kojim se utvrđuju sadržaj, rokovi i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti primalja, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti primalja, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti primalja i dr.

²⁷ Narodne novine br. 121/03, 117/08, 120/09.

²⁸ Tako primjerice komora vodi registar svojih članova, dentalnih ordinacija, grupnih praksi, zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba, donosi Kodeks dentalne etike i deontologije te Kodeks etike i deontologije dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, prati i nadzire provođenje pravila etike i deontologije, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu usluge dentalne medicine, kao i usluge dentalnog tehničara i dentalnog asistenta, daje mišljenje u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada dentalnih ordinacija, dentalnih laboratorija, grupne prakse, zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo mrežu javne zdravstvene službe za dentalnu medicinu i djelatnost dentalnih tehničara, propisuje način oglašavanja doktora dentalne medicine i dentalnih tehničara, utvrđuje najniže cijene usluga doktora dentalne medicine izvan mreže javne zdravstvene službe, utvrđuje cijene dentalnih usluga koje su obuhvaćene dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora sa osiguravajućim društvima, sudjeluje pri uređivanju standarda i normativa dentalnih usluga i usluga dentalne tehnike i dentalnih asistenata, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja za razvoj dentalne struke, struke dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, osigurava dodatno usavršavanje i dodatnu izobrazbu svojih članova, čuva i unaprjeđuje društveni položaj i dignitet dentalnog zvanja i zvanja dentalnog tehničara i dentalnog asistenta, izdaje glasilo Komore i stručne publikacije te obavlja i druge poslove predviđene zakonom i drugim aktima.

4.5. Hrvatska ljekarnička komora

Hrvatska ljekarnička komora je samostalna i neovisna strukovna organizacija koja ima svojstvo pravne osobe. Ona okuplja magistre farmacije u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu, a obvezu učlanjivanja imaju oni magistri farmacije koji se bave obavljanjem ljekarničke djelatnosti na poslovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Njeno ustrojstvo i djelovanje uređeno je Zakonom o ljekarništvu.²⁹ Kao javne ovlasti Komora obavlja slijedeće poslove: vodi registar magistara farmacije koji obavljaju ljekarničku djelatnost u Republici Hrvatskoj, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad, vodi registar ljekarni, ljekarničkih depoa, galenskih laboratorija i laboratorija za provjeru kakvoće galenskih pripravaka i identifikaciju ljekovitih tvari, donosi popis kozmetičkih i drugih sredstava za zaštitu zdravlja koji se mogu izdavati u ljekarnama, obavlja stručni nadzor nad radom ljekarničkih radnika. Pored ovih poslova koji se obavljaju temeljem podijeljenih javnih ovlasti, Komora obavlja i druge poslove koji su utvrđeni Zakonom o ljekarništvu.³⁰

4.6. Hrvatska komora medicinskih biokemičara

Hrvatska komora medicinskih biokemičara je strukovna udruga koja okuplja medicinske biokemičare u Republici Hrvatskoj. Ova komora uređena je Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti³¹. U Komoru se obvezno učlanjuju medicinski biokemičari, koji obavljanjem medicinsko-biokemijske djelatnosti rade na području Republike Hrvatske na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite. Obveza učlanjenja za ostale medicinske biokemičare ne postoji. Poslovi koje Komora obavlja kao javne ovlasti su vođenje registra medicinskih biokemičara u Republici Hrvatskoj, davanje, obnavljanje i oduzimanje licence za samostalan rad, obavljanje stručnog nadzora nad radom medicinskih biokemičara,

²⁹ Narodne novine br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.

³⁰ Komora donosi Kodeks ljekarničke etike i deontologije, donosi Pravila dobre ljekarničke prakse, prati i nadzire provođenje pravila ljekarničke etike i deontologije i dobre prakse u ljekarničkoj djelatnosti i poduzima mjere u slučaju njihova kršenja, daje stručna mišljenja i sudjeluje kod pripreme propisa iz ljekarničke djelatnosti, daje prijedlog plana potrebnih kadrova ministru nadležnom za zdravstvo, sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa ljekarničkih udruga, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu ljekarničke usluge koja im se pruža, organizira dodatno usavršavanje za proširenje djelatnosti unutar struke s obzirom na nove metode ljekarništva, organizira trajno stručno usavršavanje za magistre farmacije i provodi provjeru stručnosti, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s HZZO-om i drugim osiguravateljima, propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse, utvrđuje način oblikovanja maloprodajnih cijena lijekova drugih sredstava koja nisu predmet ugovaranja sa HZZO-om, daje suglasnost za oblikovanje cijena lijekova i drugih sredstava iz dobrovoljnog osiguranja koje određuje ugovorom društvo za osiguranje, brine za pravnu pomoć svojim članovima, brine se o materijalnim i drugim interesima svojih članova, koordinira odnose među članovima, daje prethodna mišljenja na neke akte HZZO-a te obavlja i druge poslove koji se predviđeni zakonom i statutom.

³¹ Narodne novine br. 121/03, 117/08.

određivanje najniže cijene rada medicinskih biokemičara koji obavljaju privatnu praksu, odobrava pojedinačne cijene medicinsko-biokemijskih usluga onim medicinskim biokemičarima koji obavljaju privatnu praksu.³²

4.7. Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Hrvatska komora zdravstvenih radnika je samostalna staleška strukovna udruga. Njezino ustrojstvo je regulirano Zakonom o djelatnostima u zdravstvu.³³ Komora predstavlja interese magistara sanitarnog inženjerstva, diplomiranih sanitarnih inženjera, sveučilišnih prvostupnika sanitarnog inženjerstva, stručnih prvostupnika sanitarnog inženjerstva, sanitarnih tehničara, stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, stručnih prvostupnika radne terapije, stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike, inženjera medicinske radiologije, viših radnih terapeuta, viših fizikalnih terapeuta – smjer radne terapije, inženjera medicinsko-laboratorijske dijagnostike, zdravstveno-laboratorijskih tehničara, zdravstveno-laboratorijskih tehničara sa završenim tečajem iz citodijagnostike-citoskrinere, zdravstveno-laboratorijskih tehničara sa završenim tečajem iz transfuzijske medicine, stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike sa završenim tečajem citodijagnostike-citotehnologije ili sa završenim tečajem iz transfuzijske medicine. Komora obavlja slijedeće poslove kao javne ovlasti: vodi registar svojih članova, izdaje obnavlja i oduzima odobrenje za samostalni rad, obavlja stručni nadzor nad radom svojih članova. Pored poslova koji predstavljaju javne ovlasti, Komora obavlja i druge poslove.³⁴

³² Komora obavlja i druge poslove poput donošenja etičkog kodeksa medicinskih biokemičara i medicinske deontologije, prati i nadzire provođenje pravila etike i deontologije u medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i poduzima odgovarajuće mjere u slučaju njihova kršenja, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na razvoj zdravstvene struke, daje prijedlog plana potrebnih kadrova ministru nadležnom za zdravstvo, sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa medicinsko-biokemijskih usluga, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu medicinsko-biokemijske usluge koja im se pruža, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom Ministarstva zdravstva, daje mišljenje o kvaliteti dijagnostičkih tekstova, reagensa, pribora i opreme, organizira dodatno usavršavanje svojih članova, propisuje uvjete stručnog usavršavanja medicinskih biokemičara, prati i analizira problematiku vezanu uz obavljanje djelatnosti, zastupa interese svojih članova kod zaključivanja ugovora s HZZO-om, brine se za materijalne interese svojih članova, koordinira odnose među članovima, te obavlja i razne druge poslove predviđene zakonom..

³³ Narodne novine br. 87/2009.

³⁴ Donosi etički kodeks, čuva i unaprjeđuje položaj i ugled zvanja svojih članova, surađuje s ministarstvom nadležnim za poslove zdravstva, predlaže ministarstvu standarde i normative za obavljanje djelatnosti svojih članova, donosi opći akt kojim se uređuje sadržaj, rokovi i postupak trajnog stručnog usavršavanja i provjere stručnosti nad djelatnostima članova Komore, predlaže ministru sadržaj dokumentacije za djelatnosti članova Komore, u suradnji sa visokim učilištima organizira i nadzire trajno stručno usavršavanje svojih članova, utvrđuje najniže cijene rada zdravstvenih radnika, utvrđuje povrede radnih dužnosti, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom Ministarstva, brine se za pravnu pomoć svojim članovima, brine se o interesima članova i koordinira njihovu suradnju, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacija, a po potrebi obavlja i druge poslove predviđene zakonom i drugim propisima.

4.8. Hrvatska komora fizioterapeuta

Hrvatska komora fizioterapeuta je medicinska strukovna udruga, koja je uređena Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti. Ona je uređena kao neovisna i samostalna strukovna udruga, koja ima svojstvo pravne osobnosti i raspolaže s javnim ovlastima. Članstvo fizioterapeuta kao i drugih osoba koje sudjeluju u pružanju fizikalne terapije (fizioterapeutske tehničari, radni terapeuti i maserikupeljari) u komori je obvezno. Javne ovlasti Komore su vođenje registra članstva, izdavanje, obavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalni rad, ovlast obavljanja stručnog nadzora nad radom fizioterapeuta i drugih osoba koje provode fizioterapiju. Pored poslova koje obavlja kao javne ovlasti, obavlja i niz drugih poslova koji su vezani uz reguliranje obavljanja fizioterapeutske djelatnosti³⁵. Ovi poslovi u cijelosti određuju okvir obavljanja fizioterapeutske djelatnosti.

5. HARMONIZACIJA JAVNOG I PRIVATNOG – INTERESNA STRUKOVNA UDRUŽENJA I ZAŠTITA JAVNOG INTERESA

Interesna staleška strukovna udruženja nisu samo karakteristična za komore u zdravstvu, nego su prisutna i u drugim profesijama.³⁶ Ova su udruženja rezultat specifičnosti tih profesija, ali i njihove posebne pravne regulacije. U tom smislu propisi Europske Unije poznaju tzv. regulirane profesije, koje ne uključuju samo

³⁵ Komora tako donosi Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije, surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo, daje stručna mišljenja i sudjeluje kod pripreme propisa iz fizioterapeutske djelatnosti, donosi sadržaj fizioterapeutskih smjernica za plan i provođenje fizioterapeutske skrbi, donosi sadržaj fizioterapeutskih smjernica za plan i provođenje fizioterapeutske skrbi, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo standarde i normative za djelatnost fizioterapeuta, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja fizioterapeuta, donosi opći akt kojim se utvrđuju sadržaji, rokovi i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara, organizira trajno stručno usavršavanje za fizioterapeute, fizioterapeutske tehničare, radne terapeute i masere-kupeljare i provodi provjeru stručnosti, propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse, utvrđuje najniže cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, utvrđuje cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti iz opsega dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, obavlja stručni nadzor nad radom fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizikalnoj terapiji, utvrđuje povrede radnih dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutskoj skrbi, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutskoj skrbi, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo, koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Svjetskom konfederacijom za fizioterapiju i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za fizioterapiju, te obavlja druge poslove koji su predviđeni zakonom, drugim propisom ili Statutom Komore.

³⁶ Kao primjer može se navesti organizacija odvjetnika u odvjetničke komore, kao njihova strukovna udruženja, što je karakteristično ne samo za Hrvatsku, nego i šire. Usp. Lauda, R.: *130 Jahre Aufgaben der Rechtsanwaltskammern*, BRAK-Mitteilungen 2008, str. 195–201

profesije s područja zdravstva, nego također i druge profesije koje su po svojim stručnim standardima slično regulirane u Europi.³⁷ Pored njih, svaka država, a sukladno Direktivi o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija³⁸, uređuje listu reguliranih profesija u Republici Hrvatskoj, a ulogu koordinатора preuzelo je Ministarstvo rada i mirovinskog sustava.³⁹ Ovom Direktivom se utvrđuju pravila za pristup i obavljanje profesije, na temelju kojih države članice koje pristup reguliranim profesijama i njihovo obavljanje na svom državnom području uvjetuju posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija, priznaju stručne kvalifikacije stečene u drugim državama članicama, koje nositelju omogućuju obavljanje iste profesije kao u matičnoj državi članici.

Na temelju ove Direktive, uređuje se mogućnost priznavanja kvalifikacija državljana Europske Unije, ukoliko oni žele obavljati određenu reguliranu profesionalnu djelatnost u jednoj državi članici, a reguliranu su profesiju stekli u drugoj državi članici. Priznavanjem stručnih kvalifikacija, temeljem odredbi ove Direktive, država članica domaćin omogućava pristup profesiji za koju je osoba osposobljena u matičnoj državi članici, kao i obavljanje te profesije pod jednakim uvjetima koji vrijede za njene državljane. Nadalje, u Direktivi stoji da ako se za pristup reguliranoj profesiji ili njezino obavljanje u državi članici domaćinu zahtijevaju posebne stručne kvalifikacije, nadležno tijelo te države članice je pod istim uvjetima koji se primjenjuju na njezine državljane dužno dozvoliti pristup toj profesiji i njezino obavljanje podnositeljima zahtjeva koji imaju potvrdu kompetencije ili dokaz o formalnoj osposobljenosti koji zahtijeva druga država članica za pristup toj profesiji i njezinom obavljanju na njezinom državnom području. Potvrde o stručnosti ili dokaz o formalnoj osposobljenosti moraju ispunjavati sljedeće uvjete: biti izdane od strane nadležnog tijela u državi članici određeno u skladu sa zakonskim i drugim propisima te države članice;

³⁷ Kod reguliranih profesija važno je napomenuti kako se radi o onom obliku profesija koje su regulirane posebnim zakonom, a koje uključuju specifična znanja i vještine koje se dodatno stječu nakon formalnog obrazovanja, te su nužan preduvjet za ostvarivanje prava na obavljanje određene djelatnosti. Ovo u pravilu uključuje i polaganje posebnih ispita pred ovlaštenim tijelima, čime se ostvaruje dozvola ili licenca koja služi kao ulaznica za obavljanje određene profesionalne djelatnosti. U Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (Narodne novine br. 82/2015) taksativno se navode one profesije koje su predmet njegove regulacije. To su sljedeće profesije: doktor medicine, doktor medicine specijalista, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specijalista, medicinske sestre odgovorne za djelatnost opće njege, primalja, magistra farmacije, doktora veterinarske medicine i arhitekta. Pored ovih profesija, Vlada RH je donijela popis reguliranih profesija, pa se primjerice na tom popisu kao regulirana profesija nalazi odvjetništvo, koja je pak regulirana odredbama Zakona o odvjetništvu (Narodne novine br. 09/1994, 117/2008, 50/2009, 18/2018). Tako je propisano da odvjetnik iz druge države koji je umatičnoj državi članici stekao pravo obavljanja odvjetničkog poziva, može, sukladno zakonskim uvjetima, u Republici Hrvatskoj obavljati odvjetničke radnje, odvjetnički poziv pod nazivom zanimanja iz svoje matične države, te odvjetnički poziv pod nazivom odvjetnika.

³⁸ Direktiva o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, 2005/36/EZ.

³⁹ <http://www.mrms.hr/popis-reguliranih-profesija-u-republici-hrvatskoj/>. Preuzeto 20. 02. 2019.

potvrđivati stupanj stručne kvalifikacije koji je najmanje istovjetan stupnju koji je za jedan stupanj niži od onog koji se zahtijeva u državi članici domaćinu.

Iz ovoga se može jasno vidjeti kako je europsko zakonodavstvo usmjereno ka izgradnji jedinstvenog pravnog okvira, koji usmjeren ka harmoniziranju uvjeta pod kojima se obavljaju regulirane profesije, te olakšavanju mogućnosti njihova priznavanja na prostoru Europske Unije.

6. ZAKLJUČAK

Predmet ovog rada je analiza uloge koju imaju komore u zdravstvu kao staleške strukovne udruge, koje zastupaju interese svojih članova. Analizirane su određene specifičnosti komora, a posebice njihov pravni položaj, koji im omogućava autonomiju u obavljanju njihovih profesionalnih djelatnosti. Ova se autonomija očituje u okolnosti da komore, putem svojih autonomnih tijela kojima su podijeljene javne vlasti, samostalno i autonomno odlučuju o pravima, obvezama i pravnim interesima svojih članova.

Time na sebe preuzimaju i značajan teret odgovornosti za standarde pružanja zadovoljavajuće zdravstvene skrbi kao i etičko postupanje medicinskog osoblja. Iako su se prvotno razvile liječničke komore, kao udruženja koja reguliraju obavljanje medicinske profesije, kasnije i druge medicinske profesije dobivaju svoje odgovarajuće komore, koje trebaju regulirati njihovo obavljanje. Time se, kroz autonomiju i samostalnost komora, željelo ojačati njihov stručni položaj kao i etički kredibilitet. S druge pak strane, komore dobivaju i posebnu odgovornost u reguliranju medicinskih profesija koje su predmet njihova interesa.

Komore imaju dvostruku ulogu: s jedne strane propisuju i utvrđuju uvjete pod kojima neka osoba može dobiti pristup za samostalno obavljanje određene medicinske profesije, a s druge strane, kad osoba napokon bude licencirana za obavljanje neke medicinske profesije, propisuju uvjete pod kojima se navedena dopusnica treba obavljati, te utvrđuju da li su ti uvjeti zadovoljeni. U tom su djelovanju komore samostalne, i postupaju u okvirima ovlasti danih od strane tijela javne vlasti.

S druge strane komore predstavljaju i interesne udruge koje okupljaju pojedine medicinske profesije, i bore se za njihove interese i bolju vidljivost u društvu. One promiču važnost i ulogu koje pojedine medicinske profesije imaju u okviru sustava zdravstvene zaštite. Stoga se njihova uloga u okviru sustava zdravstvene zaštite treba promatrati dvojako. S jedne strane predstavljaju neovisna strukovna regulatorna tijela u regulaciji pojedinih medicinskih profesija, a s druge strane

predstavljaju strukovne udruge koje promiču i štite položaj pojedinih medicinskih profesija u okviru sustava zdravstvene zaštite. U prvoj su ulozi bliske onoj koju imaju neovisna regulatorna tijela u reguliranju pojedinih regulatornih djelatnosti, dok su u drugoj sličnije udrugama građana koji se bore i promiču određene interese u nekoj društvenoj zajednici. Razlika je u tome što se komore ciljano uvode u sustav zdravstvene zaštite od strane tijela javne vlasti, sistemskim zakonima koji reguliraju neku medicinsku profesiju, kako bi se osigurala stručna neovisnost, te postavili i obranili etički standardi u obavljanju neke medicinske profesije. Time su i same predmet posebne zakonske regulacije, kojoj je za cilj osigurati formalne institucionalne kanale za sadržajnu dvosmjernu komunikaciju zdravstvenih vlasti s jedne strane i zdravstvenih profesionalaca s druge u okviru sustava zdravstvene zaštite. Kao takve, posebno su prisutne u zemljama čiji se je zdravstveni sustav razvijao pod utjecajem njemačkog i austrijskog modela javnog zdravstva.

Literatura:

Bäsler, F.-Fuchs, C.-Scriba, P. C.: *Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 40, br. 2, 2006., ISSN: 1436-9990,

Čizmić, J.: *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina, Vol. 44, No. 2, 2008., str. 171.-185.

Čizmić, J.- Cvitković, M.- Klarić, A.: *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University of Maribor Press, Maribor, 2017.

Thomas Gerst: *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945. – 1955.*, Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2004.

Gjurašin, M. – Haller, H. – Rumeč Črne, R.: *Zaštita interesa liječnika i bolesnika u Hrvatskoj liječničkoj komori. O radu Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor*, Liječničke novine, godina IX., 2009., br. 77.

Hrvatska liječnička komora – Spomenica: 1903. – 1995. – 2005., Hrvatska liječnička komora, svibanj, 2005., str. 12.

Klarić, A. – Cvitković, M. – Matijašić Žugaj, P.: *Komore u zdravstvu*, Zbornik radova, „Aktualna problematika u zdravstvu, Varaždin, 2015., str. 162. – 182

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. – Marčetić, G. – Musa, A. – Đulabić, V. – Lalić Novak, G.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 7. – 8.

Krbek, I.: *Upravno pravo, II knjiga – Organizacija javne uprave*, Tisak i naklada jugoslavenske štampe d. d., Zagreb, 1932.

Krijan, P.: *Javne ovlasti kao poseban oblik javne vlasti*, Informator, 4613, Zagreb, 1998.

Lauda, R.: *130 Jahre Aufgaben der Rechtsanwaltskammern*, BRAK-Mitteilungen 2008.

Loewit, G.: *Der ohnmächtige Arzt. Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems*, Haymon Taschenbuch, Innsbruck – Wien, 2010.

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.

Maio, G.: *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin . Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege: ein Lehrbuch*, Schattauer, Freiburg, 2017.

Mastilica, M.: *Health Reforms in Croatia from the User Perspective* Bartlett, W. – Božikov, J. – Rechell, B.: *Health Reforms in South East Europe*, Palgrave Macmillan, 2012., str 31. – 48.

Popović, S.: *Upravno pravo – opšti deo*, Savremena administracija, Beograd, 1982.

Pusić, E.: *Nauka o upravi*, Školska knjiga, Zagreb, 2003.

Sremac, Đ –Žuža, B.: *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941.*, Školska knjiga, Zagreb 2002.

Weber, M.: *Vlast i politika*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2013., str. 64. – 69.

Internet izvori

<http://www.mrms.hr/popis-reguliranih-profesija-u-republici-hrvatskoj/>. Preuzeto 20. 02. 2019.

Geschichte der Bundesärztekammer, <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/back-in-kuerze/aufgaben-satzung-geschichte/geschichte-der-bundesaerztekammer/>. Preuzeto 15. 02. 2018.

Propisi

Direktiva o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, 2005/36/EZ.

Zakon o dentalnoj medicini, Narodne novine br. 121/03, 117/08, 120/09.

Zakon o djelatnostima u zdravstvu, Narodne novine br. 87/2009.

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Narodne novine br. 120/08.

Zakon o liječništvu, Narodne novine br. 121/03, 117/08.

Zakon o ljekarništvu, Narodne novine br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.

Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Narodne novine br. 121/03, 117/08.

Zakon o odvjetništvu, Narodne novine br. 09/1994, 117/2008, 50/2009, 18/2018.

Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, Narodne novine br. 82/2015.

Zakon o primaljstvu Narodne novine br. 120/08, 145/10.

Zakon o sestrinstvu, Narodne novine br. 121/2003.

CHAMBERS IN HEALTHCARE SYSTEM WITH SPECIAL EMPHASIS ON PUBLIC AUTHORITIES IN HEALTH CARE

Topic of this paper is analysis of the role of medical chambers in health care system in Central and Eastern Europe, with analysis of the function which they have in managing of public tasks in health care and with their influence on public health policies. According to the European experiences, medical chambers in Republic of Croatia and in the other countries of Central and Eastern Europe have special legal status in legal health care framework. In this paper author want to explore status of professional associations in health care system, their specific characteristics and public authorities, relations between public and private in health care system true analysis of legal position of professional medical associations in health care.

Key words: *medical chambers, professional associations, public authorities, public interest*

Izr. prof. dr. Tjaša Ivanc,
Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, Slovenija
Izr. prof. dr. Suzana Kraljić,
Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, Slovenija

VLOGA IZVEDENCA V CIVILNIH SODNIH POSTOPKIH S POUDARKOM NA MEDICINSKEM IZVEDENSTVU

UDK:347.56 : 614.25

Primljeno: 15. veljače 2019.

Pregledni znanstveni rad

Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci samostojno opravljajo vsako delo, za katero imajo ustrezno izobrazbo in so je zanj strokovno usposobljeni ter imajo na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. A kljub temu se v vsakdanjem delu pojavljajo napake, ki posegajo v dve največji človeški vrednoti: zdravje in življenje in so praviloma mnogokrat nepopravljive narave. Te napake mnogokrat dobijo svoj epilog v sodnih civilnih in kazenskih postopkih, v katere so vključeni tudi sodni izvedenci medicinske stroke. Prispevek obravnava osnovna izhodišča predpostavk za izvajanje sodnega izvedeništva v civilnih sodnih postopkih s posebnim poudarkom na problematiki medicinskega izvedenstva v sodni praksi. Izvedence medicinske stroke se v pravnih postopkih najpogosteje imenuje v odškodninskih sporih, praviloma v zvezi z odmero nepremoženjske škode, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in drugih predpostavk odškodninske odgovornosti, kakor tudi v delovnih in socialnih sporih. Predstavitev v prispevku izhaja iz pravne ureditve sprememb, ki jih je na področju sodnega izvedenstva prinesla leta 2017 novela Zakona o pravnem postopku ter s 1. januarjem 2019 novi Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih.

Ključne besede: *sodno izvedenstvo, izvedenec medicinske stroke, civilni sodni postopki, škoda, dokazovanje, izvedensko mnenje*

1. UVOD

Dandanes skorajda ni sodnega postopka, v katerem kot dokazno sredstvo ne bi sodeloval izvedenec z ustreznim znanstvenim ali strokovnim znanjem, s katerim sodišče ne razpolaga. V našem primeru bo to znanje s področja medicine (lahko pa tudi npr. zdravstvene nege). Sodni izvedenec bo tako s svojimi posebnim znanjem in izkušnjami, ki presegajo znanje sodišča, le temu pomagal pri razumevanju določenih dejstev.

Vloga izvedenca v sodnih postopkih z razvojem znanosti pridobiva na pomenu, saj mora biti izvedenčevo strokovno znanje natančno, empirično delo, brez subjektivnosti in pristranskosti. Izvedenci kot strokovnjaki se morajo predvsem

zavedati svoje odgovornosti v sodnih postopkih, saj praksa sodišč kaže, da se zelo redko dogaja, da sodišče ne sledi ugotovitvi in mnenju izvedenca, ki ga je postavilo pri ugotavljanju točno določenega dejstva. Po drugi strani pa je velika odgovornost na sodišču, da izvedencu postavi jasna vprašanja in določi primeren rok za izdelavo izvida in menja. Postavitev sodnomedicinskega izvedenca je v pravnih postopkih najpogostejša pri odmeri nepremoženjske škode v odškodninskih sporih, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in preostalih predpostavk odškodninske odgovornosti. Zato je tudi bistveno, da izvedenec pri svojem delu čim konkretnije odgovori na vprašanja medicinske stroke, da bi lahko sodišče presojalo utemeljenost in višino postavljenega zahtevka. Nenazadnje pa je treba poenotiti merila, kar bo pripomoglo k doseganju namena sodne odškodnine, ki je v zagotavljanju satisfakcije oškodovanca in v izogibanju ciljev, ki so nezdržljivi z naravo in namenom, ki jo odškodnina predstavlja. Kvalitetno opravljeno izvedeništvo namreč izključi možnost arbitrarnosti sodnika pri odločanju, saj ugotovljena pravnorelevantna dejstva vodijo v pravilno in zakonito odločitev. Odgovornost za uspešno izvedeno delo je porazdeljena tak med izvedenca kot sodnika – sodnik v primeru, ko izvedencu ni odredil potrebna navodila in vprašanja za dobro izvedeno delo, izvedenec pa v primeru, ko določenih navodil ni zahteval ali jim ni sledil.

Leta 2017 je bila sprejeta novela Zakona o pravnem postopku¹ (v nadaljevanju: ZPP-E), ki je prinesla pomembne spremembe na področju sodnega izvedenstva. S 1. januarjem 2019 (razen nekaj izjem, ki so se začele uporabljati z dnem uveljavitve) pa se je začel uporabljati novi Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih (v nadaljevanju: ZSICT).²

2. DOKAZNI SISTEMI IN POMEN DOKAZNEGA POSTOPKA

Ocenjevanje posameznih dejstev se lahko izvaja po dveh sistemih:

a) sistem, v katerem zakon vsebuje dokazna pravila, na podlagi katerih se oceni vrednost posameznih dokazov in sodnik samo preveri, ali so predloženi dokazi usklajeni s tem vrednotenjem;

¹ Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pravnem postopku (ZPP-E) (*Act Amending the Contentious Civil Procedure Act*): Uradni list RS, št. 10/17.

² Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih (ZSICT) (*Court experts, certified appraisers and court interpreters Act*): Uradni list RS, št. 22/18.

b) ter sistem proste presoje dokazov, v katerem lahko sodnik prosto preuči posamezne dokaze, te dokaze poveže z drugimi dokazi in glede na celoten postopek odloči, ali so dokazi pravno relevantni in dejstva dokazana ali ne.³

Sistem proste presoje dokazov je uveljavljen v civilnem sodnem postopku, saj Zakon o pravnem postopku⁴ (v nadaljevanju: ZPP) v 8. členu določa, da sodišče po svojem prepričanju na podlagi vestne in skrbne presoje vsakega posameznega dokaza posebej in vseh dokazov skupaj ter na podlagi uspeha celotnega postopka odloči o tem, katera dejstva bo štelo za dokazana.

Smiselno enako je urejena dokazna ocena tudi v kazenskem postopku, saj Zakon o kazenskem postopku⁵ (v nadaljevanju: ZKP) v 1. odst. 18. člena določa, da sodišče pri presojanju, ali so dejstva podana, ni vezano na nobena posebna formalna dokazna pravila, omejeno je zgolj z dokaznimi prepovedmi.⁶ Tako sodnik v kazenskem postopku sodne odločbe ne sme opreti na: dokaze, ki so bili pridobljeni s kršitvijo ustavnih pravic in temeljnih svoboščin, dokaze, ki so bili pridobljeni s kršitvijo določb kazenskega postopka, dokaze, ki so bili pridobljeni na podlagi takega nedovoljenega dokaza (2. odst. 18. člena ZKP).

Pravilna uporaba materialnega prava je med drugim odvisna tudi od pravilno ugotovljenega dejanskega stanja. Prav iz tega razloga je predpisana dolžnost strank, da sodišču navedejo vsa dejstva⁷ in predložijo vse dokaze, na osnovi katerih se da ugotoviti dejansko stanje (prim. 7. člen ZPP). Breme dokazovanja v pravnem postopku tako nosijo stranke. Govorimo torej o t. i. trditvenem in dokaznem bremenu (glej tudi 215. člen ZPP).⁸ V teoriji se dokazi (tudi dokazna

³ Ude Lojze (2002). Civilno procesno pravo (Ljubljana: Uradni list RS), str. 119.

⁴ Zakon o pravnem postopku (ZPP) (Contentious Civil Procedure Act): Uradni list RS, št. 73/07 – uradno prečiščeno besedilo, 45/08 – ZArbit, 45/08, 111/08 – odl. US, 57/09 – odl. US, 12/10 – odl. US, 50/10 – odl. US, 107/10 – odl. US, 75/12 – odl. US, 40/13 – odl. US, 92/13 – odl. US, 10/14 – odl. US, 48/15 – odl. US, 6/17 – odl. US, 10/17.

⁵ Zakon o kazenskem postopku (ZKP) (Criminal Procedure Act): Uradni list RS, št. 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 47/13, 87/14, 8/16 – odl. US, 64/16 – odl. US, 65/16 – odl. US, 66/17 – ORZKP153,154, 1/19 – skl. US.

⁶ Prim. ECLI:SI:VSRS:2017:I.IPS.53443.2014 z dne 8. junij 2017: »Sodišče samo odloča, katere dokaze bo izvedlo (18. člen ZKP) po načelu proste presoje dokazov,...«.

⁷ Tako npr. trditev, ki jo postavi izvedenec v svojem mnenju (enako velja tudi za navedbe prič), še ni trditev stranke, zato se mora stranka, ki svoj zahtevek ali obrambo temelji na takšnih navedbah drugih udeležencev v postopku, na te navedbe izrecno in konkretizirano sklicevati, da jih je mogoče šteti kot trditve strank (ECLI:SI:VSLJ:2001:I.CPG.908.2000, z dne 24. maj 2001).

⁸ Zobec poudarja, da sta to najpomembnejši procesni bremen, ker neposredno vplivata na uspeh v pravdi. Tožnik namreč mora navesti dejstva, ki substancirajo zahtevek, in jih tudi dokazati (Zobec, Jan v Ude, Lojze et al. (2006). Pravdni postopek, zakon s komentarjem, 2. knjiga, (Ljubljana: Uradni list RS, GV Založba), str. 344; enako Rechberger, Walter H. & Simotta, Daphne A. (1986). Zivilprozessrecht, 3. izdaja (Wien: Manz Verlag), str. 337; Lüke, Wolfgang (2006). Zivilprozessrecht, 9. izdaja (München: Velag C. H. Beck), str. 280; Musielak, Hans-Joachim (2007). Grundkurs ZPO (München: C.H. Beck), str. 246.

sredstva) delijo na posredne in neposredne dokaze.⁹ Pri čemer posredni dokazi služijo ugotavljanju dejstev, na podlagi katerih šele sklepamo na obstoj pravno relevantnih dejstev (govorimo tudi o dokazovanju z indici). Neposredni dokazi pa so dokazi za ugotovitev pravno relevantnih dejstev.¹⁰

3. DOKAZOVANJE Z IZVEDENCEM IN VLOGA STRANK IN DRUGIH PROCESNIH UDELEŽENCEV

Vsaka stranka ima v teku pravnega postopka aktivno vlogo in mora sodišču predložiti dokaze, na podlagi katerih se lahko ugotovijo dejstva, ki so pomembna za odločbo.¹¹ Takšno procesno možnost imajo tudi tretje osebe, ki sodelujejo v pravdi (sospornik, državni odvetnik, državni tožilec).

Predlog za izvedbo dokaza se praviloma postavi že v tožbi¹², odgovoru na tožbo¹³, najkasneje pa na prvem naroku za glavno obravnavo. Le izjemoma se lahko nova dejstva in novi dokazi predlagajo tudi kasneje (po pravilih, ki veljajo za *ius novorum* – 286. člen ZPP).¹⁴

⁹ Tako se npr. po ustaljeni sodni praksi izvedensko mnenje, ki ga ena od pravnih strank sama pridobi pred pravdo, lahko upošteva le kot navedbe stranke, ne pa kot dokaz (ECLI:SI:VSRS:2009:II.IPS.647.2006, z dne 5. februar 2009).

¹⁰ Ude, 2002: str. 255; gl. tudi Juhart, Jože (1961). Civilno procesno pravo FLRJ (Ljubljana: Univerzitetna založba): str. 305.

¹¹ Prim. ECLI:SI:VSRS:2004:II.IPS.544.2003, z dne 27. oktober 2003: »Vendar se uspeh dokazovanja tiste stranke, ki nosi dokazno breme po pravilih o materialnem dokaznem bremenu, prevali procesno dokazno breme na drugo stranko, ki mora potem z nasprotnim dokazom ovreči aktualen dokazni uspeh glavnega dokaza. Ker v konkretnem primeru tožencu to ni uspelo, se je tožnikov provizoričen dokazni uspeh spremenil v dokončen dokazni uspeh.«

¹² Tožnik mora dokazati t. i. pravotvorna dejstva, dejstva, iz katerih izvira njegov zahtev (Ude, 2002: str. 256; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344). Tako ECLI:SI:VSRS:2009:II.IPS.260.2007, z dne 29. januar 2009: »Breme dokazovanja le navideznosti zapisa v pogodbi o posojilu, v njej navedenega denarnega zneska in pogodbeno prevzetih obveznosti strank nosi tisti, ki jo zatrjuje in se nanjo sklicuje (212. člen ZPP), saj je sicer treba upoštevati kot pravilo določbo prvega odstavka 99. člena ob sklenitvi sporne pogodbe in sporazume še veljavnega ZOR, po kateri se določila pogodbe uporabljajo tako, kot se glasijo. Breme dokazovanja navideznosti sporne pogodbe in sporazuma sta torej nedvomno nosila tožnika.« Gl. tudi ECLI:SI:VSRS:2009:II.IPS.890.2006, z dne 16. april 2009: »Zaradi procesnega položaja, ki ga v pravdi ima, je bila tožnica tista, ki je morala dokazovati in dokazati resničnost tožnikovega avtorstva spornih spletnih komentarjev. Vendar z dokazi, ki jih je sodišče izvedlo na njen predlog, tožnica te svoje trditve ni uspela dokazati. Njihova dokazna moč je bila pač prešibka za argumentacijo, ki bi izključila vsak razumen dvom v resničnost toženčevega avtorstva.«

¹³ Toženec mora dokazati dejstva, na katera opira svoje ugovore (npr. ugovor nenastale pravice, ugovor ugasle pravice) (Ude, 2002: str. 256; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344). Glej tudi ECLI:SI:VSLJ:2001:I.CP.2012.2000, z dne 6. junij 2001; tudi ECLI:SI:VSKP:2001:I.CP.502.2001, z dne 11. december 2001; ECLI:SI:VSLJ:2002:I.CPG.1050.2000, z dne 14. februar 2001.

¹⁴ Kežmah, Urška & Ivanc, Tjaša (2018). Sodni izvedenci in stranke - problematika sodnomedicinskega izvedenstva v sodni praksi. V: Kraljić, Suzana (ur.), Reberšek Gorišek, Jelka (ur.) & Rijavec, Vesna (ur.). *Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik*, 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 276.

Sodišče dokazov ne izvaja po uradni dolžnosti (izjema so primeri, ko sodišče oceni, da gre za nedovoljena razpolaganja strank oz. določeni posebni postopki – npr. statusni spori). Ima pa sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva dolžnost, da z vprašanji oz. na drug primeren način zagotovi, da stranke navedejo pravno relevantna dejstva, da dopolnijo nepopolne navedbe in v tej zvezi tudi navedejo dodatna dokazna sredstva. Prav tako sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva od stranke zahteva, da na naroku za glavno obravnavo navede dejstva in se izjasni o tistih relevantnih okoliščinah, ki jih je treba ugotoviti v pravi (285. člen ZPP).

Dokazovanje pomeni ugotavljanje resničnosti trditev o dejstvih.¹⁵ Praviloma se dokazi izvajajo na prvem naroku za glavno obravnavo oz. na drugih narokih za glavno obravnavo (to narekuje tudi načelo koncentracije postopka). Na prvem naroku za glavno obravnavo se praviloma izvajajo dokazi predvsem v tej smeri, da se ugotovi, ali eventualno obstajajo kakšne procesne ovire za vodenje postopka (286. člen). Predmet dokazovanja so vsa dejstva, na katera stranke opirajo svoje zahtevke (oz. ugovore). Predmet dokazovanja pa v skladu z načelom *iura novit curia* niso pravna pravila.¹⁶ Treba pa je poudariti, da lahko sodišče že predhodno pisno pozove stranke, da predložijo posamezne dokaze, s katerimi npr. sodišče ugotavlja obstoj pravne sposobnosti, sposobnosti biti stranka oz. drugih procesnih predpostavk za vodenje postopka. To lahko sodišče stori že v fazi priprav na glavno obravnavo, v fazi predhodnega preizkusa tožbe.

Na glavni obravnavi se torej izvajajo dokazi, na podlagi katerih se ugotavlja dejansko stanje, na podlagi katerega sodišče uporabi materialno pravo in odloči o utemeljenosti tožbenega zahtevka. V tožbi, odgovoru na tožbo, pa tudi v pisnih vlogah in na sami glavni obravnavi stranke vedno navajajo svoje verzije spornega pravnega odnosa in tudi predlagajo dokaze, s katerimi dokazujejo in utemeljujejo svoje navedbe. O izvedbi predloženih dokazov odloča sodišče. Praviloma v praksi sodišče najprej zasliši stranke in se šele na podlagi tega odloči, katere dokaze bo še izvedlo, kajti na podlagi zaslišanj strank lahko sodišče že ugotovi, katera dejstva so med strankami eventualno nesporna¹⁷ ter katera dejstva so sporna. Sodišče lahko v okviru zaslišanja zahteva, da se stranka izjasni o dokazih nasprotne stranke in obratno. To navsezadnje zahteva tudi načelo kontradiktornosti. Šele na podlagi tega

¹⁵ Juhart, 1961: str. 354; Triva, Siniša, Belajec, Velimir & Dika, Mihajlo (1986), *Gradansko parnično procesno pravo*, 6. spremenjena in dopolnjena izdaja (Zagreb: Narodne novine), str. 356; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344.

¹⁶ Ude, 2002: str. 257; Lüke, 2006: str. 269.

¹⁷ Glede dokazovanja velja kot temeljno pravilo, pravilo o dokaznem bremenu. Nasprotje temu pravilu pa je pravilo, ki je logična posledica načela kontradiktornosti, to je pravilo, da nespornih dejstev ni treba dokazovati. Pravdni stranki sta tisti, ki determinirata dejansko podlago odločitve sodišča (ECLI:SI:VSLJ:2001:I:CP.2012.2000, z dne 6. junij 2001),

lahko sodišče odloči, katera sporna dejstva je treba dokazovati in na kakšen način bo sodišče dokaze izvedlo.¹⁸ Sodišče ima dolžnost, da odloči o vseh predlaganih dokazih, to pomeni, da v končni obrazložitvi sodne odločbe obrazloži tudi, zakaj posameznih dokaznih predlogov ni izvedlo. V teoriji se poudarja, da mora sodišče načeloma izvesti predlagane dokaze strank, saj predstavlja nedopustna zavrnitev dokaznega postopka kršitev pravice do izjave v postopku.¹⁹

Sodišče lahko s sklepom izvedbo predlaganih dokazov iz upravičenih razlogov tudi zavrne.²⁰ Tako lahko sodišče zavrne izvedbo dokaza, ki naj bi služil ugotovitvi dejstva, ki ni pravno relevantno ali je že dokazano. Sodišče lahko zavrne izvedbo dokaza, ki je povsem neprimeren za ugotovitev določenega dejstva.²¹

Poudariti je treba, da po mnenju teorije²² in sodne prakse²³ dokazovanje ni omejeno zgolj na dokazna sredstva, kot jih predvideva ZPP. To v praksi pomeni, da se lahko dokazuje z vsemi dokazili, ki pa ne smejo nasprotovati pravnemu redu in temeljnim načelom postopka.²⁴

Tako sodišče v praksi izvede dokaz z izvedencem, če je za potrebe ugotovitve dejanskega stanja treba uporabiti strokovno znanje, s katerim sodišče ne razpolaga.²⁵ Strokovno znanje, zaradi katerega se pojavi potreba po izvedbi tega dokaza, se nanaša na različne stroke: tehniko (arhitektura, gradbeništvo, elektrotehnika, informatika), medicino (splošna kirurgija, ginekologija, travmatologija, ortopedija, sodna medicina, itd.), geodezijo, varstvo pri delu, računovodstvo itd. Predmet izvedenskega dela pa nikoli ne more biti razlaga in uporaba zakona oziroma drugih normativnih aktov. Izvedensko delo sodnega izvedenca torej sestavlja: a) *izvid*, v katerem izvedenec opiše dejanske ugotovitve,

¹⁸ Zobec (v Ude et al., 2006: 357) poudarja, da mora v primeru, ko stranka ni navedla vseh pravno relevantnih dejstev, sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva stranko opozoriti na pomanjkljive navedbe (to velja tako za navedbe tožnika kot ugovore toženca).

¹⁹ Betetto, Nina (2003). Ustavna procesna jamstva v dokaznem postopku, Pravna praksa št. 21, str. 18-21; gl. tudi Zobec v Ude et al., 2006: str. 357.

²⁰ Pri tem pa obrazložitev zavrnitve dokaza ne sme vsebovati vnaprejšnje dokazne ocene (npr. da se priči zaradi določenih okoliščin ne bo moglo verjeti tega, kar bo izpovedala (ECLI:SI:VSLJ:2005:II.CP.1623.2005, z dne 13. april 2005).

²¹ Galič, Aleš (1999). Pravica do kontradiktornega postopka – ustavni vidik, Podjetje in delo, št. 6-7, str. 1170-1172; Zobec v Ude et al., 2006: str. 358.

²² Zobec v Ude et al., 2006: str. 359; Rechberger & Simotta, 1986: str. 353.

²³ Prim. ECLI:SI:VSRS:2000:II.IPS.27.2000, z dne 28. junij 2000.

²⁴ Tako npr. Reichold poudarja, da je detektor laži nedopustno dokazno sredstvo, tudi če bi oseba podala soglasje za njegovo uporabo (Reichold, Klaus v Thomas, Heinz, Putzo, Hans, Reichold, Klaus & Hüßtege, Rainer (2002). Zivilprozessordnung Kommentar (München: Verlag C. H. Beck), str. 469).

²⁵ Izvedenec je oseba, ki na podlagi svojega strokovnega znanja izdaja izvedenska mnenja in pomaga sodniku pri ugotovitvi pravno relevantnih dejstev (Ude, 2002: str. 271).

do katerih je prišel na temelju svojega strokovnega znanja in; b) *mnenje*, kjer izvedenec poda oceno ugotovljenega dejstva s stališča svoje stroke.²⁶

Izvedenca je treba ločiti od t. i. izvedene priče. V primeru, ko strokovnjak izpoveduje o dejstvih, ki jih je sam opazil, ker ima potrebno strokovno znanje, v postopku ne nastopa kot izvedenec, ampak kot izvedena priča.²⁷ Priča namreč na sodišču izpove, kaj dejansko ve o samem primeru. Sodni izvedenec pa sam ni povezan s sodnim primerom, v katerem naj bi podal svoje strokovno mnenje. Svoje strokovno mnenje namreč sodni izvedenec poda zgolj o posameznih elementih primera, za katere je prejel zaprosilo sodišča.²⁸

Ob upoštevanju zgornjih izhodišč je zato bistveno, da stranke tudi pri dokazovanju z izvedencem konkretno opredelijo, o čem naj izvedenec izdela izvid in mnenje, največkrat jih sodišče tudi pozove, da postavijo vprašanja, ki jih naj sodišče postavi izvedencu. Pri tem pa opozarjamo na nevarnost, saj sodišča velikokrat nekritično povzemajo vprašanja strank v svoje sklepe o postavitvi izvedenca, včasih prihaja celo do situacij, ko so vprašanja strank nasprotujoča, se izključujejo, ali pa gre celo za pravna vprašanja, ki so v pristojnosti sodišča. V teh primerih je ključno, da izvedenec s svojim strokovnim znanjem odgovori na vprašanja sodišča tako, da ne opravi dokazne ocene namesto sodišča, ampak odgovarja izključno na tista vprašanja, na katera lahko odgovori kot strokovnjak. Pri vprašanjih, na katera kot strokovnjak ne more odgovoriti, pa naj na to dejstvo opozori sodišče.²⁹

4. SAMOSTOJNI DOKAZNI POSTOPEK Z IZVEDENCEM (268.A ČLEN ZPP)

Novela ZPP-E je po nemškem vzoru v slovenski pravdni postopek uvedla institut predpravnega izvedenskega mnenja. Pri tem naj na tem mestu opozorimo, da so stranke v praksi že sedaj velikokrat pred pravdo same pridobile izvedensko mnenje, ki so ga uporabile za pogajanja z nasprotno stranko ali za vložitev tožbe. Problem tovrstnih mnenj je bil, da niso bila pridobljena znotraj sodnega postopka in je zato nasprotna stranka velikokrat nasprotovala njihovi uporabi v konkretnem

²⁶ Tako tudi Kraljić, Suzana (2018). Medicinska sestra in sodno izvedenstvo. V: Kadivec, Saša (ur.). *Zbornik prispevkov*, Strokovno srečanje Izzivi managementa zdravstvene nege danes za boljši jutri (Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu), str. 12.

²⁷ Ude, 2002: str. 271; Zobec v Ude et al., 2006: str. 484; Juhart, 1961: str. 388.

²⁸ Borg, Elaine (2004). The Nurse as an Expert Witness. *Canadian Nurse* 100(6), str. 38-39; Kraljić, 2018: str. str. 11.

²⁹ Kežmah & Ivanc, 2008: str. 278.

sodnem postopku. Sodna praksa je glede tovrstnih mnenj skladna in dosledno je uveljavljeno stališče, da je treba predpravdna izvedenska mnenja, ki jih je pridobila zgolj ena od strank, šteti kot dejanske navedbe te stranke, ki so strokovno argumentirane.³⁰ Ali so stroški tako pridobljenega izvedenskega mnenja kasneje v pravdi priznani kot potrebni pravdni stroški, sodišče odloča upošteva določbo 155. člena ZPP. Sodišče namreč pri odločanju o tem, kateri stroški naj se povrnejo stranki, po skrbni presoji vseh okoliščin upošteva samo tiste stroške, ki so bili potrebni za pravdo. Pri tem pa sodišče, ko odloča o potrebnosti pravnih stroškov odloča po prostem preudarku, upoštevajoč okoliščine vsakega posameznega primera. Starejša sodna praksa je stroške pred pravdo pridobljenih izvedenskih mnenj zavračala,³¹ novejša³² pa dopušča da so ob ustrezni utemeljitvi tudi takšni stroški pravdni stranki priznani kot potrebni pravdni stroški. Nova možnost pridobitve izvedenskega mnenja pred pravdo v skladu z 268.a členom ZPP zato pomeni precejšnjo olajšavo procesnega položaja strank. V skladu z določbo 268.a člena ZPP namreč lahko sodišče pred pravdo sodišče na predlog stranke izvedencu naloži izdelavo izvida in mnenja, če lahko ugotovitve izvedenca služijo izogitvi pravnemu sporu, in sicer da izvedenec ugotovi:

- a) stanje osebe oziroma stanje ali vrednost stvari;
- b) vzrok škode oziroma napak stvari;
- c) ukrepe za odpravo škode oziroma napak stvari.

Postopek se v tem primeru izvede s smiselno uporabo določb ZPP glede zavarovanja dokazov (265. do 268. člen ZPP). Stroške takšnega izvedenska mnenja ob smiselni uporabi določbe 167. člena ZPP nosi stranka, ki dokaz z izvedencem predlaga. Ta stranka v tej fazi krije tudi stroške nasprotne stranke oz. stroške začasnega zastopnika, če je le-ta postavljen. Vendar pa lahko ta stranka v primeru, če vloži tožbo, te stroške uveljavlja kot potrebne pravdne stroške glede na uspeh v pravdi. Tako pridobljeno izvedensko mnenje seveda stranka lahko uporabi tudi v morebitni pravdi.³³

³⁰ ECLI:SI:VSRS:2008:II.IPS.713.2005, z dne 21. februar 2008; ECLI:SI:VSLJ:2014:II.CP.1634.2014, 24. september 2014.

³¹ Npr. ECLI:SI:VSKP:2002:I.CP.1043.2001, z dne 4. junij 2002.

³² »Predpravdno, s strani stranke predloženo strokovno mnenje ni dokaz, ki bi konkuriral mnenju s strani sodišča postavljenega izvedenca. Pri zunajsodnem, s strani stranke pridobljenem strokovnem mnenju gre za strokovno argumentiran del strankinih navedb. Ob tako hudih škodnih posledicah, kot jih je utrpela tožnica, ni nikakršnega dvoma, da je ta strošek tako za postavitev kvalitetnega zunajsodnega zahtevka zoper zavarovalnico (ki ima svoje cenilce), kakor za postavitev odškodninskega zahtevka v pravdi, potreben po merilih 155. člena ZPP.« (ECLI:SI:VSRS:2016:II.IPS.195.2015, z dne 4. april 2016).

³³ Kežmah & Ivanc, 2008: str. 279.

5. UPOŠTEVANJE IZVEDENSKEGA MNENJA IZ DRUGEGA POSTOPKA

Sodnik bo načeloma upošteval vsak dokaz, ki ustreza načelu neposrednosti in kontradiktornosti. Do ureditve po ZPP-E je obravnavanje izvedenskega mnenja iz drugega (kazenskega postopka) določala sodna praksa. Kot dokaz je mogoče obravnavati le takšno izvedensko mnenje iz kazenskega spisa, ki ustreza procesnim standardom v luči načela neposrednosti in načela kontradiktornosti in glede uporabe katerega je podano soglasja volje pravnih strank.³⁴ Če do soglasja ne pride, se lahko mnenje izvedenca iz drugega postopka upošteva le v okviru trditvene podlage strank.³⁵ Soglasje je lahko dano tudi konkludentno, če ena stranka predlaga uporabo mnenja iz drugega postopka, druga pa temu ne nasprotuje.³⁶

ZPP-E je v novem 219.a členu predvidel možnost uporabe dokaza, ki je bil izveden v drugem postopku. Nova določba 219.a člena omogoča sodišču v primeru, ko je bil dokaz, ki ga je predlagala stranka, že izveden v kakšnem drugem sodnem postopku (npr. kazenskem), da na predlog stranke kot dokazno sredstvo uporabi zapisnik (npr. o zaslišanju priče) ali pisno izvedensko mnenje iz drugega sodnega postopka. Sodišče lahko na predlog stranke kot dokazno sredstvo uporabi zapisnik ali pisno izvedensko mnenje iz drugega sodnega postopka:

1. če stranki temu ne nasprotujeta ali
2. če sta bili obe stranki udeleženi v drugem sodnem postopku in dokaza ni mogoče več izvesti.

6. IMENOVANJE SODNIH IZVEDENCEV

Sodne izvedence na podlagi javnega poziva (t. i. *pozitivni sistem*; prej *sistem individualnega pristopa*³⁷) imenuje Ministrstvo za pravosodje za določeno strokovno področje in podpodročje izvedenstva. Ministrstvo za pravosodje

³⁴ ECLI:SI:VSLJ:2015:II.CP.708.2015, z dne 03.06.2015

³⁵ Čeprav je mogoče zaslediti tudi sodno prakso, ki navaja: Izvedensko mnenje iz drugega postopka je, če ni soglasja strank, dopustno le v izjemnih primerih, če ni kršena pravica stranke do kontradiktornega postopka in je imela možnost sodelovati pri izvedbi tega dokaza, postavljati vprašanja izvedencu, se izjaviti o rezultatih dokazovanja ter podati svoja pravna naziranja. ECLI:SI:VSLJ:2014:I.CP.3304.2013 z dne 21.5.2014.

³⁶ Ekart&Rijavec&Ude&Keresteš, Zakon o pravdnem postopku z novelo ZPP, uvodna pojasnila, GV Založba, Ljubljana 2017, str. 87.

³⁷ Tako Kraljić, Suzana & Stričević, Jadranka (2018). Je v sodnem izvedenstvu prostor za medicinske sestre? V: Dobnik, Mojca (ur.). *Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa : zbornik predavanj*, 2. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege (Maribor: Univerzitetni klinični center), str. 13-19.

dvakrat v koledarskem letu objavi poziv k predložitvi vlog za imenovanje sodnih izvedencev. Poziv se objavi glede na potrebe na posameznem strokovnem področju in podpodročju izvedenskega dela, ki se ugotovijo na podlagi obrazloženih predlogov predsednikov posameznih sodišč (4. člen ZSICT). Medicina, kot področje izvedenstva, ima številna podpodročja, kjer je mnogo sodnih izvedencev (npr. splošna kirurgija), medtem ko je na določenih specialističnih podpodročjih prisotno pomanjkanje ustreznih.³⁸ Pomanjkanje sodnih izvedencev je tako prisotno npr. na podpodročju družinske medicine (zgolj 2), maksilofacialna kirurgija (zgolj 1), klinična toksikologija (zgolj 1), nefrologije (zgolj 1) idr. Prav tako pa je treba izpostaviti, da v Sloveniji še nimamo sodne izvedenke s področja babištva. Izhajajoč iz imenika sodnih izvedencev prav tako izhaja, da zdravstvena nega ni opredeljena kot samostojno področje izvedenstva, kot je to medicina. Zdravstvena nega je uvrščena v področje »zdravstvo«, ki ima pet podpodročij: ambulantna zdravstvena nega, bolnišnična zdravstvena nega, fizioterapija, organizacija dela v zdravstvu ter psihiatrična zdravstvena nega. Zdravstveno nego (ambulantno, bolnišnično in psihiatrično) pokrivata zgolj dve sodni izvedenki.³⁹ Ker je področje sodnega izvedenstva na področju zdravstvene nege in oskrbe še dokaj pomanjkljivo, ne preostane drugega, kakor da se vključijo sodni izvedenci medicinske stroke, ki pa morajo biti pri svojem delu objektivni in morajo upoštevati strokovna pravila zdravstvene nege. Sodni izvedenec medicinske stroke tako ne sme presojati ravnanja medicinske sestre po profesionalnih standardih zdravnika (npr. kirurga), ampak po standardih, ki veljajo za druge medicinske sestre v istem ali podobnem okolju in v podobnih okoliščinah.⁴⁰ Slednjemu je pritrdilo tudi ameriško sodišče v zadevi *Sunnucks v. Tobique Valley Hospital*, kjer je sodišče zapisalo: »[Dr. Fortin, izvedenec] je komentiral zdravstveno nego, vendar njegove izjave ne bomo upoštevali, saj [kot izvedenec] ni kvalificiran, da bi dal podajal mnenje o zdravstveni negi.«

Za sodnega izvedenca je lahko imenovana fizična oseba, ki izpolnjuje z zakonom določene pogoje:

a) ima ustrezno strokovno znanje ter praktične sposobnosti in izkušnje za določeno področje dela izvedenstva;⁴¹

³⁸ Balažic, Jože (2018). Pomen in ovrednotenje sodnega izvedenstva v Sloveniji. In: Kraljić, S. et al. eds. Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik, 27. posvetovanje Medicina, pravo in družba (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 265.

³⁹ Kraljić & Stričević, 2018: str. 13-19.

⁴⁰ Kraljić, Suzana (2017). Odškodninska in kazenska odgovornost medicinskih sester v luči sodobnih domačih in tujih sodobnih primerov. In: Dobnik, M. (ed.). Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa : zbornik predavanj, (Maribor: Univerzitetni klinični center), str. 55-66.

⁴¹ Ameriško sodišče je v primeru *Freed v. Geisinger Medical Center, and HealthSouth Corporation* zapisalo, da je nekdo lahko sodni izvedenec samo, če ima več strokovnega znanja, kot ga imajo drugi v okviru običajnega obsega usposabljanja, znanja, intelligence ali izkušenj (Kraljić, 2018).

b) ima predbolonjsko univerzitetno izobrazbo ali končan bolonjski magistrski študijski program - Izjemoma je lahko imenovana za sodnega izvedenca, ki ima nižjo izobrazbo, kot je, če zaradi neobstoja ustrezne stopnje študijskega programa v RS ni mogoče izpolniti zahtevanega pogoja izobrazbe;

c) je državljan RS ali države članice EU ali države članice EGP in aktivno obvlada slovenski jezik;

d) je poslovno sposobna;

e) je osebnostno primerna - za delo sodnega izvedenca ni osebnostno primeren tisti, čigar delo oziroma ravnanje ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo izvedensko delo opravljal pošteno ali vestno oziroma ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo varoval ugled in verodostojnost sodnega izvedenstva. Šteje se tudi, da ta pogoj ni izpolnjen, kadar še ni minilo 5 let od pravnomočnosti odločbe o razrešitvi (2. odst. 17. člena ZSICT);

f) ima najmanj šest let delovnih izkušenj s področja, na katerem želi opravljati delo sodnega izvedenca;

g) ni bila pravnomočno obsojena za naklepno kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti, zaradi katerega bi bila moralno neprimerna za opravljanje izvedenstva, ker bi to lahko škodovalo nepristranskemu ali strokovnemu opravljanju njenega dela ali ugledu sodišča;

h) ne opravlja dejavnosti, ki ni združljiva s sodnim izvedenstvom;

i) ni bila razrešena kot sodni izvedenec, po določbah tega zakona iz razloga trajnega odvzema pravice opravljati delo sodnega izvedenstva (1. odst. 17. člena ZSICT).⁴²

Za delo sodnega izvedenca ni osebnostno primeren tisti, čigar delo oziroma ravnanje ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo izvedensko delo opravljal pošteno ali vestno oziroma ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo varoval ugled in verodostojnost sodnega izvedenstva. Šteje se tudi, da ta pogoj ni izpolnjen, kadar še ni minilo 5 let od pravnomočnosti odločbe o razrešitvi (2. odst. 17. člena ZSICT).

Kandidat, ki želi biti imenovan za sodnega izvedenca, izkaže ustrezno strokovno znanje ter praktične sposobnosti in izkušnje z opravljenim posebnim preizkusom

⁴² Kot posebnost je treba izpostaviti hrvaško ureditev, kjer je dodan še dodaten pogoj, in sicer da mora sodni izvedenec skleniti pogodbo o zavarovanju pred odgovornostjo za opravljanje sodnega izvedenca. S tem je hrvaški zakonodajalec dodatno poudaril pomen dela sodnega izvedenca, saj lahko le ta tudi s svojim delom povzroči strankam škodo (tako in več o tem glej Čizmić, Jozo (2018). Sodno izvedenstvo v medicini v luči hrvaške pravne ureditve. In: Kraljić, S. et al. eds. Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik, 27. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018 (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 197-231).

strokovnosti. Po opravljenem preizkusu bodo sodni izvedenci imenovani z dnem, ko bodo pred Ministrstvom za pravosodje izrekli prisego:

»Prisegam pri svoji časti, da bom izvedensko delo opravljal(-a) po svoji vesti, nepristransko, v skladu s pravili znanosti in strokovnega znanja ter da bom podajal(-a) svoje izvide in mnenja natančno in popolno.«

Če oseba v enem letu po opravljenem preizkusu strokovnosti ne priseže v skladu, razen če ne priseže iz razlogov, na katere sama ne more vplivati in je o tem seznanila Ministrstvo za pravosodje, se šteje, da je oseba umaknila vlogo za imenovanje in se postopek imenovanja ustavi. V vsakem primeru se postopek imenovanja ustavi, ko pretečeta dve leti od dneva opravljenega preizkusa strokovnosti in oseba v tem obdobju ni prisegla (prim. členi 17 do 21 ZSICT).

6. POSTAVITEV (MEDICINSKIH) SODNIH IZVEDENCEV IN OPREDELITEV NALOG

Izvedence medicinske stroke se v pravnih postopkih najpogosteje postavi v odškodninskih sporih, praviloma v zvezi z odmero nepremoženjske škode, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in drugih predpostavk odškodninske odgovornosti. Da bi se izognili očitkom arbitrarnosti, se odškodnina prisoja upoštevajoč ustaljeno sodno prakso v podobnih primerih, s tehtanjem blažjih in hujših škod, upoštevajoč vse individualne okoliščine primera, pri čemer gre zlasti za lastnosti oškodovanca, kot so starost, spol, poklic. Pri tem je sodnikom v pomoč iz dneva v dan obsežnejša sodna praksa, pomagajo pa si tudi s pomočjo izvedencev.

V primeru, ko sodišče odredi izvedbo dokaza z izvedencem, bo od strank zahtevalo, da se izjasnijo o tem, iz katerega strokovnega področja naj bo izvedenec. Sodišče lahko predhodno s strankami doseže tudi soglasje o imenovanju točno določenega izvedenca. Na ta način se namreč prepreči kasnejša razrešitev in imenovanje novega izvedenca, prav tako pa se razjasnijo tudi določene povezave z izvedencem in strankami (npr. sorodstvo, zakonska zveza itd.), ki so razlog za izločitev izvedenca.⁴³

Sodišče bo praviloma kot izvedenca postavilo osebo, ki se nahaja na seznamu oz. je vpisan v imenik stalnih sodnih izvedencev in cenilcev. Lahko pa sodišče postavi za izvedenca tudi osebo, ki se ne nahaja na seznamu sodnih izvedencev, vendar pa stranke soglasno predlagajo, da zaradi izredne strokovnosti izdela

⁴³ Podrobneje Trampuš, Ziba (2000). Izvedenstvo – procesni vidik, Pravosodni bilten, št. 3, str. 47-50.

izvedensko mnenje ta izvedenec. Pri tem je treba izrecno izpostaviti, da je seznam sodnih izvedencev le priporočilo - sredstvo, ki olajšuje iskanje in izbiro izvedencev in sodišče pri postavitvi izvedenca nanj ni vezano. Je pa v pravnih postopkih običajno, da sodišče praviloma postavi izvedenca iz seznama stalnih sodnih izvedencev.

Sodni izvedenec je torej oseba, ki je imenovana za neomejen čas s pravico in dolžnostjo, da sodišču na njegovo zahtevo poda izvid in mnenje glede strokovnih vprašanj, za katera tako določa zakon ali glede katerih sodišče meni, da mu je pri njihovi presoji potrebna pomoč strokovnjaka (1. odst. 1. člena ZSICT). Iz navedenega izhaja, da je lahko sodni izvedenec zgolj fizična oseba, ki ima posebno znanstveno ali strokovno znanje in izkušnje.⁴⁴ Sodni izvedenec to znanstveno in strokovno znanje, veščine in metode uporablja za dejstva, ki so predmet izvedenstva, in s katerim se prispeva k izpolnitvi načela iskanja materialne resnice v sodnih postopkih.⁴⁵

Če gre za kompleksnejšo zadevo, lahko sodišče določi dva ali več izvedencev. Takšen primer je npr. pogost v pravnih, kadar gre za kompleksnejše zadeve, npr. obsežnejšo nematerialno škodo, kjer je treba pridobiti več stališč različnih specialistov izvedencev medicinske stroke. O tem odloča sodišče, pri tem pa mora oceniti okoliščine, ki se nanašajo na kompleksnost in predmet izvedenskega dela.⁴⁶ Izhajajoč iz sodne prakse je sodišče štel, da je gre za zahtevno mnenje takrat, ko je naloga izvedenca tako zahtevna, da terja dodaten poglobljen študij, obsežne analize in preiskave, posvetovanje z drugimi strokovnjaki itd. Zahtevnost mnenja je odvisna tudi od obsežnosti dokumentacije, ki je podlaga za izdelavo mnenja, časa, ki ga ima izvedenec na voljo, kompleksnosti zadeve ter drugih dejavnikov, ki vplivajo na zahtevnost izvida in mnenja.⁴⁷ Kot izjemno zahtevna tako sodišča ocenjujejo le najbolj kompleksna in zapletena izvedenska mnenja, ko je na primer potrebno odgovoriti na več zahtevnih strokovnih vprašanj, obdelati več sklopov strokovnih vprašanj, ko je potrebno pritegniti k izdelavi mnenja tudi strokovnjake z drugih področij, preštudirati ogromno dodatne literature, ipd.⁴⁸ Na drugi strani pa je sodišče menilo, da dolžina mnenja ni merilo za presojo zahtevnosti izvedenskega mnenja (saj se mnogokrat.⁴⁹

⁴⁴ Kraljić, 2018: str. 11.

⁴⁵ Čizmić, 2018: str. 197-231.

⁴⁶ Zobec v Ude et al., 2006: str. 481.

⁴⁷ ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.216.2018, z dne 7. junij 2018; ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.15.2018.2, z dne 22. februar 2018; ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.71.2018.2, z dne 5. april 2018.

⁴⁸ ECLI:SI:VSLJ:2011:II.CP.100.2011, z dne 20. maj 2011.

⁴⁹ ECLI:SI:VSLJ:2010:II.CP.3422.2010, z dne 22. november 2010; ECLI:SI:VDSS:2016:P.SP.161.2016.1, z dne 14. julij 2017.

Izvedenci, ki so napravili izvedensko mnenje, morajo podpisati pisni izvid in mnenje. Če se njihovi izvidi in mnenja ne razlikujejo, lahko sodišče pozove samo enega od izvedencev, da mnenje na naroku dodatno pojasni oz. da ga dopolni.

Kadar je izvedensko delo zaupano strokovni ustanovi (npr. Fakultetna komisija za izvedenska mnenja pri Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljana), bo strokovna ustanova sama odredila osebo, ki naj napravi mnenje, razen če sodišče izrecno zahteva določenega strokovnjaka te ustanove.⁵⁰

Sodišče izvedenca postavi s sklepom, katerega odpravek se vroči strankam oz. njihovim zastopnikom ali pooblaščenecem, pa tudi izvedencu. V sklepu o imenovanju izvedenca in odreditvi dokaza z izvedencem mora sodišče označiti predmet izvedeništva in tudi podati nalog izvedencu, da izvrši in opravi izvedensko mnenje. Sodišče mora navesti tudi, o čem naj izvedenec napravi svoje mnenje in izvid, pa tudi rok, v katerem mora izvedensko mnenje napraviti.

Predsednik senata oz. sodnik posameznik lahko tudi zamenja že postavljenega izvedenca in na njegovo mesto imenuje drugega. Tako bo ravnal zlasti v primeru, če ugotovi, da obstajajo razlogi za izločitev izvedenca, če posamezen izvedenec sam zaprosi za razrešitev zaradi prevelike zasedenosti, bolezni ali drugih opravičljivih razlogov. Zoper sklep o razrešitvi izvedenca in imenovanju novega izvedenca ni posebne pritožbe.⁵¹

V sklepu o postavitvi izvedenca mora sodnik določiti obseg izvedenčevega dela in tudi opredeliti tista pravno relevantna dejstva, ki naj jih izvedenec pojasnjuje.⁵²

7. IZVID IN MNENJE IZVEDENCA

Izvedenec, ki ga je imenovalo sodišče, se mora odzvati pozivu sodišča in dati svoj izvid in mnenje (1. odst. 246. člena ZPP). Izjema seveda velja za primer, če so podani razlogi za izločitev izvedenca oz. izvedenec iz drugih opravičljivih razlogov ne more prevzeti izdelave izvedenskega mnenja. Mora pa izvedenec o obstoju takšnih okoliščin nemudoma obvestiti sodišče (4. odst. 246. člena ZPP). Pri tem je sodišče tisto, ki ugotavlja opravičljivost razlogov,⁵³ zaradi

⁵⁰ Izvedenec je lahko le fizična oseba. Tudi če opravlja izvedensko delo strokovna institucija, se v okviru le-te, določi oseba, ki izdelava izvedensko mnenje (Triva, Belajec & Dika, 1986: str. 434; Ude, 2002: str. 272).

⁵¹ Tako ECLI:SI:VSLJ:2000:I.CPG.1536.99, z dne 13. januar 2000.

⁵² Rijavec V. (2012). Dokaz z izvedenci, Podjetje in delo, št. 6-7, str. 1394 in nasl.

⁵³ »Pritožbeno sodišče ugotavlja, da izvedenec tudi po 14 mesecih od izteka s sklepom določenega roka za izdelavo izvedenskega mnenja le-tega sodišču ni predložil. Sodišču prve stopnje je sicer sporočil celo vrsto razlogov za zamudo in obljubljal, da ga bo v najkrajšem možnem času dostavil sodišču. Zakon o pravdnem postopku daje namreč izvedencu možnost, da ga sodišče oprostí dolžnosti podati izvedensko

katerih izvedenec zahteva razrešitev dolžnosti izdelave izvedenskega mnenja. Za opravičljive razloge bi šlo npr. v primeru, če je izvedenec dalj časa službeno odsoten, dalj časa zasebno zadržan, če je preobremenjen z izdelavo izvedenskih mnenj v drugih zadevah,⁵⁴ če je odsoten iz kraja prebivališča, če je v kakršnem koli razmerju s pravnimi strankami in podobno. Med opravičljive razloge je treba šteti tudi dejstvo, da bi pozvani sodni izvedenec izjavil, da meni, da njegovo znanje glede ni ustrezno, da bi v konkretni zadevi opravi izvedeništvo. Slednje je lahko podano, ko se zdravnika pozove za sodnega izvedenca za izvedeništvo, ki se striktno nanaša na delo na pristojnosti in kompetence medicinske sestre.⁵⁵ Nemški zakonodajalec je slednje celo izrecno uzakonil v § 407a ZPO, kjer je določil, da mora pozvani izvedenec takoj preveriti, ali naloga, ki mu jo je sodišče zaupalo, spada v njegovo strokovno področje. Če ugotovi, da ne, mora nemudoma obvestiti o tem sodišče. S takšno zakonodajno ureditvijo se želi še dodatno vplivati na kakovost sodnega izvedenstva, saj se želi zagotoviti, da bodo sodni izvedenci opravljali sodno izvedenstvo samo v zadevah, kjer se išče njihova strokovnost, posebno znanje in izkušnje.⁵⁶

Pooblaščen delavec organa ali organizacije, v kateri je izvedenec zaposlen, lahko prav tako zahteva, da se izvedenca oprosti dolžnosti oprave izvedenskega dela, ker to narekuje varovanje državne, uradne ali poslovne skrivnosti oz. če je prisotnost izvedenca nujno potrebna na delovnem mestu zaradi narave službe itd.⁵⁷

V praksi se v posameznih primerih, zlasti npr. v odškodninskih zadevah, lahko že predhodno postavi več izvedencev, ki so specialisti vsak za svoje področje (npr. fakultetna komisija za izvedenska mnenja, ki določi izvedenca travmatologa, ortopeda, nevrologa itd.). V takšnem primeru lahko izvedenci dajo izvid in mnenje skupaj. Ni pa ovir, da ne bi podali vsak svojega mnenja in izvida ločeno. Če pa bi prihajalo do nestrinjanja med njimi, lahko v vsakem primeru podajo vsak svoj izvid in mnenje (254. člen ZPP).

mnenje, če so podani upravičeni razlogi, med katere sodi tudi preobremenjenost izvedenca (3. odstavek 246. člena ZPP).« (ECLI:SI:VSLJ:2007:I.CPG.53.2007, z dne 22. februar 2007).

⁵⁴ ECLI:SI:VSLJ:2017:I.CPG.1110.2017, z dne 20. december 2017.

⁵⁵ Wölk, Florijan (2008). Der Arzt als Sachverständiger. In: Ratzel, Rudolph & Luxemburg, Bernd (eds). Handbuch Medizinrecht (Bonn: Deutscher Anwaltsverlag), str. 1113-1133.

⁵⁶ Kraljić & Stričević, 2008: str. 13-19.

⁵⁷ Kežmah & Ivanc, 2018: str. 280.

8. SODELOVANJE SODIŠČA IN IZVEDENCA

V skladu z določbo 252. člena ZPP mora sodišče izvedencu označiti predmet, ki naj ga pregleda, ter mu dati navodila za njegovo strokovno delo, iz katerih bo izvedenec pripravil izvid in mnenje. Kot že izpostavljeno je faza dokazovanja v domeni sodišča.⁵⁸ Pomembno je, da lahko sodišče izvedencu daje pojasnila, na njegovo prošnjo mu lahko dovoli tudi pregled spisov. V kolikor izvedenec to predlaga, lahko sodišče izvede kakšne dodatne dokaze, vse, da se ugotovijo okoliščine, ki so pomembne za izdelavo izvedenskega mnenja. Izvedenec je namreč strokovni pomočnik sodišča.⁵⁹

Kadar sodišče to zahteva, ima izvedenec dolžnost, da pripravi in ponudi obrazložitev in odgovori na vprašanja, ki se nanašajo na metodo, ki jo je uporabil pri izdelavi izvedenskega mnenja, način ugotovitev dejstev in izdelave zaključkov ter tudi katera pravila stroke je pri svojem delu uporabil. Inicativo za takšno ravnanje izvedenca lahko podajo tudi stranke, praviloma to napravijo s pisno vlogo ali na naroku za glavno obravnavo, kot pripombe na izvedensko mnenje oz. s predlogom za dopolnitev izvedenskega mnenja.

Običajno je, da lahko izvedenci (kar izvedenci v praksi pogosto izvajajo) zahtevajo od sodnika dodatna pojasnila. Takšno sodelovanje je potrebno, kajti to je garancija za uspešno izvedbo dokaza z izvedencem, vse v smislu pravilne in popolne ugotovitve dejanskega stanja.

V praksi se dogaja tudi, da stranke izvedence pri njihovem delu ovirajo (npr. se ne odzivajo na vabilu na osebni pregled, ...).⁶⁰ V teh primerih mora sodišče v skladu z določbo 3. odst. 252 člena presoditi, kakšen pomen ima to, da stranka ovira izvedenca pri njegovem delu.

9. PRIPOMBE STRANK NA IZDELANO IZVEDENSKO MNENJE

Stranke velikokrat ugotovitvam izvedenca ugovarjajo, ker se izvedensko mnenje ne sklada z njihovimi pričakovanji ali zahtevami. Pri tem kaže opozoriti na stališče sodne prakse, da dokaz z izvedencem ni sredstvo poenotenja pogledov strank na dejanska vprašanja, o katerih je izvedenec podal mnenje, ampak eno od sredstev ugotavljanja spornih dejstev.⁶¹

⁵⁸ Prim. Zobec v Ude et al., 2006: str. 491.

⁵⁹ Rijavec, 2012: str. 1396; gl. tudi ECLI:SI:VSLJ:2009:IV.CP.4662.2008, z dne 3. februar 2009.

⁶⁰ Kežmah & Ivanc, 2018: str. 281.

⁶¹ ECLI:SI:VSRS:2006:II.IPS.410.2005, z dne 26. oktober 2006.

Kadar sodišče oceni, da je izvedensko mnenje potrebno dopolniti, slednje izvedencu naloži. V praksi so praviloma dopolnitve izvedenskega mnenja odrejene pisno. Izvedenec pa lahko na pripombe strank odgovori tudi v okviru ustnega zaslišanja na glavni obravnavi. V teh primerih je smiselno, da se izvedencu skupaj z vabilom vročijo tudi pripombe pravnih strank, saj se bo le-tako lahko ustrezno pripravil na zaslišanje in ustno podajanje mnenja.

Ustna obravnava dokaza z izvedencem bo potrebna v primeru strankinih pripomb, v primeru ko je mnenje pomanjkljivo, težje razumljivo ali nasploh toliko kompleksno, da je posamezna strokovna vprašanja treba razčistiti z izvedencem ustno na glavni obravnavi. V primeru torej, ko mnenje (po oceni sodišča) ni dovolj izčrpno, natančno, nedvoumno, razumljivo in jasno, je ustna dopolnitev nujna. Neposredno zaslišanje je nenadomestljivo vselej, ko so potrebna medsebojna pojasnila. Takšna pojasnila so potrebna tudi tedaj, ko je treba razčistiti nasprotje med izvedenskim mnenjem in preostalim procesnim gradivom.⁶²

Pri tem novejša sodna praksa uveljavlja zaslišanje izvedenca kot pravilo in ne izjemo.⁶³ To izhaja tudi iz temeljnega načela neposrednosti in ustnosti, določenega v 4. členu ZPP, in sicer da sodišče odloči o tožbenem zahtevku na podlagi ustnega, neposrednega in javnega obravnavanja. Če se izvedensko mnenje graja glede okoliščin, ki so pravno pomembne za rešitev spora, je zaslišanje izvedenca nujno. Taka opustitev namreč lahko vpliva na zakonitost in pravilnost sodbe in tako predstavlja bistveno kršitev določb pravnega postopka po prvem odstavku 339. člena ZPP.⁶⁴

Tudi v primeru, ko je sodišče določilo več izvedencev, bo praviloma nejasnosti v izvidih izvedencev, zlasti v primerih, kadar se ti razhajajo v večjem delu ali pa so nejasni, nepopolni, poskušalo odpraviti najprej z zaslišanjem izvedencev. V primeru, ko tudi na podlagi zaslišanja izvedencev sodišče ne bo imelo dovolj trdne osnove za nadaljnje delo, bo sprejelo sklep, s katerim bo postavilo novega izvedenca.⁶⁵

V primeru, ko je izdelalo o nekem vprašanju izvedensko mnenje več izvedencev iste stroke (kar je primer zlasti v kompleksnih pravnih), bo sodišče najprej soočilo

⁶² Prim. tudi ECLI:SI:VSLJ:2009:IV.CP.4662.2008, z dne 3. februar 2009.

⁶³ Iz sodne prakse izhaja, da še zlasti v zadevah, v katerih dejansko stanje posega na strokovno zahtevna področja (npr. medicine in njenih specialističnih strok), ki zahtevajo kompleksen pristop strokovnjakov tega področja, in v zadevah, v katerih več izvedencev poda (sprva celo delno različna) mnenja, je zaradi odstranitve vsakršnega dvoma v pravilnost ali popolnost mnenja, dodatno zaslišanje izvedencev na obravnavi potrebno. ECLI:SI:VSRS:2012:II.IPS.182.2012, z dne 15.11.2012.

⁶⁴ ECLI:SI:VSCE:2011:CP.1168.2010, z dne 16. junij 2011; ECLI:SI:VSRS:2016:II.IPS.40.2016, z dne 10. marec 2016.

⁶⁵ Če stranka predlaga dodatno zaslišanje izvedenca ali novega izvedenca, to ne predstavlja novega dokaznega predloga. Če pa bi stranka spremenila predmet dokazovanja, pa bi šlo za nov dokazni predlog in velja tudi omejitev glede navajanja dejstev in dokazov (Zobec v Ude et al., 2006: str. 502).

izvedence in poskušalo odpraviti nejasnosti med njimi, šele če to ne bo uspešno, bo sodišče postavilo novega izvedenca.

V primeru, ko je sodišče predhodno v isti zadevi že postavilo več izvedencev, pa se njihova mnenja razlikujejo oz. so nepopolna ali nasprotna, ali če sodišče dvomi v točnost mnenja, sodišče ne bo postavilo novega izvedenca, ampak bo najprej zaslišalo in soočilo izvedence. Šele če ta dokaz ne prinese posebnega premika v smislu, da se odpravijo nesoglasja oz. nasprotja, bo sodišče v končni fazi vseeno zaprosilo za novo izvedensko mnenje drugega izvedenca.

10. SKLEP

Sodnomedicinsko izvedenstvo je ključnega pomena v mnogih sodnih zadevah, še posebej pa v civilnopravnih odškodninskih zadevah kakor tudi v delovno-oziroma socialnopravnih zadevah.⁶⁶ Izvedenec je namreč pomočnik sodišča, saj ima znanje, ki ga sodišče ne poseduje, a je lahko nujno potrebno za rešitev spora. Zato je ključnega pomena, da sodnik in sodni izvedenec medsebojno sodelujeta in komunicirata (npr. izvedenec prosi sodišče za dodatna pojasnila ali dokumentacijo, ki jo potrebuje za svoje delo). Kljub temu, da je področje sodnomedicinskega izvedenstva v Sloveniji zadovoljivo pokrito, ne gre prezreti, da na določenih podpodročjih medicine primanjkuje (oziroma jih celo ni) sodnih izvedencev.

THE ROLE OF COURT APPOINTED EXPERTS IN CIVIL IN JURISPRUDENCE WITH EMPHASIS ON MEDICAL COURT EXPERTISE

Health workers independently carry out all jobs for which they have adequate training, are professionally trained and have the appropriate equipment. They take ethical, professional, criminal and material responsibility for their work. Nevertheless, in everyday work, there are mistakes that affect two of the greatest human values: health and life, and are often irreversible. These errors often receive epilogue in civil and criminal proceedings, what includes court experts in the medical profession.

Key words: *judicial expert, expert in medical profession, civil litigation, damage, evidence, expert opinion*

⁶⁶ Npr. ECLI:SI:VDSS:2013:PSP.436.2012, z dne 14. marec 2013.

Dr sc. Hajrija Mujović, naučni savetnik/gostujući profesor
Centar za pravna istraživanja Instituta društvenih nauka u Beogradu

ZNAČAJ SLUČAJNIH NALAZA U MEDICINI SA STANOVIŠTA MEDICINSKOG PRAVA

UDK: 614.253.8

614.256:34

Primljeno: 20. veljače 2019.

Prethodno priopćenje

Savremena medicinska praksa iznedrila je različita pitanja, pa i situacije slučajnih nalaza. Takve rezultate karakterišu istovremeno etičke i pravne dileme, a u odlučivanju pribegava se različitim pravnim kvalifikacijama koje su uslovljene konkretnim slučajem. Centralna pitanja su da li otkriti takav nalaz pacijentu, pošto on nije ni tražen, kao i da li to znači obavezu daljeg medicinskog postupanja gde se pristanak pacijenta pretpostavlja. Polazi se od toga da svakoj dijagnostici, intervenciji ili zahtevu treba da prethodi plan onog ko to sprovodi i informisanost onog koga se nalaz tiče. Uzimaju se u obzir različite forme pristanka, pa i kada je on hipotetički. Medicinski ishodi i pravne konsekvence mogu biti različiti. Njih isto prati rizik. Metodološki pristup je sistemski i uporednopravni sa studijom slučaja iz sudske prakse. Zaključuje se, kada se posmatra teorija i praksa ovih slučajeva, da je za njih u najvećoj meri relevantno poimanje dužnog obaveštavanja pacijenta i ispunjenosti načela pristanka (*informed consent*). Preveniranje eventualne odgovornosti lekara i drugog osoblja, gde bi se postavio odštetni zahtev vezan za slučajni nalaz, zasniva se upravo na poštovanju ta dva uslova zakonitog i etički zasnovanog postupanja.

Ključne reči: *medicina, pacient, slučajni nalaz, odgovornost za štetu*

1. UVOD

Mnoga pitanja koja se tiču tretmana ljudi u sistemu zdravstvene zaštite postaju aktuelna zbog primene sve više dostupnih, visoko preciznih i tehnološki unapređenih metoda dijagnostike i terapije, uz istovremeno uvećan protok zdravstvenih informacija. Dobre strane takve prakse su povećanje mogućnosti bržeg i opsežnijeg tretmana, što generalno podiže kvalitet zdravstvene zaštite, ali ga isto tako može kompromitovati ukoliko se ne poštuju prava pacijenata korisnika koji ulaze u određene zahvate i različite procedure. Neki aspekti tretmana u svemu tome mogu postati sporni kako sa stanovišta medicinske etike, tako i medicinskog prava, naročito u delu obaveštavanja, pristanka i poverljivosti podataka o pacijentu. Jedan od primera mogućih sporenja jesu upravo slučajni nalazi do kojih može doći zdravstveni profesionalac, pre svega lekar, u pružanju usluga određenih specijalističkih grana i oblasti praktičnog rada. Reč je o merenju rezultata i efekata

medicinskih mera i proceni stručnosti preduzetih ili nepreduzetih zahvata. U medicinskoj i pravnoj literaturi o slučajnim nalazima govori se u najvećoj meri u oblasti humane genetike. Razlog tome leži u specifičnosti metoda genetičkog ispitivanja, pre svega sekvenciranja gena, čiji rezultati mogu višestruko da obeleže stanje zdravlja, predispozicije, prognoze i rizike onoga ko se ispituje i sa njim povezanim licima. Otuda se, vezano za ova pitanja, aktuelizovalo i pravo pacijenta da ne zna. Praktično, čitav kompleks prava može biti pokrenut kada su u pitanju slučajni nalazi. Pored toga, uzima se da svaka grana medicinskog postupanja nosi svoje osobenosti rada kao što su, na primer, nalazi u radiologiji ili neurologiji.¹ Sve situacije vezane za dobijene nalaze najčešće su sagledavane isključivo sa etičke strane, dok nekog pravnog odgovora nije bilo. Objašnjenje za takav pristup jednim delom nalazi se u posebnostima slučajeva nalaza, gde se teško može zauzeti pravno ujednačen stav. Ipak, praksa sve više nameće zahtev da se i takve situacije objasne u kontekstu dužne prakse zdravstvenih profesionalaca, kao i prava pacijenata kod kojih se otkrije slučajni nalaz i pokazuje se da je to za njih od bitnog značaja. Okolnost slučajnog nalaza može uticati da se predložena medicinska mera ne ostvari na planirani način ili da se ona ostvari uz previd ili prećutkivanje slučajnog nalaza. Slične medicinske situacije mogu biti aktuelne i kod medicinskog veštačenja putem DNK analize, u kom slučaju bi se saopštavanjem slučajnog nalaza izašlo iz okvira zadatka veštačenja. Može se postaviti i pitanje kolizije zakonskih propisa i etičkih pravila, pri čemu treba uvek imati u vidu aspekt preteće pravne odgovornosti po zdravstvenog profesionalca koji bi se rukovodio isključivo etičkim i staleškim pravilima.

2. PRAVNI IZVORI

Relevantni pravni izvori vezuju se pre svega za oblast zdravstvenih usluga i prava pacijenata. Oni se mogu posmatrati kako šire, tako i uže imajući u vidu samo nacionalnu regulativu. U prošlosti je potreba potpunije zaštite ljudskih prava u oblasti zdravlja i uopšte pravnog pristupa problemima, a ne samo njihovo etičko i stručno razmatranje, bila zacrtana već u dokumentima Svetske zdravstvene organizacije.² Za razvoj prava Republike Srbije u ovom domenu od značaja je

¹ R. J. Brenner, L. Lucey, J. Smith, R. Saunders, "Radiology and Medical Malpractice Claims: A Report on the Practice Standards Claims Survey of the Physician", Insurers Association of America and the American College of Radiology, www.ajronline.org by 178.148.219.3 on 01/24/19 from IP address 178.148.219.3; S.A. Tovino, Incidental Findings: A Common Law Approach, Drake University Law School, Accountability in Research, 15/2008, DOI: 10.1080/08989620802388705, str. 242-261.

² Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, World Medical Association, 1981/1995; Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, ICP/HLE 121, World Health Organization Amsterdam, 1994.

evropski prostor. Začeci evropskog koncepta pacijentovih prava prepoznaju se prvi put u Povelji o hospitalizovanom pacijentu koja je, shodno nazivu, bila specifično namenjena bolničkom pacijentu, što ne znači da je ignorisala druge pacijente u zdravstvenom sistemu.³ Nju je 1979. godine usvojio Bolnički komitet E.E.C želeći da ostane u okvirima svoje uloge i da uobliči pacijentova prava u bolničkoj situaciji, a po ugledu na Bostonsku povelju pre toga usvojenu u Sjedinjenim Američkim Državama.⁴ Na dugačkoj listi prava ona koja se tiču zdravstvene zaštite zauzimaju veoma važno mesto, jer se ljudski život i zdravlje smatraju vrednostima najvišeg ranga.⁵ Pacijentova prava u isto vreme određena su i prepoznata kao lična prava svakog pojedinca.⁶ Savet Evrope ima dugu aktivnost u onome što se podrazumeva pod pitanjima biomedicine i unosi humaniji pristup u širokoj primeni novih tehnologija u biologiji, biohemiji i biomedicini.⁷ Pola veka posle prvih međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima uopšte, doneta je posebna Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (1997),⁸ usvojena od strane Saveta Evrope u Oviedo-u. Ona manifestuje težnju za harmonizacijom u standardima zdravstvene nege i zaštitom pojedinca u kontekstu sve bržeg naučnog i tehnološkog razvoja u medicini i biologiji. Važan dokument koji se oslanja na rešenja Konvencije jeste Evropska povelja o pacijentovim pravima⁹ (2002), koja daje minimum regulative i ističe broj od četrnaest osnovnih pacijentovih prava, kao i četiri protokola same Konvencije.

³ Charter of the Hospital patient, Hospital Committee of the E.E.C, Luxembourg, 1979 (videti: čl.25 Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima 1948, čl.11 i 13 Evropske socijalne povelje 1961, čl.12.1 Međunarodne konvencije OUN o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima 1966, i Rezolucije 23.41 Svetske zdravstvene organizacije 1970).

⁴ Charter of the Hospital patient, Boston, 1973; videti više: H. Mujović Zornić, "Pogled na Evropsku povelju o pacijentovim pravima", *Pravni život*, 9/2006, str.387.

⁵ J. Radišić/H. Mujović-Zornić, *Pomoć pacijentima u ostvarivanju njihovih prava* : Zapadna Evropa kao uzor Srbiji, Beograd, 2004, str.11.

⁶ E. Deutsch, Erwin, „Das Persönlichkeitsrecht des Patienten“, *Archiv für die civilistische Praxis*, 192/1992, str.161; A.Gams, *Uvod u građansko pravo* Opšti deo, Beograd, 1979, str.142; V. Vodinić, *Građansko pravo* Uvodne teme, Beograd, 1991, str.45.

⁷ *Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*, ICP/HLE 121, World Health Organization, Copenhagen, 1994; Convention of Human rights and Biomedicine, Oviedo, 4 April 1997, <http://www.tufts.edu/departments/fletcher/multi/texts/biomed.txt>; *European Charter of Patients' Rights* - Basic document, Active Citizenship Network, Rome, 2002.

⁸ Convention of Human rights and Biomedicine, Oviedo, 4 April 1997, <http://www.tufts.edu/departments/fletcher/multi/texts/biomed.txt> ; videti više: H.D.C.Roscam Abbing, "Rights of patients in European Context – Ten Years and After", *European Journal of Health Law*, 11/2004, str.8; H.Mujović Zornić, „Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept“, *Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse*, Neum (BiH), 2005, str. 256 (Konačan naziv Konvencije skraćen, u radnoj verziji glasio: Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. Potpisale su je 17 država: Danska, Estonija, Finska, Francuska, Grčka, Italija, Letonija, Litvanija, Luksemburg, Holandija, Norveška, Portugalija, Rumunija, San Marino, Slovačka, Slovenija i Španija).

⁹ *European Charter of Patients' Rights* - Basic document, Active Citizenship Network, Rome, 2002.

Nacionalni izvori govore u prilog tome da u pravu Srbije postoji duga tradicija pravnog uređenja oblasti zdravstvene zaštite, počev od najranijih propisa koji su bili deo socijalnog i radnog prava, potom od autonomnih zakona iz oblasti zaštite i osiguranja, do usvajanja velikog broja posebnih zakona i podzakonskih akata. Pojedini zakoni su više puta revidirani, evaluirani i na njima se kontinuirano radi. Osnovne odredbe koje uređuju zdravstvenu zaštitu u najvećoj meri se tiču pružanja zdravstvenih usluga. Naime, zdravstvena zaštita predstavlja organizovanu i sveobuhvatnu delatnost društva sa osnovnim ciljem da se ostvari najviši mogući nivo očuvanja zdravlja građana i porodice.¹⁰ Cilj je kvalitetno i efikasno lečenje. Zdravstvena delatnost je delatnost kojom se obezbeđuje zdravstvena zaštita građana, pri čemu mere i aktivnosti zdravstvene zaštite treba da budu zasnovane na naučnim dokazima, odnosno da budu bezbedne, sigurne i efikasne i u skladu sa načelima profesionalne etike.¹¹ Poštuje se načelo stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i smanjivanja rizika i drugih neželjenih posledica po zdravlje i zdravstveno stanje pojedinca i zajednice u celini.¹² Na nivou zdravstvene ustanove propisuje se dužnost ustanove da sprovodi mere radi sprečavanja neželjenih komplikacija i posledica pri pružanju zdravstvene zaštite, kao i mere opšte sigurnosti za vreme boravka građana u zdravstvenim ustanovama.¹³ Zdravstveni radnici obavljaju zdravstvenu delatnost u skladu sa važećom zdravstvenom doktrinom i u skladu sa kodeksom profesionalne etike. Za svoj rad zdravstveni radnici preuzimaju stručnu, etičku, kaznenu i materijalnu odgovornost.¹⁴ U postupcima nadzora i kontrole rada propisuje se takođe da se stručna greška zdravstvenog radnika utvrđuje u disciplinskom postupku pred nadležnim organom komore, odnosno u postupku redovne i vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada zdravstvenih radnika.¹⁵

Oblast regulisanja pacijentovih prava u Srbiji takođe ima svoju predistoriju.¹⁶ Danas je na snazi poseban zakon koji uređuje vrste prava i njihovu zaštitu.¹⁷ U primeni zakona ima nerazumevanja, premda njegova rešenja nisu u skorije vreme pretrpela nikakve izmene i dopune. Zakon daje osnovne pojmove i u tom smislu definiše medicinsku meru kao zdravstvenu uslugu koja se pruža u preventivne,

¹⁰ Član 2 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017 - dr. zakon)

¹¹ Član 5, *ibid.*

¹² Član 23, *ibid.*

¹³ Član 80, *ibid.*

¹⁴ Član 169, *ibid.*

¹⁵ Član 197, *ibid.*

¹⁶ J.Radišić/M.Draškić/V.Vodinić/M.Popović/V.Stambolović/M.Samardžić, Povelja o pravima pacijenata, Pravo – Teorija i praksa, 12/1999, str. 39-46

¹⁷ Zakon o pravima pacijenata, "Sl. glasnik RS", 45/2013.

dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione svrhe.¹⁸ Pacijentu se garantuje jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu u skladu sa njegovim zdravstvenim stanjem, opšteprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta i uz poštovanje njegovih ličnih stavova. Pacijent ima pravo na sve vrste informacija o stanju svoga zdravlja, zdravstvenoj službi i načinu kako je koristi, kao i na sve informacije koje su na osnovu naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija dostupne. Tu ulaze i informacije o pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava. Informacije treba da budu date blagovremeno i na način koji je u njegovom najboljem interesu.¹⁹ Pacijent takođe ima pravo na blagovremenu i kvalitetnu zdravstvenu uslugu, u skladu sa zdravstvenim stanjem i utvrđenim stručnim standardima, što podrazumeva odgovarajući nivo pružanja zdravstvenih usluga i humanog odnosa prema pacijentu.²⁰

Od bitnog je značaja pravo pacijenta na obaveštenje, koje mu je potrebno kako bi doneo odluku da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku meru.²¹ Zakonom se propisuje opseg dužnog obaveštenja, ali se traži da on bude konkretizovan u svakom pojedinačnom slučaju.

U spornim slučajevima pokazuje se i da je pravo pacijenta na pristanak²² često krucijalno, te njegov zakonski izvor i osnov treba takođe dobro razložiti. Naime, pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih lica. Bez pristanka pacijenta ne sme se, po pravilu, nad njim preduzeti nikakva medicinska mera. Medicinska mera protivno volji pacijenta, odnosno zakonskog zastupnika deteta, odnosno pacijenta lišenog poslovne sposobnosti, može se preduzeti samo u izuzetnim slučajevima, koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa lekarskom etikom. Pacijent može dati pristanak na predloženu medicinsku meru izričito (usmeno ili pismeno), odnosno prećutno (ako se nije izričito protivio). Za preduzimanje predložene invazivne dijagnostičke i terapijske medicinske mere, neophodan je pismeni pristanak pacijenta, odnosno njegovog zakonskog zastupnika. Pacijenta ne obavezuje pristanak kome nije prethodilo potrebno obaveštenje u skladu sa zakonom, a nadležni zdravstveni radnik koji preduzima medicinsku meru, u tom slučaju snosi rizik za štetne posledice. Pristanak na predloženu medicinsku meru pacijent može opozvati (usmeno ili pismeno), sve dok ne započne njeno izvođenje, kao i za vreme trajanja lečenja,

¹⁸ Član 2 st.1 t.2, *ibid.*

¹⁹ Član 7, *ibid.*

²⁰ Član 9, *ibid.*

²¹ Član 11, *ibid.*

²² Član 15, *ibid.*

pod uslovima propisanim ovim zakonom. Pacijent ima pravo da odredi lice koje će u njegovo ime dati pristanak, odnosno koje će biti obavešteno o preduzimanju medicinskih mera, u slučaju da pacijent postane nesposoban da donese odluku o pristanku.²³ Nad pacijentom koji je bez svesti, ili iz drugih razloga nije u stanju da saopšti svoj pristanak, hitna medicinska mera može se preduzeti i bez njegovog pristanka, o čemu će se obavestiti članovi uže porodice, uvek kada je to moguće. Ova medicinska mera preduzima se na osnovu konzilijarnog nalaza. Ako se tokom operativnog zahvata pojavi potreba za njegovim proširenjem, koji se nije mogao pretpostaviti, proširenje operativnog zahvata može se obaviti samo ako je, na osnovu procene doktora medicine, odnosno doktora stomatologije koji preduzima taj zahvat, on neodložno potreban.²⁴

Pored navedenih zakonskih propisa za rad profesija u zdravstvu, naročito lekara, donose se i poštuju pravila u vidu staleškog prava i samoregulative.²⁵ Predviđa se dužnost lekara je da svoju profesionalnu aktivnost obavlja savesno, po pravilima medicinske struke i sa potrebnom pažnjom. Postoji apsolutna obaveza čuvanja ljudskog života i zdravlja, uz poštovanje osnovnog načela medicinske etike - *primarno ne naškoditi*.²⁶ Lekar je slobodan da izabere one metode profilakse, dijagnostike, terapije i rehabilitacije koje smatra najefikasnijim za konkretnog pacijenta.²⁷ Od bitnog je značaja zasnovanost lekarskih odluka. Naime, one treba da se zasnivaju isključivo na postupcima koji bolesniku olakšavaju trpljenje i ostvaruju zdravlje, stručno i etički ispravno, a odnos lekara prema pacijentu ne sme biti uslovljen bilo kojim neetičkim razlogom.²⁸ U pogledu načina lečenja, lekar predlaže i sprovodi postupke koji su neophodni za pouzdano dijagnostikovanje i lečenje koje je u skladu s proverenim standardima savremene medicinske nauke i etike. U lečenju pacijenta lekar postupa ekonomično i racionalno, izbegavajući nepotrebne preglede i postupke, bez obzira ko snosi troškove lečenja bolesnika.²⁹ Poštuje se pravo pacijenta na pristanak tako što lekar sprovodi medicinski tretman nad pacijentom, po pravilu, samo uz njegov pristanak.³⁰ Pacijent se može saglasiti izričito (usmeno ili pisano) ili prećutno. Dati pristanak pacijent može usmeno opozvati pre sprovođenja i za vreme trajanja tretmana. Pacijent ima pravo da odbije predloženu medicinsku meru, čak iako se njome spasava ili produžava njegov

²³ Član 16, *ibid.*

²⁴ Član 18, *ibid.*

²⁵ Kodeks medicinske etike Lekarske komore Srbije, "Sl. glasnik RS", 104/2016.

²⁶ Član 4, *ibid.*

²⁷ Član 44, *ibid.*

²⁸ Član 45, *ibid.*

²⁹ Član 48, *ibid.*

³⁰ Član 49, *ibid.*

život, ali je lekar dužan da mu ukaže na posledice njegove odluke o odbijanju. Ako je pacijent maloletan ili lišen poslovne sposobnosti, medicinska mera nad njim se može preduzeti uz pristanak njegovog zakonskog zastupnika (roditelja, usvojitelja ili staratelja). Poslovno nesposoban pacijent treba i sam da bude uključen u proces donošenja odluke o pristanku, u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje. Nesavesni i nestručni postupci (*malpraksa*) mogu dovesti do eventualne odgovornosti lekara za ishod lečenja.³¹ Pravo je pacijenta da sazna istinu o svom zdravstvenom stanju, kao i o predviđenom ispitivanju i lečenju i očekivanim rezultatima i ishodu predviđenog medicinskog tretmana, a obaveštenje o zdravstvenom stanju pacijenta daje isključivo lekar.³² Lekar je dužan da se prema rodbini i bliskim prijateljima pacijenta odnosi sa puno razumevanja, profesionalno izveštava o pacijentu, pre svega prema njihovoj brizi za stanje bolesnika i da sa njima sarađuje u korist pacijenta.³³ Pored odredaba Kodeksa, lekari su dužni da se pridržavaju i Međunarodnog kodeksa lekarske etike, etičkih načela, deklaracija i preporuka Ujedinjenih nacija, Saveta Evrope, Svetske zdravstvene organizacije, kao i drugih odredaba međunarodnog humanitarnog prava.³⁴

3. ETIČKI I PRAVNI ELEMENTI ODNOSA LEČENJA

Odnos između lekara i pacijenta zasnovan je na poverenju i uzajamnoj upućenosti.³⁵ Postavlja se pitanje da li poverenje kao sastavni deo tog odnosa i njegovo pravno značenje dovode u isto vreme do shvatanja da sve što proizilazi iz uspostavljenog odnosa, treba da bude iskazano bez neke posebne osnove. Polazi se od toga da se pacijentu uvek pruži dovoljno opcija, kako bi doneo odluku o onome što mu se predlaže. Lekar treba da ohrabri pacijenta kroz pitanja i rezerve u pogledu svih nalaza, pa tako i da izrazi stav ukoliko bi bilo slučajnih ili sekundarnih nalaza i objasni kako može upravljati njima. Pravilo u ovoj komunikaciji jeste da se više fokusira na medicinske informacije koje su centralne. Za slučajne nalaze koji su neizvesni i za koje je malo verovatno da će njihovo saopštavanje biti od koristi pacijentu, lekari mogu profesionalno da zadrže diskreciono pravo u odlučivanju koji nivo detalja, ako uopšte postoji, treba otkriti u meri u kojoj to još znači poštovanje samoodređenja na strani pacijenta. Komunikacija može da uključi

³¹ Član 52, *ibid.*

³² Član 53, *ibid.*

³³ Član 54, *ibid.*

³⁴ Član 81, *ibid.*

³⁵ J.Radišić, *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2008, str. 75-78.

vizuelne prikaze kako bi se učinilo boljim razumevanje rizika u medicinskom odlučivanju. Tačni grafički prikazi numeričke i druge zdravstvene informacije mogu da pomognu pacijentu u pristupu, obradi, tumačenju i postupanju po njima. Takođe, lekar bi trebao da predoči rizike po pacijenta, bilo da je reč o apsolutnom riziku koji je uvek moguć, te umesto ili pored tog relativnom riziku. Lekari mogu smanjiti verovatnoću slučajnih nalaza ako se služe selektivnim dijagnostičkim testiranjem, čime se sužava lista potencijalnih dijagnoza pre naručivanja dijagnostičkih testova. Na taj način lekari kliničari mogu da koriste dijagnostičke testove za potvrdu ili eliminisanje određenih mogućih uzroka.³⁶ U uporednoj literaturi citira se praksa koja postoji u SAD, gde su usvojene posebne preporuke Komisije za bioetiku u pogledu etičkog upravljanja slučajnim i sekundarnim nalazima.³⁷ Prema njima, lekari kliničari treba da se rukovode sledećim pravilima: 1) jasni postupci pristanka informisanog pacijenta i komunikacione strategije koje donose plan za upravljanje slučajnim nalazima; 2) korišćenje alata za učestvovanje u zajedničkom odlučivanju sa pacijentima; 3) strategije za efikasnu komunikaciju o rizicima povezanim sa slučajnim nalazima i njihovim praćenjem; 4) selektivno dijagnostičko testiranje kako bi se smanjila verovatnoća slučajnih nalaza; i 5) svest i razumevanje postojećih kliničkih smernica za upravljanje slučajnim i sekundarnim nalazima. U završnom delu ovog akta stoji da kliničari mogu da predvide bliže oblike postupanja u vezi sa datim smernicama.

Sa zakonske strane ostvarivanje prava i dužnosti zasniva se na partnerskom odnosu primaoca i davaoca zdravstvenih usluga, što podrazumeva uzajamno poverenje na svim nivoima zdravstvene zaštite, kao i poštovanje prava i dužnosti u tom odnosu.³⁸ profesionalno obavljanje medicinskih delatnosti stoji u neposrednoj vezi sa dužnošću da se pruža zdravstvena zaštita onima koji je zatraže, budući da je pužanje zdravstvenih usluga bitna odrednica te profesije.³⁹ Prema navedenim propisima odnos povodom lečenja zahteva ispunjenje kvaliteta nege. Shodno zakonu, kvalitet zdravstvene usluge podrazumeva odgovarajući nivo pružanja zdravstvenih usluga u skladu sa zdravstvenim stanjem pacijenta i utvrđenim stručnim standardima.⁴⁰

³⁶ C. Wiener, Anticipate and communicate: Ethical management of incidental and secondary findings in the clinical, research, and direct-to-consumer contexts (December 2013 report of the Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues), *Am J Epidemiol.* 2014 Sep 15;180(6):562-4. doi: 10.1093/aje/kwu217. Epub 2014 Aug 22.

³⁷ Executive Summary, str. 2-20 and Chapter 4, str. 53-73, *ibid.*

³⁸ Član 7 Zakona o pravima pacijenata, *op.cit.*

³⁹ član 3 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, *op.cit.*

⁴⁰ Član 9 Zakona o pravima pacijenata, *op.cit.*

3.1. Okolnosti slučajnih nalaza u kontekstu lečenja

Slučajni nalazi predstavljaju nehotično dijagnostikovane zdravstvene ili psihijatrijske poremećaje koji se otkriju tokom lečenja za određeno stanje.⁴¹ Takvi nalazi mogu se pojaviti u različitim situacijama, uključujući i rutinsku medicinsku negu, biomedicinska istraživanja, *post mortem* obdukcije ili genetska testiranja. Uprkos širokoj upotrebi termina *slučajni nalazi*, ima shvatanja da bi za pacijente bio neutralniji i pristupačniji termin - *dodatni nalazi*. Postoji takođe sličnost sa terminom - *sekundarni nalazi*, ali se oni ne izjednačavaju.⁴² Slučajni nalazi se tradicionalno definišu kao rezultati koji su izvan prvobitne svrhe za koje je sproveden neki test ili određena procedura. Oni se razlikuju od ciljanih nalaza, koji se aktivno traže predstavljaju primarnu nameru datog testa ili procedure. Za neke slučajne nalaze se može znati unapred i po tome da li se mogu predvideti među njima se pravi razlika. Naime, predvidivi su oni slučajni nalazi za koje se zna da su povezani sa preduzetim testom ili je drugom procedurom. Kod nepredvidivih slučajnih nalaza oni nisu uobičajeni i za njih čak ne mora ni biti verovatno da će se dogoditi. Njihova karakteristika je da je mogućnost njihovog pronalaženja poznata. Nepredvidivi slučajni nalazi uključuju nalaze koji se nisu mogli predvideti s obzirom na trenutno stanje naučnog znanja. Praktičari ne mogu da planiraju sve vrste konkretnih nalaza. Međutim, oni mogu unapred da razmotre šta bi mogli da urade ukoliko se pojavi posebna vrsta neočekivanog nalaza, na primer, onaj koji može biti delotvoran za to stanje ili spašavanje života. Za razliku od slučajnog, sekundarni nalaz nije primarna namera testa ili procedure, već predstavlja dodatni rezultat koji praktičar aktivno traži. Sekundarni nalazi mogu biti namerno traženi, onda kada je to preporučeno od strane stručnog tela ili je postignut konsenzus lekara praktičara o tome.

U medicinskoj genetici se smatra da kod slučajnih nalaza dolazi do rezultata sekvenciranja koji nisu povezani sa indikacijom za testiranje.⁴³ Kako tehnologija genomskog sekvenciranja postaje sve više integrisana u zdravstvenu zaštitu, ona može da poboljša dijagnostiku kojom se osigurava da pacijenti budu dobro informisani o različitim opcijama rezultata dostupnim u kliničkim laboratorijama. Olakšavanje razumevanja za pacijente i njihova sposobnost da tako informisani

⁴¹ T. Fischer, K.B. Brothers, P. Erdmann, M. Langanke, "Clinical decision-making and secondary findings in systems medicine", BMC Medical Ethics 17:32/2016, DOI 10.1186/s12910-016-0113-5, str. 1-12.

⁴² Wiener, For Clinicians: Incidental and Secondary Findings, op.cit, str.1-2.

⁴³ J. Y Hehir-Kwa, M. Clausters, R. Hastings, C.van Ravenswaaij, G. Christenhusz, M. Genuardi, B. Melegh, A. Cambon Thomsen, P. Patsalis, J. Vermeesch, M. Cornel, B. Searle A.Palotie, E. Capoluongo, B. Peterlin, X. Estivill, P. Robinson, "Towards a European consensus for reporting incidental findings during clinical NGS testing", European Journal of Human Genetics, 23/2015, doi:10.1038/ejhg.2015.111, str. 1601 -1606

donose odluke takođe bi trebalo da ih osnaži da aktivno razmotre sve opcije koje se tiču dodatnih nalaza, jer oni odlučuju da li će se ili ne nastaviti sa genomskim sekvenciranjem. Kod kliničkih istraživanja u genomici takođe se razmatra o tome da li, pod kojim uslovima i kako se odnositi prema slučajnim nalazima prilikom dobijanja istraživačkih rezultata za učesnike u studiji.⁴⁴ Nalazi mogu da predstavljaju neugodno iznenađenje i za lekare i za pacijente. Na primer, prilikom traženja genetskog uzroka mentalne retardacije, može se desiti da se usput identifikuje varijanta gena povezanim sa povećanim rizikom od karcinoma.⁴⁵ Mnogi se slažu sa tim da postoji etička dužnost da se pod određenim uslovima saopšti nalaz koji ima značaj. Na međunarodnom planu, tokom poslednje decenije počela je da se uvodi pravna obaveza da se beleži svaki nalaz koji je od značaja, a otkriven je tokom postupka istraživanja. Ipak ne postoji zakonska obaveza da se takav nalaz ponovi, uz dužno obaveštenje pacijentu čiji je nalaz. To stvara pravnu nesigurnost koja može voditi različitim varijantama nepostupanja ili lošeg postupanja u smislu odsustva kvaliteta. Postavlja se pitanje da li istraživači greše u pogledu nesaopštavanja tako dobijenih nalaza, a strah od odgovornosti služi u isto vreme kao motivacija i kao prepreka u njihovom radu, u zavisnosti od toga kakav stav zauzimaju.

Oblast slučajnih nalaza može biti i određena hirurška grana medicine. Hirurzi su nekad spremni da leče abnormalnost otkrivenu tokom izabrane hirurške procedure, posebno ako je zdravlje pacijenta ugroženo a rizik od dodatne procedure nije veliki, bez obzira što za to nemaju pristanak pacijenta. U pravnoj literaturi se ovakve situacije objašnjavaju kao proširenje operacije.⁴⁶ Na primer, slučajni nalaz može biti curenje krvnog suda ili sumnja na kancer. Ovde se pravno gledano dopušta proširenje zahvata na osnovu pretpostavljenog pristanka pacijenta samo kao izuzetak, budući da svaki dodatni postupak povećava rizik same operacije. Stavovi u praksi nisu ujednačeni, a kao relevantan primer navodi se ranija odluka Saveznog vrhovnog suda Nemačke koji je stao na stanovište da proširenje operacije treba da ima karakter izuzetka, dok prekidanje započete operacije i prihvatanje stvarne pacijentove saglasnosti sa opsežnijim ili drugih hirurškim zahvatom važi kao pravilo.⁴⁷

⁴⁴ V.Jeremić/K.Turza, "Sekvenciranje celog genoma – Praktična ograničenja i etičke dileme", Medicinski podmladak/ Medical Youth, 1/2015, izdanje 66, str. 22-28.

⁴⁵ Citirano prema: fusnota 18 (Van El CG, Cornel MC, Borry P, Hastings RJ, Fellman F, Hodgson SV, et al. Whole genome sequencing in health care: recommendations of the European Society of Human Genetics. Eur J Hum Genet 2013; 21:580-4), Ibid, str.27.

⁴⁶ S. Tomić/N. Tomić, "Neplanirano proširenje operacije kao pravni problem", *Pravni život*, 9/2001, str. 143-151.

⁴⁷ Preuzeta fusnota 15 na str. 146, *ibid*.

3.2. Pravna kvalifikacija slučajnih nalaza

U razmatranju ovih slučajeva treba poći od toga da pristanak pacijenta ovlašćuje lekara na medicinsko postupanje. Ako bi se tako striktno posmatrao odnos u kontekstu tražene dijagnostike, nalaz bi se ograničio samo na dobijanje traženog nalaza, a ne i slučajnog nalaza. Ispunjenje pravnog odnosa ne bi se mogao dovesti u pitanje, niti bi to kompromitovalo stručnost i indikaciju medicinskog postupanja ukoliko lekar ostaje u okvirima pristanka pacijenta. Ipak, situacije slučajnih nalaza karakteriše dolaženja do većeg broja informacija nego što je traženo i očekivano i značaj dobijenih nalaza. Čitava analiza iziskuje diferencirani pristup. Sa stanovišta onog koji medicinski postupuje slučajni nalaz može se odraziti dvojako: 1) nečinjenje, gde se prihvata postojanje terapijskog izuzetka ili procena da nalaz nije od značaja za pacijentovo stanje; 2) činjenje, gde se prihvata postojanje pretpostavljenog pristanka pacijenta.

Nesaopštavanje slučajnog nalaza, ako je u pitanju oblast genetike, moglo bi se pokriti pravom pacijenta da ne zna,⁴⁸ pod uslovom da je pacijent bio poučen i upozoren na okolnosti da bi se moglo doći do različitih podataka i višestrukih nalaza, mimo onih koji su nameravani. Budući da pravno određenje u ovoj materiji uvek određuje i priroda konkretnog slučaja, kvalifikaciju može usloviti i konsenzus medicinske struke uvidom u vodiče ili protokole ukoliko postoje, a isto tako i nepisana praksa ukoliko se ustalila i potvrdila kao dobra medicinska praksa. Pravni pristup može biti odlučujući kod eventualnih sporova, ali se on uglavnom kreće u domenu procene valjanosti pristanka i obima dužnog obaveštavanja pacijenta koje treba biti prošireno ukoliko je reč o predvidivim i relevantnim nalazima u odnosu na konkretan slučaj.

Postupanje po slučajnim nalazima prilikom operativnog zahvata tumače se pretpostavljenim pristankom pacijenta koji opravdava zahvat u čovekovo telo i nije samo podvrsta stanja nužde. Pošto je medicinski indikovana mera uvek u objektivnom interesu pacijenta, može se smatrati i da je pacijent sa takvom merom subjektivno saglasan, pa lekar ima pravo da nastupi kao nezvani vršilac tuđih poslova.⁴⁹

⁴⁸ Radišić, Medicinsko pravo, *op.cit.*, str. 263 (pravo na neznanje, koje se označava i kao pravo na samoodređenje u odnosu na informaciju; ono se poima kao deo opšteg prava ličnosti, koje štiti čoveka od nedopustivog ispitivanja i obelodanjivanja njegove genetske osnove).

⁴⁹ E. Deutsch/A.Spickoff, *Medizinrecht*, 7 Auflage, Berlin – Haidelberg, 2014, str. 276; Radišić, Medicinsko pravo, *op.cit.*, str.99

3.3. Značaj obaveštenja o rizicima nalaza i pretpostavljeni pristanak pacijenta

Pravno pitanje pristanka obaveštenog pacijenta (*informed consent*) izraz je šireg prava pojedinca na samoodređenje u odnosu na svoje telo i svoj život.⁵⁰ U okvirima zdravstvene zaštite pristanak predstavlja temelj odnosa lekara i pacijenta. Da bi bio važeći, pristanak treba da zadovolji sledeće pravne kriterijume: 1) da je dat dobrovoljno; 2) da je zasnovan na odgovarajućim informacijama; 3) pacijent treba da bude sposoban da odlučuje.⁵¹ Zakonom se propisuje opseg dužnog obaveštenja, ali se traži da on bude konkretizovan u svakom pojedinačnom slučaju. Obaveštenje treba da obuhvati: 1) dijagnozu i prognozu bolesti; 2) kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mere, vreme trajanja i moguće posledice preduzimanja, odnosno nepreduzimanja predložene medicinske mere; 3) vrstu i verovatnoću mogućih rizika, bolne i druge sporedne ili trajne posledice; 4) alternativne metode lečenja; 5) moguće promene pacijentovog stanja posle preduzimanja predložene medicinske mere, kao i moguće nužne promene u načinu života pacijenata; 6) dejstvo lekova i moguće sporedne posledice tog dejstva. Nadležni zdravstveni radnik može, izuzetno, prećutati dijagnozu, tok predložene medicinske mere i njene rizike, ili obaveštenje o tome umanjiti, ako postoji ozbiljna opasnost da će obaveštenjem znatno naškoditi zdravlju pacijenta. U tom slučaju obaveštenje treba da se da članu uže porodice pacijenta.

Pristanak pacijenta pribavlja se u svakom pojedinačnom slučaju. Za jednostavne i uobičajene intervencije, dovoljan je usmeni pristanak, odnosno podrazumeva se da pristanak na pregled postoji samim tim što je pacijent došao kod lekara (prećutni pristanak). U slučaju ozbiljnijih intervencija (na primer, operacija), pristanak treba da bude dat u pisanom obliku. Pristanak se može usmeno opozvati, a medicinske intervencije preduzete bez saglasnosti pacijenta su nezakonite, čak i ako su opravdane i imaju pozitivan efekat. Lekar je dužan da pacijenta blagovremeno obavesti o svim okolnostima od kojih bi mogla da zavisi njegova odluka da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku meru. To obaveštenje treba dati i bez pacijentovog traženja. Lekar ne sme da dopusti da obaveštenje o dijagnozi i prognozi bolesti daje neko od njegovih pomoćnika (medicinska sestra, bolničar, laborant, lekar na stažu i slično).⁵²

U izuzetnim situacijama (pacijent u besvesnom stanju, otklanjanje opasnosti po život ili zdravlje pacijenta ili trećih lica, ili uočene potrebe da se operacija proširi ili promeni) lekar postupa na osnovu pretpostavljenog pristanka ili stanja

⁵⁰ Radišić, Medicinsko pravo, *op.cit.*, str. 95.

⁵¹ *Ibid.*, str.97.

⁵² *Ibid.*, str.100-105.

nužde.⁵³ Takvo rešenje sadržano je u zakonu, tako što se propisuje Nad pacijentom koji je bez svesti, ili iz drugih razloga nije u stanju da saopšti svoj pristanak, hitna medicinska mera može se preduzeti i bez njegovog pristanka, o čemu će se obavestiti članovi uže porodice, uvek kada je to moguće. Ova medicinska mera preduzima se na osnovu konzilijarnog nalaza. Ako se tokom operativnog zahvata pojavi potreba za njegovim proširenjem, koji se nije mogao pretpostaviti, proširenje operativnog zahvata može se obaviti samo ako je, na osnovu procene doktora medicine, odnosno doktora stomatologije koji preduzima taj zahvat, on neodložno potreban.⁵⁴ U ovim situacijama pretpostavlja se pristanak koji bi pacijent kao razuman čovek dao kada bi znao za postojeće okolnosti u kritičnom trenutku i kada bi mogao da formira i iskaže svoju volju. Takav pristanak dolazi u obzir samo ako su hirurški zahvat ili neka druga medicinska mera neodložno potrebni i vitalno indikovani. U protivnom, treba sačekati dok pacijent ponovo dođe svesti ili dok brigu o njemu ne preuzme njegov zakonski zastupnik, jer pretpostavljeni pristanak poseduje supsidijaran karakter.⁵⁵

Kod pristanka informisanog pacijenta koji učestvuje u kliničkoj studiji lekari koji sprovode istraživanje trebali bi da svojim pacijentima opišu slučajne nalaze koji će se verovatno pojaviti, a po potrebi i sekundarne nalaze, kao i da iznesu plan o postupanju posle takvih nalaza. Kada lekari otkriju i potvrde slučajni ili sekundarni nalaz, oni treba da razgovaraju sa svojim pacijentima o opcijama za praćenje. Pacijentima jasno prenesu moguće ishode slučajnog nalaza, mogućnost otkrivanja još nalaza, kao i potencijalne koristi i štete od toga, a ne samo u pogledu toga da je nalaz dobijen. Kada se ispoštuju zahtevi dužnog obaveštavanja, uzimanje pristanka informisanog pacijenta neće biti posebno dug proces i mogao bi da spreči buduća ponovna testiranja, kao i anksioznost pacijenta.

4. POGREŠNA PRAKSA I ODGOVORNOST

Praksa koja se odnosi na slučajne nalaze nekada zahteva određeno činjenje, a ne samo da nalaz bude medicinski zabeležen. Ukoliko dođe do propuštanja ili pogrešnog činjenja može se postaviti pitanje odgovornosti.⁵⁶ Jedan od primera slučajnog nalaza koji je bio predmet sudskog spora citiran je u inostranoj literaturi.⁵⁷ Činjenično stanje odnosilo se na to da se tužilac BG, šezdesetogodišnji

⁵³ *ibid*, str. 98-99.

⁵⁴ Član 18, *ibid*.

⁵⁵ Deutsch/Spickoff, *op.cit*, str. 278.

⁵⁶ Brenner, Lucey et al., *op.cit*, www.ajronline.org

⁵⁷ S.A.Tovino, *op.cit*, str.245; B. Goodwin, JD, RN, "How incidental radiology findings can lead to malpractice litigation", Modern Medicine Feature Articles, Urology Times, Nov 1, 2017, str.1-2.

muškarac, javio u lokalnu hitnu službu u ranim jutarnjim satima sa pritužbama na mučninu, bol u trbuhu koji izlazi na grudi i disuriju. Izveštava o prethodnim istorijama o bubrežnim kamencima. Kardiološka obrada je negativna, a konsultuju se i urologija i opšta hirurgija. Urolog i generalni hirurg slažili su se da urade ultrazvuk kako bi pronašli i bubreg i žučni kamen. Ultrazvuk se vraća i pokazuje holecistijazu, a hirurg to prijavljuje urologu. U međuvremenu, rezultati analize urina pacijenta su pozitivni i antibiotici se naručuju za infekciju urinarnog trakta. Pacijent je primljen, podleže laparoskopskoj holecistektomiji i brzo se otpušta kući. Skoro trideset meseci kasnije, pacijent je primljen na rutinski fizički pregled od strane svog lekara primarne zdravstvene zaštite, koji opipava čvrstu masu abdomena. Izvodi se ultrazvuk koji pokazuje veliku masu desnog bubrega, u poređenju sa prethodnim ultrazvukom pokazuje se da se skoro udvostručio. Dalja obrada otkriva metastatski perinefrični leiomiosarkom, od kojeg je pacijent na kraju umro. Deo koji nedostaje u napred navedenom opisu jeste pitanje slučajnog radiološkog nalaza. U vreme procene u odeljenju za hitne slučajeve, ultrazvuk je takođe pokazao cističnu leziju pored desnog bubrega i preporučio je kompjuterizovano tomografsko skeniranje sa kontrastom za korelaciju kliničke zabrinutosti. Izveštaj o ultrazvuku sa ovim slučajnim nalazom, između ostalog, elektronski je preusmeren na urologiju. Medicinska sestra koja je prolazila kroz fajlove radiologije u urološkoj ordinaciji pogledala je izvještaj, ali je primetila da pacijent nikada nije pregledan u klinici od strane urologa i pretpostavila je da je izveštaj pogrešno usmeren. Stoga, konsultovan urolog nikada nije bio upoznat sa ovim nalazom. Ovo je klasičan, a ne redak primer pacijenta koji prolazi kroz pukotine sistema sa slučajnim nalazom radiologije. Postavlja se pitanje čija je odgovornost komunikacija slučajnog nalaza? Da li je urolog prihvatio mišljenje opšteg hirurga u vezi sa holecistijazom, ili je trebalo da sam pročita izveštaj? Da li je nalaz bio prisutan u preliminarom izveštaju ili samo u završnom izveštaju? Da li je savet urologa za propisivanje antibiotika dala lažan osećaj za rešavanje problema i doprinela tome da se ultrazvuk ne pregleda bolje? Da li je to što je slučajno otkriće uneto u izveštaj na više stranica, otežalo pronalaženje tog podatka? Da li je lekar u hitnoj službi znao za ovaj rezultat, a nije ga preneo urologu? Sva ova pitanja su kritična kada se iznose činjenice u parnici i kada se uspostavlja organizaciona politika. U komentaru ove odluke naglašeno je da je upotreba dijagnostičkog snimanja u odeljenju za hitne slučajeve porasla, pa tako se i češće dolazi do slučajnih nalaza. Nije iznenađujuće da se svi slučajni nalazi ne prenose pacijentima. Studija iz 2011. godine utvrdila je da je 33,4 % CT snimaka imalo slučajno otkriće, a samo 9,8 % njih je prijavljeno pacijentima.⁵⁸ Pokazalo se da pogrešno postupanje sa slučajnim nalazom može dovesti do tužbe zbog

⁵⁸ Emerg Med Int 2011, 2011: 624847, ibid.

medicinske nesavesnosti i nepažnje, u pravcu provere da li bi se nalaz pokazao malignim ili da li bi praćenje tog nalaza povećalo nadzor i predupredilo neku drugu leziju po pacijenta.

Pravno značenje slučajnog nalaza u sudskoj praksi takođe se raspravlja kod sporova povodom proširenja operativnog zahvata usled njegovog neplaniranog toka i nove indikacije. Stavove sudova uslovljavaju činjenice konkretnog slučaja, tako da ima i usvajajućih i odbijajućih odluka. Dobra praksa koja pomaže razrešenje sporova jeste proširenje obaveštenja pacijentu u tom pravcu, uvek kad je to moguće.

O tome je odlučivao Vrhovni zemaljski sud München svojom presudom o sporu zbog zahvata na proširenim venama. Prilikom hirurškog odstranjenja ganglion (nervnog čvora) u području ispod levog kolena kod pacijenta pod punom narkozom otkriveno je prisustvo proširenih vena, koje nije bilo primećeno u predelu poplitealne jame tokom pregleda pre operacije. Deo sa proširenim venama takođe je odstranjen, ali je zbog komplikacija posle operacije, pacijent zahtevao naknadu stete. Sud je odbio tužbu smatrajući da se pristanak pacijenta na proširenje operacije u ovom slučaju mogao pretpostaviti. Uzeta je u obzir okolnost da bez odstranjenja vena u tom predelu, postojeće pacijentove tegobe ne bi bile otklonjene, ali i okolnost da bi prekidanje potpune narkoze veoma opterećivalo pacijenta.⁵⁹

Drugačija odluka ticala se postupka koji se vodio pred krivičnim većem Saveznog vrhovnog suda Nemačke. Bilo je reči o trudnici koju je lekar porađao carskim rezom, kada je prilikom operacije otkrio kod nje jake srasline u predelu trbušne duplje, zbog kojih bi njena nova trudnoća bila opasna po život. Lekar je zbog toga presekao jajovod pacijentkinje ne pitajući je za saglasnost. Savezni vrhovni sud bio je mišljenja da u tom slučaju ne postoje uslovi za pretpostavljeni pristanak za proširenje operacije. Istina, sud nije dao bliže objašnjenje za svoj stav. Zauzeto stanovište obrazložio je Vrhovni zemaljski sud Keln-a, čija je presuda bila povod za reviziju upućenu Saveznom vrhovnom sudu. U toj presudi rečeno je da pretpostavljeni pristanak u konkretnoj situaciji ne dolazi u obzir, zato što je postojala mogućnost da pacijentkinja za proširenje operacije bude blagovremeno pitana.⁶⁰ Proširenje operacije koje je svrsishodno, ali nije medicinski nužno indikovano, treba smatrati pravno nedopuštenim ako mu nedostaje pacijentov stvarni pristanak. Međutim, treba ga dopustiti ukoliko lekar na osnovu posebnih

⁵⁹ BGH Urteil 13.12.1988. *Medizinrecht*, 5/1988, str. 248 (citirano prema S.Tomić, *op.cit.*, str.147)

⁶⁰ *Ibid.*, str.149.

okolnosti može da poveruje u hipotetički pristanak pacijenta. Teret dokazivanja okolnosti koje takvo verovanje opravdavaju snosi ordinirajući lekar.⁶¹

U slučaju koji je vođen pred prvostepenim sudom u Beogradu činjenično stanje ticalo se hitnog prijema pacijenta kod koga je posle pregleda i obavljenih konsultacija doneta odluka da je operacija upaljenog slepog creva (crvuljka, apendiksa) neophodna. Prilikom zahvata došlo je do slučajnog nalaza i proširenja operacije.⁶² Naime, pacijentu je pored slepog creva izvađen i bubreg, za koji je hirurg prvo pomislilo da je treći bubreg, a zatim da je tumorska masa. Tužilac je prigovorio da je drugi deo operacije preduzet bez njegovog pristanka. Hirurg je po njegovim navodima ishitreno odlučio da odstrani uočenu masu, čime je počinio grešku i odstranio potpuno zdrav i funkcionalan bubreg. Tužilac je nekoliko dana posle operacije trpeo jake bolove u predelu leđa, otišao na snimanje koje je pokazalo da tužilac ima PTE i samo desni bubreg. Tuženi je u odgovoru naveo da smatra da je ispoštovana procedura prijema i preoperativne pripremeza planiranu hiruršku intervenciju. Prilikom davanja podataka o svom zdravstvenom stanju, pacijent nije dao, mada su mu bili poznati, sve podatke od značaja za hiruršku intervenciju. Hirurški tim je shodno situaciji u kojoj se našao i podacima sa kojima je raspolagao preduzeo odgovarajuće aktivnosti koje su u skladu sa medicinskim procedurama. Tužbeni zahtev je odbijen sa pozivanjem na postojanje hitnog stanja kod pacijenta usled krvarenja u trbuhu, kao i na činjenicu da pacijent prilikom uzimanja anamneze nije obavestio ordinirajućeg hirurga da ima pomeren (ektopičan) levi bubreg. U postupku po žalbi Apelacioni sud je potvrdio ovu odluku, smatrajući da su lekari tužene izvršili neophodnu operaciju, odnosno operaciju iz nužde, te da nije izvedena pomenuta operacija na način na koji je izvedena život pacijenta bi bio ugrožen, jer bi postupajući hirurg izvadio samo slepo crevo bez rešavanja uzroka stanja, a takvo postupanje bi bilo protivno pravilima struke.⁶³

⁶¹ *Ibid*, str.150.

⁶² Prvi osnovni sud u Beogradu, 40.P.br. 22487/13, presuda od 01.03.2018.

⁶³ Apelacioni sud u Beogradu, GŽ 5778/18.

5. ZAKLJUČAK

Generalno uzev, ne bi se moglo reći da postoji izričita pravna obaveza da se slučajan nalaz saopšti pacijentu. Ipak, ona se može u zavisnosti od nastalih štetnih posledica izvesti posredno, gde bi se relevantnim smatralo postupanje upravo u odnosu na moguće ili ostvarene posledice takvog nalaza. Najčešće se ističe kršenje dužne pažnje kao razlog tužbe zbog nesaopštavanja nalaza ili nepostupanja po nalazu.⁶⁴ Nepažljivo ponašanje definiše se kao ponašanje koje je ispod standarda utvrđenog zakonom. Pojedinačan odgovor zavisi od toga da li je reč o kliničkoj praksi ili kliničkim studijama. Naime, preduzimanje genetičkog testa treba da prati savetovanje pacijenta pre i posle njega u pogledu varijacija gena, odnosno mutacija koje mogu biti otkrivene. Kod istraživanja bitna je spremnost subjekta da nastavi učešće u kliničkoj studiji, zbog čega bi istraživači mogli biti tuženi zbog nesaopštavanja značajnih nalaza. Pravna obaveza istraživača zavisi od vrste istraživanja koje se obavlja, kao i od načina na koji se podaci prikupljaju i čuvaju. Bez obzira da li imaju dužnost ili ne, oni koji otkriju slučajni nalaz dužni su da to čine kompetentno i na način koji je u skladu sa standardnom praksom. To traži da ona odgovara standardima koji su važeći u pogledu toga da se maksimizira analitička i klinička validnost nalaza. Na primer, istraživačke laboratorije često imaju manji standard kvaliteta u odnosu na kliničke dijagnostičke laboratorije. Kod kliničkih slučajeva kad dođe do proširenja ili promene operacije usled slučajnog nalaza postupanje je opravdano u izvesnim situacijama. Ipak, uvek je potrebna ocena svakog konkretnog slučaja. Sugerise se da formulari pristanka uključe i takvu vrstu obaveštenja u odnosu na eventualnost nalaza.

LITERATURA:

1. BGH Urteil 13.12.1988. *Medizinrecht*, 5/1988, str. 248
2. Brenner, R. J. Lucey, L. Smith, J. Saunders, R. "Radiology and Medical Malpractice Claims: A Report on the Practice Standards Claims Survey of the Physician", Insurers Association of America and the American College of Radiology, *AJR Am J Roentgenol.* 1998 Jul;171(1):19-22
3. Charter of the Hospital patient, Hospital Committee of the E.E.C, Luxembourg, 1979
4. Convention of Human rights and Biomedicine, Oviedo, 4 April 1997, <http://www.tufts.edu/departments/fletcher/multi/texts/biomed.txt>

⁶⁴ A.L. McGuire, B.M Knoppers, H. Zawati, E. Wright Clayton, "Can I be sued for that? Liability risk and the disclosure of clinically significant genetic research findings", *Genome Res.* published online March 27, 2014, <http://www.genome.org/cgi/doi/10.1101/gr.170514.113>.

5. Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, World Medical Association, 1981/1995
6. Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, ICP/HLE 121, World Health Organization Amsterdam, 1994
7. Deutsch, E. „Das Persönlichkeitsrecht des Patienten“, *Archiv für die civilistische Praxis*, 192/1992, str.161
8. Deutsch, E. Spickoff, A., *Medizinrecht*, 7 Auflage, Berlin – Haidelberg, 2014, str. 276; Radišić, Medicinsko pravo, *op.cit*, str.99
9. European Charter of Patients' Rights - Basic document, Active Citizenship Network, Rome, 2002
10. Fischer, T. Brothers, K.B. Erdmann, P. Langanke, M. “Clinical decision-making and secondary findings in systems medicine”, *BMC Medical Ethics* 17:32/2016, DOI 10.1186/s12910-016-0113-5, str. 1-12.
11. Gams, A. *Uvod u građansko pravo* Opšti deo, Savremena adm., Beograd, 1979, str.142
12. Goodwin, B. “How incidental radiology findings can lead to malpractice litigation”, *Modern Medicine Feature Articles, Urology Times*, Nov 1, 2017, str.1-2.
13. Hehir-Kwa, J. Y Clausters, M. Hastings, R. Ravenswaaij, C.van Christenhusz, G. Genuardi, M. Meleghe, B. Cambon Thomsen, A. Patsalis. P. Vermeesch, J. Cornel, M. Searle A.Palotie, B. Capoluongo, E. Peterlin, B. Estivill, X. Robinson, P. “Towards a European consensus for reporting incidental findings during clinical NGS testing”, *European Journal of Human Genetics*, 23/2015, doi:10.1038/ejhg.2015.111, str. 1601 -1606
14. Jeremić, V. Turza, K., “Sekvenciranje celog genoma – Praktična ograničenja i etičke dileme”, *Medicinski podmladak/ Medical Youth*, 1/2015, izdanje 66, str. 22-28.
15. Kodeks medicinske etike Lekarske komore Srbije, “Sl. glasnik RS”, 104/2016
16. McGuire, A.L. Knoppers, B.M Zawati, H. Wright Clayton, E. “Can I be sued for that? Liability risk and the disclosure of clinically significant genetic research findings”, *Genome Res.* published online March 27, 2014, <http://www.genome.org/cgi/doi/10.1101/gr.170514.113>
17. Mujović Zornić, H “Pogled na Evropsku povelju o pacijentovim pravima“, *Pravni život*, 9/2006, str.387
18. Mujović Zornić, H. „Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept“, *Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse*, Neum (BiH), 2005, str. 256
19. Presuda 40.P.br. 22487/13, Prvi osnovni sud u Beogradu, 01.03.2018
20. Presuda GŽ 5778/18, Apelacioni sud u Beogradu, 12.09.2018.
21. Radišić, J. Draškić, M. Vodinelić, V. Popović, M. Stambolović, V Samardžić, M. „Povelja o pravima pacijenata“, *Pravo – Teorija i praksa*, 12/1999, str. 39-46

22. Radišić, J. *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2008, str. 75-78
23. Radišić, J. Mujović-Zornić, H., *Pomoć pacijentima u ostvarivanju njihovih prava: Zapadna Evropa kao uzor Srbiji*, Akademija, Beograd, 2004, str.11
24. Roscam Abbing, H.D.C. "Rights of patients in European Context – Ten Years and After", *European Journal of Health Law*, 11/2004, str. 12-23
25. Tomić, S. Tomić, N. "Neplanirano proširenje operacije kao pravni problem", *Pravni život*, 9/2001, str. 143-151.
26. Van El CG, Cornel MC, Borry P, Hastings RJ, Fellman F, Hodgson SV, et al. Whole genome sequencing in health care: recommendations of the European Society of Human Genetics. *Eur J Hum Genet* 2013; 21:580-4
27. Vodinelić, V. *Građansko pravo* Uvodne teme, Nomos, Beograd, 1991, str. 45
28. Wiener, C. Anticipate and communicate: Ethical management of incidental and secondary findings in the clinical, research, and direct-to-consumer contexts (December 2013 report of the Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues), *Am J Epidemiol*. 2014 Sep 15;180(6):562-4. doi: 10.1093/aje/kwu217. Epub 2014 Aug 22, Executive Summary, str. 2-20 and Chapter 4, str. 53-73
29. Zakon o pravima pacijenata, "Sl. glasnik RS", 45/2013
30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017 - dr. zakon

THE SIGNIFICANCE OF INCIDENTAL FINDINGS IN MEDICINE FROM THE POINT OF VIEW OF MEDICAL LAW

Contemporary medical practice has given rise to various issues, including situations of incidental findings. Such results are at the same time ethical and legal dilemmas, and in decision-making it comes to different legal qualifications that depend on a concrete case. The central question is whether to disclose such a finding to a patient, since it is something that was not looked for, as well as whether this means an obligation of further medical treatment where patient consent is assumed. It starts from the fact that every diagnostic, intervention or surgery should be preceded by the plan of the person who performs and the information of the person concerned. Different forms of consent are taken into account, and even when it is a hypothetical one. Medical outcomes and legal consequences can vary. They also include the risk. When looking at the theory and practice of these cases, it appears that consideration for the patient's notification and informed consent are the most important for them. Preventing any liability of a physician and other medical staff, on which a claim for incidental finding can be based, is performed with a respect of these two conditions of legitimate and ethical conduct.

Key words: *medicine, patient, incidental finding, liability for damage*

dr. sc. Branko Brkić
sudac Ustavnog suda Republike Hrvatske
mr. sc. Ive Brkić
odvjetnik u Zadru

PRAVA PACIJENTA NA SUODLUČIVANJE *DE LEGE LATA*

UDK:614.253.8

Primljeno: 16. veljače 2019.

Prethodno priopćenje

Prikazom zakonodavnih rješenja u Hrvatskoj možemo pouzdano tvrditi da liječnik nije dužan uvažiti pravo pacijenta da odbije neki dijagnostički, odnosno terapijski postupak "...u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja...". Ne samo to, liječnik je dužan poduzeti takvu medicinsku intervenciju suprotno izjavi pacijenta da odbija takav postupak.

To znači da je zakonodavac radi zaštite zdravlja i života pacijenta toj ustavnoj vrednoti dao prednost u odnosu na pravo na tjelesni i duhovni integritet koji podrazumijeva i slobodu vjeroispovijedi.

Ključne riječi: liječnik, pacijent, pristanak pacijenta, liječenje

1. UVOD

Jedne subote, dakle u vrijeme dežurstva, dobio sam telefonski poziv sa odjela kirurgije jedne zagrebačke klinike (znali su da sam se bavio pa i pisao o kaznenopravnoj odgovornosti liječnika) sa pitanjem što im je činiti sa pacijentom koji je došao sa perforacijom debelog crijeva i gdje je dijagnosticirana hitna operacija, u situaciji kada je pacijent potpisao pristanak (suglasnost) za operativni zahvat i na anesteziju, ali odbija potpisati pristanak za transfuziju krvi, jer se to protivi njegovom vjerskom uvjerenju kao pripadnika Jehovinih svjedoka. Bez operativnog zahvata pacijent će sigurno umrijeti, ali nije izvjesno da će se bez transfuzije krvi moći izvesti operacija. Pored mladog specijalizanta kojeg sam poznavao još od njegovih studentskih dana nalazio se specijalista kirurg sa podužim kirurškim stažom. Preporučio sam da suglasnost za davanje krvi potpiše njegova kćer koja ga je dovela (kćer je punoljetna osoba stara oko 40 godina), ali i ona je to odbila iz istih vjerskih razloga.

Brzinski sam bacio pogled na Zakon o zaštiti prava pacijenata posebice na čl. 16. st. 1.tog Zakona. Rekao sam da nisam posve siguran kako postupiti u slučaju

ako se davanje krvi ukaže nužnim, ali obzirom da nije niti bilo izvjesno da će pacijentu trebati davati krv, preporučio sam da poduzmu kirurški zahvat za koji imaju suglasnost, a da nastoje izbjeći davanje krvi, osim ako bi život pacijenta zbog gubitka krvi bio ugrožen. Dakle, nisam bio siguran kako protumačiti odredbu čl. 16. st. 1. Zakon o zaštiti prava pacijenata, jer tumačenje zakona može biti gramatičko, logičko, teleološko, sustavno, a tu je i pitanje supremacije međunarodnog prava nad domaćim.

Kako je riječ o jednoj od najvećih klinika u državi bio sam u čudu da kirurzi u Hrvatskoj nemaju naputak od Hrvatske liječničke komore kako postupiti u ovakvim slučajevima već su u moru nesređenih propisa prepušteni sami sebi i svojoj intuiciji, a iskreno govoreći zamjerao sam i sam sebi što nisam mogao decidirano odgovoriti na postavljeno pitanje koje je pravne naravi. Štoviše, sada smatram da bi to trebalo biti sadržano u kodeksu liječničke etike i deontologije kao opća odredba.

Onda sam se prisjetio da u mnogim dvojbenim situacijama sudska praksa nije jedinstvena, posebice kada je u pitanju odgovornost liječnika koji (sirota) radi sve da pomogne pacijentu "... moleći Boga da što ne pođe po zlu jer mu nema spasa ...".

Upravo ovu rečenicu koju sam stavio pod navodnike čuo sam od jednog iskusnog ginekologa, profesora na medicinskom fakultetu, kada je govorio o rizicima carskog reza na 1. Hrvatskom kongresu medicinskog prava u Osijeku u studenom 2017. godine. Zašto bi jedan profesor sa ogromnim znanjem i iskustvom umirao od straha ako kod carskog reza nešto pođe po zlu?

Tako dakle stvari stoje. Liječnici su na sto muka, ne samo ako što pođe po zlu (nenamjerno), nego i kada mimo volje pacijenta idu spasiti njegov život metodom koja je protivna zapovijedima božanstva u koje pacijent vjeruje.

Što im je činiti?

Ako ne poduzmu operaciju pacijent će sigurno umrijeti i evo im kaznene prijave zbog kaznenog djela nepružanja liječničke pomoći i odštetnog zahtjeva ucviljene rodbine za naknadu štete zbog duševnih bolova zbog gubitka bliske osobe, pa možda baš i one kćerke koja nije htjela potpisati da se njenom ocu nadomjesti krv krvlju plemenitih dobrovoljnih davatelja. Moguća je i kazna zbog povrede Kodeksa liječničke etike iste one Komore koja je propustila biti precizna u uputama oko ove situacije.

Ako poduzmu operaciju i dadu mu krv mimo njegove suglasnosti, kad dotični ozdravi evo im tužbe za naknadu štete zbog povrede prava osobnosti - transfuzijom tuđe krvi i grube povrede njegovih vjerskih osjećaja zbog kojih će

se naći u nemilosti samoga Jahve koji je zapovjedio da se ne konzumira nikakva krv ¹.

Doduše u vrijeme kada se Jahve na gori Sinajskoj obratio Mojsiju medicina nije bila na današnjem stupnju razvoja pa Jahve nije imao niti potrebu Mojsiju govoriti da je zabranjena transfuzija ljudske krvi kako bi se spasio život. Iako svatko ima pravo Bibliju tumačiti kako želi, činjenica je da su milioni života ljudi, posebice u ratovima, spašeni zahvaljujući transfuziji.

Kada bi svi liječnici bili Jehovini svjedoci mogli bi se pozvati na prigovor savjesti i odbiti davati transfuziju što bi dovelo do nesagledive štete za sve one koji nisu Jehovini svjedoci, ili kada bi svi ljudi ovog svijeta bili Jehovini svjedoci bilo bi izgubljeno na milione života.

Nije bogohulno zaključiti da je Bog obdario ljude mudrošću kako bi ovladali znanjem da transfuzijom krvi mogu spasiti ljudski život jer je oduvijek dužnost liječnika bila da spase život. Život je svetinja po ljudskim i po Božjim zakonima i on je ispred svega.

Možda će onaj kojemu je transfuzijom spašen život daljnjim izučavanjem Biblije spoznati da se Mojsijevi zakoni ne odnose na zabranu transfuzije krvi i da Jahve, kad se obratio Mojsiju na gori sinajskoj, nije mislio na zabranu transfuzije krvi već na konzumaciju krvi kao jela ili pića, a nije nemoguće da promijeni vjeru i postane ateista ili prijeđe na neku drugu vjeru. Uz to valja napomenuti i da prijevod Biblije glede ove Jahvine zapovijedi nisu identični u pogledu kazne koju je Jahve namijenio onima koji se ogriješe zabranu blagovanja krvi.

Eto to je ono što me motiviralo da istražim kako stvari stoje na normativnoj razini.

2. PRIKAZ NORMATIVNOG UREĐENJA PRAVA PACIJENTA NA INFORMIRANI PRISTANAK U HRVATSKOJ

O informiranom pristanku nećemo puno, o tome je dovoljno pisano u literaturi posebice na simpozijima medicinskog prava na Plitvicama 2015., u Vodicama 2016., pa i na Kongresu u Osijeku 2017. godine.

¹ Vidjeti Biblija Stari zavjet, Svezak prvi, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 2005, "Zabrana blagovanja krvi":

- 17:14 str. 150: Jer život svakog živog bića jest njegova krv. Tko bi je god jeo neka se odstrani.

- 17:10 str. 50.: Nadalje protiv svakog pojedinca iz Izraelova doma, a tako i protiv svakoga pridošlice koji živi među vama, koji bi blagovao bilo kakve krvi, ja ću se okrenut, svakoga tko blaguje krv odstranit ću iz njegova naroda ...

Sušтина informiranog pristanka pacijenta na dijagnostički ili terapijski medicinski postupak je u tome da, nakon što je podrobno, rječnikom koji razumije, pacijent informiran o bolesti i dijagnostičkim postupcima i medicinskim zahvatima koji slijede, pacijent mora potpisati pisanu suglasnost da pristaje na takve postupke i zahvate, posebice kirurški zahvat kojim se prodire u tijelo pacijenta.

Ali što ako je život pacijenta ugrožen, sigurno će umrijeti uslijed perforacije debelog crijeva ako se ne izvrši operacija, pristaje na operaciju - kirurški zahvat, ali ni pod cijenu vlastite smrti ne želi primiti krv i pritom prilaže javnobilježnički ovjerenu izjavu da odbija primiti krv ili krvne pripravke, odričući se naknade štete ukoliko zbog njegovog odbijanja krvi dođe do narušavanja zdravlja ili smrti.

Što ako je riječ o pacijentu koji je Jehovin svjedok star 30 godina koji je u prometnoj nesreći zbog proboja krvne žile izgubio puno krvi, ne želi transfuziju, a samo tako mu se može spasiti život, a iza njega ostaje 5-6 djece, ili ako treba na isti način spasiti život djeteta, a roditelji Jehovini svjedoci to ne dopuštaju pozivajući se na prava pacijenata.

Nije li to sa kaznenopravnog aspekta ubojstvo nečinjenjem temeljem garantne obveze? Jer pravo na život je ujedno i dužnost. Nepružanje pomoći kazneno je djelo koje može počiniti svatko tko osobi koja je u životnoj opasnosti ne pruži pomoć iako je to mogao učiniti bez veće opasnosti za sebe ili drugoga², pa je tim prije kazneno djelo liječnika - nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima.³

Evo kakvo je normativno uređenje u Republici Hrvatskoj:

2.1. USTAV

U poglavlju “Osobne i političke slobode i prava” u čl. 16. Ustava⁴ propisano je da se slobode i prava mogu se ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Ustav nije precizan u tome mogu li se prava pojedinca zakonom ograničiti samo radi zdravlja drugih ili je to moguće učiniti i zbog zdravlja dotičnog. Jer o zdravlju pojedinca dužan se brinuti on osobno ali se brine i cijela društvena zajednica jer je zdravstvena zaštita osigurana svima po principu solidarnosti.

² čl. 123 Kaznenog zakona, Narodne novine br.125/11., 144/12., 56/15., 61/15., 101/17. i 118/18., dalje: KZ

³ čl. 183 KZ-a

⁴ Narodne novine broj 85. od 09.07.2010. – pročišćeni tekst

Zato smatramo da se i osobna prava pacijenta (pravo na tjelesni integritet i pravo samoodređenje pa i pravo vjeroispovijedi⁵) mogu ograničiti radi zaštite zdravlja dotičnog.

Prema odredbi čl. 23. Ustava nitko ne smije biti podvrgnut bilo kakvu obliku zlostavljanja ili, bez svoje privole, liječničkim ili znanstvenim pokusima. Ali ovdje nije riječ o liječničkim pokusima već o spašavanju života pacijentu koji bi bez liječničke intervencije sigurno umro pa mislimo da ni ova ustavna odredba nije zapreka da se pruži liječnička pomoć pacijentu protivno njegovoj volji.

Prema odredbi čl. 59. Ustava svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, a prema odredbi čl. 70. Ustava svatko ima pravo na zdrav život, država osigurava uvjete za zdrav okoliš, a svatko je dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša.

Dakle, zdravlje pojedinca a time i nacije, dignuto je pa pijedestal ustavnih vrednota, te je svatko dužan, posebno liječnici u obavljanju liječničke djelatnosti, osobitu skrb posvetiti zaštiti zdravlja ljudi pa time i dotičnog pojedinca, koji zbog vjerskih zapreka odbija transfuziju pod cijenu života koji bi mu liječničkom intervencijom zasigurno bio spašen.

Ne želimo nipošto polemizirati sa vjerskim osjećajima i načinom tumačenja Biblije, ali i u slučaju kada pacijentu, suprotno njegovoj volji, liječnik daje tuđu krv i tako mu spasi život, to nije pacijentov grijeh, to je možda grijeh liječnika naspram Jahve. Kad bi (ili ako je) to zaista bio grijeh naspram Jahve liječnik griješi svakodnevno jer svakodnevno nadomješta nekomu gubitak krvi.

U svakom slučaju Ustav ne sadrži obvezu liječnika da beziznimno poštuje volju pacijenta, dopušta ograničenja kako bi se zaštitilo zdravlje, pa time i život kako drugih tako i dotičnog pacijenta te dopušta zakonodavcu da određena ustavna prava ograniči "... da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje ...".

Pa pogledajmo kako je to uredio zakonodavac kada je u pitanju zaštita zdravlja i života.

2 2. ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI⁶

Prema odredbi čl. 5. st. 2. ZoZZ svaka osoba je obvezna brinuti se o očuvanju i unapređenju svoga zdravlju (pa samim tim prije o očuvanju i unapređenju svoga života).

⁵ čl. 40. Ustava: Jamči se sloboda savjesti i vjeroispovijedi i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja.

⁶ Narodne novine br. 100/18. na snazi od 1. siječnja 2019., dalje: ZoZZ

Prema odredbi čl. 28.st 1. ZoZZ zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku.

Mogli bismo zaključiti da i u slučaju kada netko namjerno, iz njemu znanih razloga ugrožava svoje zdravlje, društvena zajednica je dužna reagirati (i reagira). Tako primjerice osoba koje izravno i ozbiljno ugrožava vlastiti život, zdravlje i sigurnost može biti prisilno hospitalizirana po Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ovisnici o drogama ili alkoholu u kaznenom postupku mogu biti podvrgnuti obveznom liječenju ako zbog svoje ovisnosti čine kaznena djela, ne traži se pristanak.

Prema odredbi čl. 6. ZoZZ Republika Hrvatska mjerama gospodarske i socijalne politike stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva te usklađuje djelovanje i razvoj na svim područjima zdravstva u cilju osiguranja ostvarivanja zdravstvene zaštite stanovništva. Sličnu obvezu imaju i jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave.

Prema odredbi čl. 7. ZoZZ Republika Hrvatska svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje tako da:

- planira zdravstvenu zaštitu i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite,
- osigurava zakonsku osnovu za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite,
- mjerama porezne i gospodarske politike potiče razvijanje zdravih životnih navika,
- osigurava uvjete za zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva,
- osigurava razvoj zdravstveno-informacijskog sustava u Republici Hrvatskoj,
- osigurava razvoj sustava telemedicine u Republici Hrvatskoj,
- osigurava razvoj znanstvene djelatnosti na području zdravstvene zaštite,
- osigurava uvjete za edukaciju zdravstvenih kadrova.

Republika Hrvatska ostvaruje društvenu skrb za zdravlje svojih stanovnika i provođenjem mjera na području zaštite zdravlja od štetnih čimbenika okoliša mjerama koje stanovništvu osiguravaju zdravstveno ispravnu hranu i vodu za piće, vodu za rekreaciju i ostale vode, predmete opće uporabe, zaštitu od buke, kakvoću zraka kao i mjerama za neškodljivo zbrinjavanje otpadnih tvari, mjerama zaštite zdravlja od štetnog djelovanja kemikalija te za zaštitu od izvora ionizirajućih i neionizirajućih zračenja.

Pa valjda nakon svih tih napora i troškova učinjenih u cilju osiguravanja i očuvanja zdravlja društvena zajednica ima pravo zaštititi pojedinca od vlastitih postupaka kojim ugrožava vlastiti život ili teže narušava vlastito zdravlje.

Pacijent koji odbija primiti tuđu krv koja bi mu jedino spasila život čini suicid nečinjenjem, a liječnik koji bi mu nečinjenjem propustio spasiti život čini teško kazneno djelo protiv zdravlja ljudi. Kad bi liječnik kao Jehovin svjedok iz vjerskih razloga propustio primijeniti transfuziju znajući da će pacijent u protivnom sigurno umrijeti počinio bi ubojstvo nečinjenjem ili u najmanju ruku teško kazneno djelo - nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima kažnjivo zatvorom od 3 do 12. godina⁷. Jer zbog pripadnosti Jehovinim svjedocima liječnik nema pravo prigovora savjesti pa zbog toga ne može odbiti primijeniti transfuziju.

Prema odredbi čl. 26. st. 1. toč. 6. ZoZZ u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njezin život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njezina zdravlja. To znači da u dotičnoj situaciji pacijent kao Jehovin svjedok nema pravo odbiti transfuziju čak i ako bi zbog toga umro. Uostalom, zašto je uopće došao tražiti liječničku pomoć tražeći od liječnika da ne učini ono što je ovaj dužan učiniti.

Mogli bismo zaključiti da ZoZZ ne predstavlja normativnu zapreku liječniku da i mimo volje pacijenta ovome pruži nužnu medicinsku pomoć, naprotiv *argumentum a contrario* liječnik je dužan primijeniti dijagnostički odnosno terapijski postupak suprotno volji pacijenta **ako mu time spašava život ili sprečava nastupanje trajnih oštećenja zdravlja.**

2.3. ZAKON O LIJEČNIŠTVU⁸

Prema odredbi čl. 3 ZoL liječničke djelatnost obuhvaća između ostalog i davanje pripravaka krvi i krvnih derivata.

U obavljanju liječničke djelatnosti po čl. 18. ZoL liječnik je dužan provesti potrebne mjere prevencije, dijagnostike, liječenja, odnosno rehabilitacije svim osobama kojima je on izabrani liječnik ili koje su upućene od strane drugog liječnika radi pružanja zdravstvene zaštite.

U hitnim stanjima liječnik je dužan pružiti pomoć svakom bolesniku bez odlaganja.

Hitnim stanjima smatraju se ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja liječničke pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje (invalidnost) ili po život bolesnika.

⁷ čl. 192. st. 3. u sv. st. 1. sve u svezi čl. 183. KZ-a

⁸ Narodne novine 121/03., 117/08: dalje u tekstu ZoL

Prema odredbi čl. 19. ZoL svi postupci medicinske prevencije, dijagnostike i liječenja moraju se planirati i provoditi tako da se očuva ljudsko dostojanstvo, integritet osobe i prava pacijenata, a posebno pravo na informiranost i samostalno odlučivanje.

Liječnik je dužan u odnosu prema pacijentima postupati primjenjujući i poštujući odredbe posebnih zakona koji reguliraju prava pacijenata te odredbe Kodeksa Hrvatske liječničke komore.

U ovom zakonu ne nalazimo odgovora na pitanje kojim se bavimo, ali isti upućuje na odredbe posebnih zakona pa tako i na ZoZZ, što inkludira zaključak da u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja zdravlja pacijenta, liječnik ima i pravo i dužnost poduzeti liječničku intervenciju.

2.4. ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA⁹

Prema odredbi čl. 6. ovog Zakona pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Iznimka od prava na suodlučivanje propisana je čl. 7. ZoZPP prema kojoj odredbi 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.

Prema odredbi čl. 8. 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 ostvarenje tih prava.

⁹ Narodne novine 169/04., 37/08.; dalje u tekstu ZoZPP

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti.

Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku.

Prema odredbi čl. 9. ZoZPP obavijesti iz članka 8. stavka 1. toga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obavezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.

Prema odredbi čl. 10. ZoZPP pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju, sukladno odredbi članka 8. stavka 1. ovoga Zakona.

Drugo stručno mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, pacijentu je, na usmeni ili pisani zahtjev, obavezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne sprema i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu iz članka 9. ovoga Zakona.

Prema odredbi čl. 11. ZoZPP 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.

Pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu (članak 12).

Pravo na obaviještenost ima i pacijent s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem (članak 13).

A sada ono najvažnije što sadrži odgovor na našu dilemu:

Članak 16. st. 1. glasi: "Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja"¹⁰.

To znači da je zakonodavac u dva zakona dao do znanja da u dotičnoj situaciji pacijent kao Jehovin svjedok nema pravo odbiti transfuziju ukoliko bi mu to spasilo život.

Zakon o zaštiti prava pacijenata je *lex specialis*, a odredba čl. 16. st 1. je nedvosmislena. Pacijent nema pravo odbiti medicinski postupak čije nepoduzimanje bi ugrozilo život i zdravlje baš tog pacijenta i postupa *contra legem*

¹⁰ Identično kao u odredbi čl. 26. st. 1. toč. 6. ZoZZ u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njezin život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njezina zdravlja.

kada hitan kirurški zahvat uvjetuje neprimanjem tuđe krvi, te takvo uvjetovanje nipošto nije korektno prema liječniku.

Ovo ograničenje pacijentovih prava odbijanja dijagnostičkih, odnosno terapijskih postupaka nije protivno Ustavu, dapače sukladno je odredbi čl. 16. Ustava gdje je propisano da se slobode i prava mogu se ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Dakle i zdravlje dotičnog pacijenta!

Inače, prihvatanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti.

Obrazac suglasnosti te obrazac izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba, prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini takav postupak.

Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta. U interesu pacijenta ta osoba može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Ukoliko su interesi takvog pacijenata i njihovih zakonskih zastupnika, odnosno skrbnika suprotstavljeni, zdravstveni radnik je dužan odmah o tome obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb. (Članak 17 ZoZPP).

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika iz članka 17. stavka 1. ZoZPP pacijent će se podvrgnuti dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika pacijenta samo dok traje navedena opasnost. (čl 18. ZoZPP).

2.5. KODEKS MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE¹¹

Prema odredbama Kodeksa liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući zdravlje i dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom.

¹¹ Narodne novine br. 55/08., 139/15.

Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć. Kad pacijent nije sposoban o tome odlučivati, o tome odlučuje njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazočan, liječnik će, ako se s odlukom ne može pričekati, primijeniti, prema svom znanju, najbolji način liječenja.

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. Pri sumnji na zloporabu ili zlostavljanje djece i malodobnih osoba, liječnik je obavezan upozoriti odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno maloljetne osobe.

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.

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.

Liječnik će na prikladan način obavijestiti pacijenta i/ili zastupnika o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima i opasnostima te rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima za uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi pacijent mogao donijeti ispravne odluke o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.

Pacijent ima pravo saznati istinu i dobiti na uvid cjelokupnu medicinsku dokumentaciju o svojoj bolesti. Pacijent ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primiti obavijest o prirodi svoga zdravstvenog stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera, osim u slučajevima u kojima mora biti svjestan svoje bolesti kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

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.

Liječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrožava život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti nadređene i pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.

Dakle Kodeks ne daje nedvosmisleni odgovora na pitanje kako treba postupiti liječnik kao pacijent odbija dijagnostički postupak koji jedini može spasiti život. Ovdje nam malo pomaže odredba da je liječniku iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu, jer za drugu zdravstvenu ustanovu nema vremena ni smisla jer će ovaj i u drugoj zdravstvenoj ustanovi odbiti suglasnost iz istih razloga.

2.6. ZAKLJUČAK

Prikazom zakonodavnih rješenja u Hrvatskoj možemo pouzdano tvrditi da liječnik nije dužan uvažiti pravo pacijenta da odbije neki dijagnostički, odnosno terapijski postupak **“...u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja...”**. Ne samo to, liječnik je dužan poduzeti takvu medicinsku intervenciju suprotno izjavi pacijenta da odbija takav postupak.

To znači da je zakonodavac radi zaštite zdravlja i života pacijenta toj ustavnoj vrednoti dao prednost u odnosu na pravo na tjelesni i duhovni integritet koji podrazumijeva slobodu vjeroispovijedi.

3. INFORMIRANI PRISTANAK I PRAVO NA ODBIJANJE TRETMANA NA MEĐUNARODNOJ RAZINI

3.1. KONVENCIJA O LJUDSKIM PRAVIMA I BIOMEDICINI¹²

Već u Preambuli Konvencije ističe se da su potpisnice Konvencije (države članice Vijeća Europe, druge države i Europska zajednica, koje, prihvaćaju konvenciju), imajući na umu Opću deklaraciju o ljudskim pravima, koju je proglasila Opća skupština Ujedinjenih naroda 10. prosinca 1948, Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda od 4. studenoga 1950., Europsku socijalnu povelju od 18. listopada 1961., Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima i Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima od 16. prosinca 1966., Konvenciju o zaštiti pojedinaca u pogledu automatske obrade osobnih podataka od 28. siječnja 1981., također imajući na umu Konvenciju o pravima djeteta od 20. studenoga 1989., smatrajući da je cilj Vijeća Europe

¹² Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i 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, NN-MU 013/2003).

postići veće jedinstvo među svojim članicama te da je jedan od načina kojim valja postići taj cilj očuvanje i daljnje ostvarivanje ljudskih prava i temeljnih sloboda, svjesne ubrzanog razvoja biologije i medicine, uvjerene u potrebu da se ljudsko biće poštuje kao pojedinac i kao pripadnik ljudske vrste, te priznajući važnost osiguranja dostojanstva ljudskog bića, svjesne da zloupotreba biologije i medicine može dovesti do čina koji ugrožavaju ljudsko dostojanstvo, potvrđujući da se napretkom u biologiji i medicini treba koristiti za dobrobit sadašnjih i budućih generacija...”, odlučujući da poduzmu takve mjere kakve su potrebne za zaštitu ljudskog dostojanstva i temeljnih prava i sloboda pojedinca u pogledu primjene biologije i medicine.

Dakle, bez obzira na formulacije pojedinih odredbi cilj Konvencije je spriječiti zluporabu biologije i medicine na štetu ljudskog dostojanstva, potvrđujući da napredak u biologiji i medicini treba koristiti za dobrobit sadašnjih i budućih generacija.

Ako to pokušamo implementirati na našu dilemu odmah je jasno da liječnik koristeći transfuziju kako bi spasio život pacijentu ne zloupotrebljava medicinu, naprotiv, to medicinsko postignuće koristi za dobrobit pacijenta.

To nije u suprotnosti niti sa čl. 2. Konvencije u kojemu se navodi da interesi i dobrobit ljudskog bića moraju prevagnuti nad interesima društva i znanosti jer se radi upravo o dobrobiti pacijenta.

Dilemu može izazvati opće pravilo iz čl. 5. Konvencije prema kojemu zahvat koji se odnosi na zdravlje može se izvršiti samo nakon što je osoba na koju se zahvat odnosi o njemu informirana i dala slobodan pristanak na njega. Toj se osobi prethodno daju odgovarajuće informacije o svrsi i prirodi zahvata kao i njegovim posljedicama i rizicima, a dotična osoba može slobodno i u bilo koje vrijeme povući svoj pristanak.

Međutim, to je opće pravilo koje trpi iznimke. Neke od tih iznimaka su zaštita osoba koje nisu sposobne dati pristanak na pojedine zahvate (npr. osobe s teškim duševnim smetnjama, maloljetne osobe, osobe koje nisu pri svijesti, hitne situacije kada se nema vremena informirati pacijenta).

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti odgovarajući pristanak, bilo koji medicinski nužan zahvat može se provesti odmah u korist zdravlja dotičnog pojedinca.

Ukoliko je riječ o maloljetnoj osobi, odluke o prihvaćanju ili odbijanju dijagnostičkih i terapijskih postupaka će donositi zakonski zastupnik ili tijelo, tj. osoba određene zakonom pojedine države. Pri tome se mišljenje maloljetnika uzima u obzir u skladu s njegovim godinama i stupnjem zrelosti.

Ukoliko odrasla osoba zbog bolesti ili nekog drugog razloga ne može dati pristanak, to će učiniti njegov zastupnik ili tijelo ,tj. osoba utvrđeni zakonom.

Važno je navesti da i zakonski zastupnici, zastupnici te tijela i osobe utvrđene zakonom koje donose odluke u ime pacijenta moraju biti obaviješteni na način utvrđen čl. 5. Konvencije.

Članak 9. Konvencije također može biti važan u praksi jer govori o tome da se uzimaju u obzir želje koje je pacijent imao za života, ali ih sada ne može izraziti iz bilo kojeg razloga.

Vidljivo je da Konvencija ne regulira problem kojim se ovdje bavimo, ali ne limitira države potpisnice da propišu iznimke.

3.2. POVELJA O TEMELJNIM PRAVIMA EUROPSKE UNIJE 2010/C 83/02¹³

Odmah treba naglasiti da povelja nije pravno obvezujući dokument, ali ima moralni i etički autoritet, obzirom na ciljeve, temelje i donositelja.

Povelju o temeljnim pravima Europske unije svečano su proglasili Europski parlament, Vijeće i Komisija “...svjesni da se... Unija temelji na nedjeljivim, univerzalnim vrijednostima ljudskog dostojanstva, slobode, jednakosti i solidarnosti; ...na načelima demokracije i vladavine prava..., pojedinca postavlja u središte svog djelovanja...uspostavom statusa građana Unije i stvaranjem područja slobode, sigurnosti i pravde...Povelja potvrđuje, uz dužno poštovanje nadležnosti i zadataka Unije te načela supsidijarnosti, prava koja proistječu osobito iz ustavnih tradicija i međunarodnih obveza zajedničkih državama članicama, iz Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, iz Socijalne povelje koju su usvojile Unija i Vijeće Europe te iz prakse Suda Europske unije i Europskoga suda za ljudska prava. U tom kontekstu Povelju će tumačiti sudovi Unije i država članica, uzimajući u obzir objašnjenja pripremljena pod vodstvom predsjedništva Konvencije koje je sastavilo Povelju i ažurirana pod odgovornošću predsjedništva Europske konvencije...”

Člankom 3. Povelje uređuje se pravo na cjelovitost osobe (tjelesni i duhovni integritet) na slijedeći način:

Svatko ima pravo na poštovanje njegove ili njezine tjelesne i duhovne cjelovitosti.

¹³ Povelju o temeljnim pravima Europske unije svečano su proglasili Europski parlament, Vijeće i Komisija.

U području medicine i biologije osobito se mora poštovati slobodni pristanak osobe o kojoj je riječ, na temelju njezine obaviještenosti i u skladu s postupcima utvrđenima zakonom;

Člankom 52. uređuje se opseg i tumačenje prava i načela tako da "... svako ograničenje pri ostvarivanju prava i sloboda priznatih ovom Poveljom mora biti predviđeno zakonom i mora poštovati bit tih prava i sloboda. Uz poštovanje načela proporcionalnosti, ograničenja su moguća samo ako su potrebna i ako zaista odgovaraju ciljevima od općeg interesa koje priznaje Unija ili potrebi zaštite prava i sloboda drugih osoba ...".

Odatle slijedi da i pravo na obaviješteni pristanak pacijenta može biti ograničeno jer je nužno i jer su u skladu sa ciljevima koji su od općeg interesa, a svakako je od općeg interesa da se sačuva život čovjeka, jer i suicid je protuzakonnit iako nije kažnjiv, kažnjivo je poticanje na suicid (čl. 114. KZ-a)

3.3. DEKLARACIJA O PROMICANJU PRAVA PACIJENATA U EUROPI¹⁴

Deklaracija je pravno neobvezujući dokument, ali pravni dokument prvorazredne moralne snage te predviđa pacijentovo pravo na obaviještenost kao jedno od najznačajnijih prava pacijenata. Čl. 2., st. 1 - 9 sadrže pravo pacijenata na informaciju o dostupnim zdravstvenim uslugama, o osobnom zdravstvenom stanju, namjeravanim medicinskim intervencijama i njihovim potencijalnim rizicima i koristima koje donose, alternativama predloženim postupcima liječenja, dijagnozi, prognozi i tijeku medicinskog tretmana, pravo pacijenta da bude informiran o svom zdravstvenom stanju. U Hrvatskoj su temelji te Deklaracije uneseni u ZZPP, kojeg je Hrvatski sabor donio 19. studenoga 2004. godine .

3.4. ZAKLJUČAK

Zakonodavna rješenja u Republici Hrvatskoj potpuno su u skladu sa Ustavom te pravno obvezujućim međunarodnim aktima koje je preuzela Republika Hrvatska, kao i međunarodnim pravnim aktima moralne snage.

¹⁴ Usvojena na europskom savjetovanju Svjetske zdravstvene organizacije o pravima pacijenata u Amsterdamu 1994 ("Amsterdamska deklaracija")

4. KOMPARATIVNI PRIKAZ PRAVA NA PRISTANAK U NEKIM SUSJEDNIM DRŽAVAMA

4.1. FEDERACIJA BOSNA I HERCEGOVINA

Pravo na samoodlučivanje i pristanak uređeno je Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata¹⁵.

Prema odredbi čl. 17. tog Zakona pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih.

To pravo ne podrazumijeva eutanaziju. Bez pristanka pacijenta ne smije se, u pravilu, nad njim poduzeti nikakva medicinska mjera.

Medicinska mjera protivno volji pacijenta, odnosno roditelja, staratelja ili zakonskog zastupnika poslovno nesposobnog pacijenta, može se poduzeti samo u izuzetnim slučajevima koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa liječničkom etikom.

Medicinska mjera protivno volji pacijenta, odnosno roditelja, staratelja ili zakonskog zastupnika poslovno nesposobnog pacijenta, može se poduzeti i u provođenju tjelesnog pregleda i drugih radnji za potrebe krivičnog postupka, odnosno obaveznog psihijatrijskog vještačenja u slučaju sumnje da je isključena odnosno smanjena uračunljivost osumnjičenog odnosno optuženog za krivično djelo, suglasno propisima o krivičnom postupku Federacije Bosne i Hercegovine.

Pacijent daje pristanak na predloženu određenu medicinsku mjeru izričito, usmenim ili pisanim putem. (član 18.)

Pisani pristanak pacijenta obavezan je za invazivne dijagnostičke zahvate i operativne zahvate. Izuzetno pristanak može biti dat i za više medicinskih usluga, ako predstavljaju funkcionalnu cjelinu u okviru postupka liječenja.

Pristanak na predloženu medicinsku mjeru pacijent može usmeno opozvati sve dok ne započne njeno izvođenje.

Pacijent ima pravo da odredi osobu koja će u njegovo ime dati pristanak, odnosno koje će biti obaviještena umjesto pacijenta o poduzimanju medicinskih mjera, u slučaju da pacijent postane nesposoban da donese odluku o pristanku.

Ali ono najvažnije, po čl. 19. pacijent ima pravo da predloženu medicinsku mjeru odbije, izuzev u slučaju kada se njome spašava ili održava njegov život ili bi se nepoduzimanjem iste ugrozio život ili zdravlje drugih ljudi.

¹⁵ Službene novine Federacije BiH br. 40/10.

Dakle, u Federaciji BiH pacijent ne može odbiti medicinsku mjeru kada svojim odbijanjem ugrožava vlastiti život (ne i zdravlje !) ili život i zdravlje drugih ljudi.

4.2. CRNA GORA¹⁶

Zakonom o pravima pacijenata propisano je da pacijent ima pravo na blagovremen pristup svim vrstama informacija o njegovom zdravstvenom stanju i bolesti, načinu pružanja zdravstvenih usluga i njihovog korištenja, kao i na sve informacije koje su, na osnovu naučnih ispitivanja i istraživanja, poznate i dostupne. Zdravstvena ustanova je dužna pacijentu pružiti informaciju o sadržaju medicinske dokumentacije.

Pacijent ima pravo biti upoznat sa imenom i prezimenom zdravstvenog radnika koji mu pruža zdravstvenu uslugu i njegovim stručnim zvanjem.

Zdravstvena ustanova je dužna utvrditi termine i učiniti ih dostupnim pacijentu i članovima njegove obitelji za razgovor sa liječnikom koji mu pruža zdravstvenu uslugu.

Pacijent ima pravo od zdravstvenog radnika blagovremeno dobiti obavijesti koje su mu potrebne kako bi donio odluku o prihvatanju ili odbijanju predložene medicinske intervencije. Obavijest daje zdravstveni radnik visoke stručne sprema koji pacijentu pruža određenu vrstu zdravstvene usluge usmeno na način koji je razumljiv pacijentu, vodeći računa o njegovoj starosti, obrazovanju i emocionalnom stanju.

Pacijent se može odreći prava na obavijest, osim ako je predložena medicinska intervencija nužna, odnosno da je rizično njeno nepoduzimanje, kao i u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih osoba.

Izuzetno, nadležni zdravstveni radnik može prešutiti dijagnozu, tijekom predložene medicinske intervencije i njene rizike ili obavijest ograničiti, ako postoji ozbiljna opasnost da će se obaviješću znatno naškoditi zdravlju pacijenta.

U slučaju iz stava 2 ovog člana obavijest se može dati članu obitelji pacijenta.

Tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i medicinske intervencije, pacijent ima pravo biti obaviješten o rezultatima pregleda ili medicinske intervencije, kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih.

Pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih.

¹⁶ Sl. list Crne Gore br. 40/10. i 40/11.

Pacijent ima pravo odbiti predloženu medicinsku intervenciju, ako je svjestan i orijentiran u vremenu i prostoru i ako je sposoban za rasuđivanje, čak i u slučaju kada se njome spašava ili održava njegov život.

Nadležni zdravstveni radnik dužan je pacijentu ukazati na posljedice njegove odluke o odbijanju predložene medicinske intervencije i o tome od pacijenta zatražiti pisanu izjavu koja se čuva u medicinskoj dokumentaciji.

Ukoliko pacijent odbije davanje pisane izjave nadležni zdravstveni radnik će o tome sačiniti službenu zabilješku.

U hitnim slučajevima, ako je pacijent bez svijesti ili iz drugih razloga nije u stanju dati svoj pristanak, medicinska intervencija se može poduzeti kada to zahtijeva takvo stanje i ako bi nepoduzimanjem intervencije za pacijenta nastupila opasnost po život.

Dakle u Crnoj Gori pacijent može odbiti medicinsku intervenciju čak i kada time ugrožava vlastiti život, ali ne ako time ugrožava život i zdravlje drugih.

4.3. SLOVENIJA¹⁷

Pacijent ima pravo samostalno odlučivati o liječenju, pod uvjetima utvrđenim zakonom.

Pacijenta koji je sposoban odlučivati o sebi, bez prethodne slobodne i savjesne pristanka na temelju primljenih objašnjenja iz članka 20. ZPacP, nije dopušteno podvrći medicinskom interveniranju ili medicinskom tretmanu, osim u slučajevima predviđenim zakonom. (čl. 26 ZPacP.)

Pacijent može dati usmeno odobrenje, djelovanjem ili ponašanjem, iz kojeg se može pouzdano zaključiti da on predstavlja suglasnost, ili u pisanom obliku, kad to zakon propisuje. Suglasnost se također može dati za nekoliko medicinskih zahvata ako oni čine funkcionalnu cjelinu u okviru postupka liječenja.

Za operativnu ili drugu medicinsku intervenciju povezanu s većim rizikom ili većim teretom, pristanak pacijenta mora biti dokumentiran na obrascu iz članka 27. ZPacP.

Ako pacijent ne može dati pisani pristanak, suglasnost se može dati i usmeno u nazočnosti dvaju punoljetnih svjedoka, koja mora biti dokumentirana na obrascu iz članka 27. ZPacP, zajedno s naznakom razloga nesposobnosti.

Ako se pacijent ne slaže s medicinskom intervencijom i ne daje pisani pristanak (na intervenciju povezanu s većim rizikom ili većim teretom) ta činjenica i mogući

¹⁷ Zakona o pacientovih pravica: Uradni list RS, št. 15/2008:- dalje ZPacP

razlozi trebaju biti dokumentirani na obrascu iz članka 27. ZPacP ili potvrđeni potpisivanjem dvaju punoljetnih svjedoka.

Suglasnost je namijenjena samo olakšavanju dokazivanja postojanja suglasnosti i njezina opsega, ali ne uvjet za njezinu valjanost

Za manje invazivne zahvate u korist pacijenta pristanak nije nužan (znači li to da za transfuziju krvi pristanak nije nužan?)

Ako pacijent nije u stanju donositi odluke o sebi ili ne može izraziti svoju volju, hitna medicinska pomoć može se izvršiti bez njegovog pristanka (čl.28. ZPacP).

Dakle, bez privole pacijenta nema operacije ni većih zahvata, privola mora biti pisana ili usmena pred dva svjedoka. U Sloveniji pacijent može odbiti invazivnu medicinsku intervenciju čak i kada time ugrožava vlastiti život.

5. ZAKLJUČNO

Ustav Republike Hrvatske u čl. 21. st. 1. jamči pravo na život. Pravo na život temeljno je pravo i iz njega proizlaze sva druga prava.

Zato Ustav dopušta zakonodavcu da određena ustavna prava (u koja prava spada i pravo na tjelesni integritet i samoopredjeljenje) ograniči "...da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje..."

Prema izričitoj odredbi čl. 26. st. 1. toč. 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njezin život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njezina zdravlja.

Identičnu odredbu sadržava i čl.16. st. 1. Zakona o pravima pacijenata prema kojoj odredbi pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, **osim u slučaju neodgodive medicinske** intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja.

Ustavno i zakonodavno uređenje u Republici Hrvatskoj koje je izloženo nije u protivnosti sa međunarodnim pravnim aktima bilo pravno obvezujuće, bilo moralne snage.

Smatramo da bi i kodeks liječničke etike i deontologije trebao imati odredbu o tome.

U svakom slučaju, u dotičnoj situaciji pacijent kao Jehovin svjedok nema pravo odbiti transfuziju ako bi izostanak transfuzije ugrozilo život ili izazvao trajna oštećenja njegovoga zdravlja.

U slučaju da pacijent usmeno ili pisanom izjavom odbija transfuziju krvi pozivajući se na svoja vjerska uvjerenja sljedbenika Jehovinih svjedoka liječnik je dužan primijeniti i postupak transfuzije tuđe krvi ako bi u suprotnom izostanak transfuzije ugrozio život ili izazvao trajna oštećenja pacijentovog zdravlja. U protivnom, po našem mišljenju čini kazneno djelo nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima iz članka 183. KZ-a.

Međutim, nismo naišli na sudsku praksu koja bi se odnosila na dotično razmatranje a u komparativnom pravu vidjeli smo da neke države propisuju obavezu liječnicima da poštuju volju pacijenta pa makar time nastupila i smrt dotičnog pacijenta zato što ne želi primiti tuđu krv.

U svakom slučaju ostaje nam za vidjeti hoće li biti sudskih postupaka u slučaju kada liječnik primijeni transfuziju mimo volje pacijenata i time mu spasi život. Unaprijed smo mišljenja da takve tužbe zbog povrede prava osobnosti ne mogu polučiti uspjeh zbog izričitih zakonskih odredbi o tome da je liječnik dužan primijeniti medicinski postupak i mimo volje pacijenta ukoliko mu time spašava život ili sprječava oštećenje zdravlja u težem stupnju.

LITERATURA:

1. Biblija Stari zavjet, Svezak prvi, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 2005.
2. 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
3. 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. studenoga 2016. godine Pravnog fakulteta u Splitu
4. Muzur, A., Rinčić, I., 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
5. Omejec, J., Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u praksi Europskog suda za ljudska prava, Zagreb, 2014.
6. 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 Split

Pravni propisi:

1. Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine 85/10 od 09.07.2010. – pročišćeni tekst
2. Opća deklaracija o pravima čovjeka: Ratificirana Sl. l. Br. 7/1971, Narodne novine 37/08
3. 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
4. Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (Oviedo 1997), Narodne novine – 13/03
5. Povelja o temeljnim pravima europske unije 2010/C 83/02
6. Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi, Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe) Svjetske zdravstvene organizacije („Amsterdamska deklaracija“), 1994: <http://www.hcjz.hr/pr.php?id=12457&rnd>
7. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine 169/04, 37/08
8. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 100/18
9. Zakon o liječništvu, Narodne novine 121/03, 117/08
10. Kodeks medicinske etike i deontologije, Narodne novine br. 55/08, 139/15
11. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Narodne novine 76/14
12. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata, Službene novine Federacije BiH 40/10
13. Kazneni zakon, Narodne novine 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015 - Ispravak i 101/2017
14. Zakona o pacijentovih pravica, Uradni list RS, št. 15/2008
15. Zakon o pravima pacijenata Crne Gore, Sl. list CG br. 40/2010 i 40/2011

THE RIGHT OF THE PATIENT TO BE IMPLEMENTED DE LEGE LATA

By showing legal solutions in Croatia we can safely state that a doctor is not obliged to accept the right of a patient to refuse a certain diagnostic or therapeutic procedure “... in the case of irresistible medical interventions whose failure endangers the life and health of the patient or cause permanent damage to his health ...” . Not only that, the doctor is required to undertake such medical intervention, contrary to the patient's statement to refuse such a procedure. This means that the legislator has given precedence over the right to physical and spiritual integrity, including the freedom of religion, to protect the health and life of the patient.

Key words: *doctor, patient, patient consent, treatment*

Prof.dr.sc.Aldo Radolović, sudac Ustavnog suda RH i redoviti profesor
Pravnog fakulteta u Rijeci u mirovini

MEDICINSKO PRAVO KAO SASTAVNI DIO PRAVA OSOBNOSTI I GRAĐANSKOG PRAVA

UDK: 349:61

Primljeno: 21. veljače 2019.

Referat na znanstvenom skupu

Nužno se srećemo i s određenim otporima konstrukciji „medicinskog prava“ i s tim otporima još za dugo valja računati. Moramo računati s nekako tradicionalnim stavom da „zakon nema što tražiti na području medicine“. Pravo osobnosti ima u svom fokusu osobu čovjeka (mogli bi čak reći- karakter čovjeka). U tom je smislu svaki čovjek različita osoba i ima pravo na različitu pravnu zaštitu. Dosta kritički se može reći da Zakon o zdravstvenoj zaštiti zadržava postojeću strukturu zdravstvenih ustanova pa time i sve slabosti koje postoje. Izgleda da i na ovom području postoji strah od promjena koji priječi ne samo nekakve jače promjene nego onemogućuje i bilo kakve promjene. Javno (državno) zdravstvo ostaje temeljni nositelj zdravstvene djelatnosti. Javna bolnica ne može biti trgovačko društvo, jer ne smije propasti. Ali nije ni samo ustanova jer Zakon dozvoljava stjecanje prihoda i mimo proračunskog (budžetskog) financiranja.

Ključne riječi: *medicinsko pravo, pravo osobnosti, Zakon o zdravstvenoj zaštiti*

I. UVOD

U ljudskoj je naravi osjećaj da protekom godina života i akumuliranjem svakojakog iskustva ostaje (ili treba ostajati) sve manje područja koja se „ne razumiju“. Na općem planu to bi npr. mogla biti činjenica da RH (koja ima manje od 4 milijuna stanovnika) uvozi oko polovicu potrebne hrane iako po svim pokazateljima može sama proizvesti hrane za 10 do 15 milijuna ljudi. Na posebnijem planu koji je predmet našeg savjetovanja (medicinsko pravo) jednako je tako teško razumjeti da imamo, s jedne strane, vrhunsku medicinu a, s druge strane, vrlo loše zdravstvo. Bila bi nekakva zadaća svih nas tu razliku (taj ponor, tu diskrepancu) ukloniti ili barem postupno smanjivati. Pritom ne treba imati iluziju da je to nekakav lagan zadatak, da ćemo ga brzo riješiti a napose bi bilo opasno, vjerovati da ćemo to riješiti „ donošenjem novog zakona“. ¹ Kako je

¹ To je omiljena fraza kojim političari najčešće reaguju na neki specifičan pravni problem. Nedavno se to npr. dogodilo sa medijski poznatim slučajem „Daruvarac“. U pitanju je bilo doista zloupotreba postupnog ovlaštenja od strane obrane, ali je ministar pritom zaboravio da je jedno od načela ZKP-a i načelo zabrane zlouporabe postupovnih ovlaštenja koje sucu daje široki prostor postupanja (bez potrebe za donošenjem novog zakona). Sutra ili preksutra će nas „iznenaditi“ neki novi sličan slučaj, pa bi bilo neozbiljno svaki put „donositi novi zakon“.

rekao poznati filantrop John Marks Templeton² ljudski se napredak ne ostvaruje u kilometrima nego u centimetrima (u smislu, dakle, da ide polako) i stoga moramo nekakve moguće ciljeve vrlo skromno postavljati. Pritom je, dakako, bitno da smjer kojim ćemo krenuti pravilno odaberemo. Zato je i izbor tog cilja važna zadaća. Kako se uobičajeno kaže, ne planirati znači planirati neuspjeh. Republika Hrvatska može i mora bolje u svim oblastima života. U zdravstvu također. U tom smislu je postojeće gospodarsko stanje uvijek nekakav limitirajući faktor, ali nije točno da treba čekati ekonomsko poboljšanje da bi se potom prionulo uređenju društva. Uostalom, sasvim je jasno da bez uređenog društva nema ni ekonomskog napretka. Zdravlje građana je sasvim sigurno važna pretpostavka ekonomskog napretka. Čini se da je u tom smislu posebno važno razviti atmosferu optimizma, jednu biofilnu umjesto nekrofilnu atmosferu³ koja nekako i u svjetskim i u domaćim razmjerima sve više uzima maha. Tu, kako rekosmo, biofilnu atmosferu nije lako stvoriti. Ona se lakše stvara u siromaštvu nego u obilju i nove generacije ljudi moraju iznalaziti nove mogućnosti biofilnog usmjeravanja života i društva.

II. MEDICINSKO PRAVO KAO NOVI DIO PRAVA

„Medicinsko pravo“ kao samostalna znanstvena disciplina kod nas zapravo još ne postoji i mi smo u tom smislu praktički tek na početku. Ono što pak, više kolokvijalno nego znanstveno promišljeno, zovemo „medicinskim pravom“ (skup propisa i pravila koja reguliraju djelatnost čuvanja zdravlja i liječenja) postoji ili u svojim začecima ili je inkorporirano u druge grane prava (npr. u radno i socijalno pravo) gdje značajno gubi na svojoj izvornosti i djelotvornosti. Zaostajanje za razvijenim svijetom je tu više nego evidentno, što – međutim- ne znači da se priključak može relativno brzo ostvariti i postojeće razlike smanjiti.⁴ Potrebno je pritom, međutim, jako voditi računa o tome da prilikom nužne recepcije vanjskih dostignuća već i sami imamo ne samo temeljne predodžbe o tome nego i već neke jasno postavljene ciljeve kao rezultat već ovladanim znanjem u ovom području. U tom smislu nužno se srećemo i s određenim otporima konstrukciji „medicinskog prava“ i s tim otporima još za dugo valja računati. Prvo, moramo računati s nekako tradicionalnim stavom da „ zakon nema što tražiti na području medicine“. No, upravo tu nalazimo i prve „ prodore“ i to upravo iz redova medicinske struke. U

² John Marks Templeton, Knjiga životnih zakona, Mozaik knjiga Zagreb 1999.,str.86.

³ Pojam „biofilno“ (ljubav prema životu) odn. „nekrofilno“ (veličanje prošlog i umrlog) navodimo prema poznatom misliocu Erichu Frommanu (E. Fromm i Anatomija ljudske destruktivnosti, Zagreb, 1973.).

⁴ Iz poznatih povijesnih razloga nama bi bilo najbliže austrijsko pravo. U tom smislu mogli bi predložiti, kao polazište, austrijsku temeljnu literaturu medicinskog prava (Rech-Felix, Handbuch des Medizinrechts, Wien 2015 ili Kodeks Aertze-Rechte 2018/19 i dr.).

Italiji su npr. prilikom donošenja zakona o biotestamentu⁵ sami liječnici zahtijevali takav zakon (jer im jasnije propisuje odgovornost odn. u određenim slučajevima oslobađa ih od svake odgovornosti) a i naši liječnici (s pravom) traže da tzv. anticipirane izjave budu u propisu koji regulira odnose između liječnika i pacijenta.⁶ Druga grupa prigovora protiv medicinskog prava odnosi se na to da propisi iz te oblasti nisu posebno potrebni jer da ista pitanja (čak bolje) uređuju pravila medicinske etike i liječničke deontologije. Ovi prigovori polaze od pogrešne premise da etika na području medicine i zdravstva predstavlja postojeću činjenicu već samim time što je „propisana“. Etika, naprotiv, nije ono što je propisano i etička pravila se ne propisuju nego u čovjeku ili postoje ili ne postoje i u načelu se stječu odgojem (gdje proces ovladavanja tim pravilima završava negdje do 30-te, najkasnije 35-te godine). Liječničko zanimanje je takvo da je etika i deontološka komponenta sastavni dio kompetencije liječnika i u tom smislu valja svakako pozdraviti napore da se u većoj mjeri inzistira na etičkoj edukaciji liječnika.⁷ U svakom slučaju, bez obzira na izniman značaj medicinske etike i liječničke deontologije, nije realno očekivati da je (ni kod nas a ni u svijetu) stupanj etičke izgrađenosti liječnika (i ostalog medicinskog osoblja) toliki da ulogu zakona čini nepotrebnom. I, konačno, nekakav ekskluzivitet medicine (stoljećima razvijan) danas je gotovo drastično razbijen. Medicina može puno ali puno toga i ne može, u svakom slučaju ne može sve. Ne može npr. negirati izvjesne uspjehe nekih njenih „rubnih dijelova“ (alternativne medicine, homeopatske medicine, vjerske medicine, psihomedicine i sl.) a ponekad (i pored općepoznatog silnog poboljšanja medicinske dijagnostike) iznenađuju podaci o grješcima koje se u medicini i dan danas, čak dosta često, čine.⁸ U prilog uvođenja i razvijanja medicinskog prava kao novog dijela prava valja navesti i to da je to pravo najrazvijenije upravo tamo gdje je i medicina najrazvijenija (Sjedinjene Američke Države). Pravo uvijek

⁵ Italija je krajem 2017.god. donijela Zakon o biotestamentu (biološkoj oporuci). To je zapravo DAT (Dichiarazione anticipata di trattamento) gdje teži bolesnici (dok su još mentalno sposobni) određuju kako da ih se medicinski tretira kada (ako) zapadnu u stanje mentalne nesposobnosti. Mogu npr. odbiti neki dijagnostički ili terapijski zahvat (odbiti operaciju, odbiti transfuziju krvi, odbiti umjetno hranjenje i sl.) i u takvim slučajevima liječnik to mora poštivati (bez obzira što sam o tome misli) i ne odgovara za ishod koji je rezultat odluke pacijenta.

⁶ Mi još nemamo propise o „biološkoj oporuci“ ali neke „srodne“ odredbe nalazimo u Obiteljskom zakonu u svezi sa šticeinstvom i sa oduzimanjem poslovne sposobnosti. U medijima su se pojavili, opravdani prigovori iz liječničke struke da se tzv. anticipirane izjave najviše tiču odnosa između liječnika i pacijenta i da stoga moraju biti regulirane u propisu koji se odnosa liječnika i pacijenta (pri čemu bi najbliži bio Zakon o zaštiti prava pacijenata).

⁷ Smatramo iznimno značajnim djelom u ovoj oblasti knjigu koja je pod nazivom „Medicinska etika“ uredio prof. medicine Niko Zurak (Medicinska etika, Zagreb 2007.).

⁸ Prof. Giusto Giusti (pravnik i liječnik) je još 1999.god. u „Traktatu sudske medicine i srodnih znanosti (Trattato di medicina legale e scienze affini, Cedam-Padova, peta knjiga, str.955-1259) uredio zbirku znanstvenih radova gdje se uspoređuju rezultati patoloških analiza sa prethodno datim dijagnozama bolesti. Ponekad (najviše u oblasti plućnih bolesti) je čak preko 40% slučajeva odudaralo od postavljenih dijagnoza.

jača odgovornost a odgovornost podiže kvalitetu svačijeg rada. No, da bi takvo pravo raslo i razvijalo se moraju mu se, već inicijalno, postaviti opći okviri koji u ovom slučaju jesu pravo osobnosti i građansko pravo. Ako na taj način krenemo u pravom smjeru, manje je čak važno kojom ćemo brzinom ići. No, odabrati pravi smjer nije uvijek lako a u predmetnom slučaju je čak dosta teško

III. PRAVO OSOBNOSTI I RAZLOZI ZBOG KOJIH MEDICINSKO PRAVO ČINI SASTAVNI DIO PRAVA OSOBNOSTI I (TIME) I GRAĐANSKOG PRAVA

Pravo osobnosti se povijesno gledano vrlo sporo razvijalo, mada se u 19.st. već naziru jasnije konture tog prava. Odlučujući impuls tome dale su strahote II. svjetskog rata a i poruke važnog pravno-političkog pokreta o ljudskim pravima s kraja 20. stoljeća. Čovjek je nekako (i konačno!) shvatio da se pravnim propisom pokrilo sve ili gotovo sve ali je pritom zaboravio samo jedno- sebe.⁹ Pravo osobnosti ima u svom fokusu osobu čovjeka (mogli bi čak reći- karakter čovjeka). U tom je smislu svaki čovjek različita osoba i ima pravo na različitu pravnu zaštitu. U hrvatskom (bivšem jugoslavenskom) pravu je pravo osobnosti (pod nazivom „pravo ličnosti“) prvi put navedeno 1978.god. da bi 2005.god. u novom hrvatskom Zakonu o obveznim odnosima bilo i dosta šire regulirano.¹⁰

Sa stanovišta medicinskog prava napose je važno navesti ova prava osobnosti:

- pravo na život i zdravlje
- pravo na tjelesni i duševni integritet
- pravo na osobno dostojanstvo
- pravo na slobodu (napose na slobodu i odlučivanja) i
- pravo na privatnost (koje uključuje i pravo na intimni život).

⁹ Ovu konstataciju možemo, vrlo ilustrativno, vidjeti i na dva čak dosta aktualna primjera.

Prvi- gdje jedan građanin (koji je u bolnicu došao radi operacije slijepog crijeva a iz nje izašao s amputacijom noge) ni nakon desetak godina sudskog sporenja još nije došao do odštete.

Drugi- gdje jedini preživjeli vatrogasac s poznate kornatske tragedije tek nakon 12 godina dobiva prvostupanjsku presudu o pravu na naknadu štete.

Treći bi primjer mogao biti nedavni slučaj iz Rijeke dovršen nakon 13 godina.

Zlobno bi mogli primijetiti da imamo pravila i praksu za odštetu ako se ošteti vreća krumpira u prijevozu, ali ih nemamo kada se ošteti osobnost čovjeka.

¹⁰ Prvi put (1978.) regulacija je bila posve štura. Sada je dosta jasnija i jača. No, ne čini samo Zakon o obveznim odnosima propise prava osobnosti, tu su i drugi propisi (kazneni, upravni, propisi o zaštiti autorskih prava i sl.).

Pravo na život daje prije svega preventivnu zaštitu da do oduzimanja života ne dođe. Opasnosti za život ne dolaze samo od klasičnih kriminalnih napada, nego ti napadi mogu biti i sasvim civilni (rad na opasnim mjestima, neke vrste sporta, zagađenost okoline i sl.). Ipak, u smislu zaštite prava na život dominiraju dva „egzotična“ pitanja: pitanje prekida trudnoće i pitanje eutanazije. Pravo na zdravlje također. Sličan (mada nešto blaži značaj) ima pravo na tjelesni i duševni integritet. Posljedica nekog protupravnog napada tu nije smrt čovjeka ali jeste gubitak do tada postojećeg integriteta (izgleda, zdravlja). Pravo na osobno dostojanstvo štiti čovjeka u njegovu subjektivnom osjećaju vrijednosti (to se može protegnuti i na osjećaj kod trećih pa onda govorimo o ugledu). Ljudska sloboda je posebno dragocjeno pravno dobro. Tek u punom slobodnom odlučivanju (dakako u okvirima pravnog poretka) čovjek se potvrđuje kao čovjek. Kada je, međutim, čovjek bolestan nastaje opasan paradoks: njegova potreba za slobodom se povećava ali se smanjuje njegova moć da vlastitim djelovanjem ostvaruje tu slobodu. Pacijent spada u „ fasce deboli“, dakle u kategoriju posebno ugroženih osoba. Pravo na privatni i intimni život gotovo na isti (pa možda i još veći način) potvrđuje čovjekovo pravo da živi onako kako on hoće. Brojne su ugroze tog prava danas (od političkih, kriminalnih pa do ljudsko-zlobnih) ali su baš zbog toga i sve više dragocjeniji naponi da se ovo pravo osobnosti uvijek i u svakoj prilici unapređuje. Bilo bi netočno i nepravilno pravo osobnosti poistovjetiti samo sa sankcijom za slučaj kada nastupi povreda prava osobnosti. Pravo osobnosti ima jednako u vidu i preventivnu i represivnu zaštitu.¹¹

Vrlo optimistična očekivanja o učincima ljudskih prava i prava osobnosti s kraja 20.stoljeća uglavnom za sada nisu ostvarena, barem ne u potpunosti. Čak je u mnogim dijelovima svijeta došlo i do vrlo retrogradnih i zabrinjavajućih tendencija. Teško je predviđati razvoj prava osobnosti. Nastala kriza pokazuje da nije dovoljno „donijeti zakon“ već treba u društvu stvarati atmosferu poštivanja ljudskih i osobnih prava. To je već mnogo teža zadaća koja ipak nije neostvariva, nije neka daleka iluzija i objektivno je moguće stvoriti društvo i državu s visokim poštivanjem ovih prava. Pravo osobnosti želi biti jedinstveno , jedno pravo iako ima u sebi osobine mnogih prava (ustavnog,kaznenog, upravnog, međunarodnog itd.) a njegov sastavni dio također čine i pravila etike i morala. Sve od ovdje navedenih prava važna su u svijetu medicine, zdravstva i zdravlja. Ne, naravno, samo ovdje ali svakako da ovdje a možda ovdje i više nego drugdje. U tom smislu ni ne treba jače obrazlagati zaključak zašto je medicinsko pravo sastavni dio prava osobnosti i da se bez toga prava osobnosti pacijenti ne mogu učinkovito

¹¹ Obje zaštite poznaje i važeći ZOO RH. U prirodi prava osobnosti trebala bi čak biti prevaga neimovinske naknade štete (izvinjenje, opoziv uvrede, javna isprika itd.) ali u medicinskom pravu načelno u obzir dolaze i preventivna zaštita (sprječavanje povrede prava osobnosti) i ona represivna (naknada štete, imovinske i neimovinske).

štititi. Rekli smo više puta i u ovome radu – pravo osobnosti nije dovoljno samo propisati, deklarirati nego ih treba efikasno zaštititi.

Može se, sasvim sigurno, računati s otporom da se medicinsko pravo sagledava u okviru prava osobnosti. Također se mogu očekivati čak i briljantne deklaracije ovih prava, ali one ostajući na deklaraciji ostaju „golo pravo“ („nudum ius“). Time, međutim zahtjev za učinkovitom zaštitom prava osobnosti iz svijeta medicine, zdravstva i zdravlja još uvijek nismo doveli do učinkovitog kraja. Treba doći do građanskog prava koje je u povijesti prava odigralo (i odigrava) bitnu ulogu u zaštiti imovine i osobnosti čovjeka. Čovjek nešto ima (habere, haben, avere) i nešto jeste (esse, sein, essere). Oba ova dijela njegove egzistencije pokriva građansko pravo, prvi put kao imovinsko a drugi put kao neimovinsko (pravo osobnosti). Ta „dva plućna krila jednog tijela“ čine jednu cjelinu napose vezanu načelima građanskog prava koja su stvorena stoljećima i koja su odigrala velebnu ulogu u zaštiti vlasništva, imovine, osobnosti, pravne sigurnosti, vladavine prava itd. Građansko pravo ima i svoj posebni dio koji uređuje put i način ostvarivanja i zaštite prava-građansko postupovno pravo. Sva su prava u građanskom pravu (i imovinsko i neimovinsko) tzv. subjektivna prava gdje je pravna zaštita (njeno pokretanje i vođenje) u rukama samog povrijeđenog subjekta. Eventualan angažman države (preko državnih tužiteljstava) tu može pomoći ali nije neophodan. Kod prava osobnosti samo čovjek koji je u pitanju zna da li je i koliko je povrijeđen u svojoj osobnosti. Samo on određuje mjeru i granicu od koje on osjeća ugrozu svojih prava. Zato i samo on može imati pravo da li će tražiti pravnu zaštitu svojih prava odn. kakvu će zaštitu zbog toga tražiti. Zaštita građanskih prava nije moguća bez pravilne funkcije državnih organa, suda prije svega. Javnosti su poznati problemi i zastoji u funkcioniranju sudova u RH, ali valja istaći da je kod prava osobnosti problem još i veći – ni propisi ni praksa (pa čak i način rada suda) nisu prilagođeni zaštiti prava osobnosti.¹² Ove teškoće ne dovode u pitanje postojanje medicinskog prava u okrilju prava osobnosti i građanskog prava. Nema, naime nikakve treće mogućnosti („tertium non datur“) i ostaje (ako želimo imati efikasnu pravnu zaštitu ljudi kao građana, bolesnika i pacijenata) samo inzistiranje na medicinskom pravu kao sastavnom dijelu prava osobnosti i građanskog prava i, naravno, svih pravila tog prava (propisa, prakse, običaja, znanosti itd.).

¹² Prvi Zakon o parničnom postupku iz 1956. čak je u 1. članku izrijekom naveo da štiti samo imovinsko pravo. Sada se štite sva „građanska prava“ ali mehanizam ZPP u ostalom nije prilagođen zaštiti prava osobnosti, napose ne brzini i hitnosti koje se često u zaštiti tih prava zahtijeva.

IV. AKTUALNI PROBLEMI I (ZADACI) MEDICINSKOG PRAVA

Prethodno izrečena konstatacija da u RH tek izgrađujemo medicinsko pravo ne znači da uopće nemamo propisa koji spadaju u tu zonu. Imamo Zakon o pravima pacijenata, Zakon o liječništvu , Zakon o zdravstvenoj zaštiti, postoji kodeks medicinske etike i deontologije, postoje i drugi propisi koji makar i marginalno dotiču sferu zdravlja i bolesti. Ostaje ipak zaključak da medicinsko pravo još nije „imenovano pravo“. U pravilu se ne predaje na fakultetima, ne postoje bazični udžbenici, nema pravnika koji se specijalizirano bave tim pravom niti stručnih i znanstvenih časopisa koji bi sve to sustavno pratili. Postojeći propisi iz zone medicinskog prava nisu povezani u nužnu cjelinu, nedostaju pravila i načela tumačenja i provedbe a napose je „tanak“ mehanizam kontrole i provedbe. Fale bitne odrednice koje čine „sustav“. Zato je teško govoriti o „aktualnim“ problemima i zadacima medicinskog prava odn. svaku najavu takve rasprave moramo shvatiti samo u nekakvom radnom i kolokvijalnom smislu.

1. Organizacija zdravstvene zaštite

Toj se organizaciji s pravom postavljaju brojni prigovori: da imamo previše državnih bolnica, da je u njima previše nemedicinskog osoblja, da su njihovo financiranje i rukovođenje u zastarjelim zapravo socijalističkim oblicima, da je privatno zdravstvo postavljeno dosta stihijski i ne predstavlja zdravstvenu cjelinu zajedno sa javnim zdravstvom. Krajem 2018 .god. donijet je novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti.¹³ Dosta kritički se može reći da Zakon zadržava postojeću strukturu zdravstvenih ustanova pa time i sve slabosti koje postoje. Izgleda da i na ovom području postoji strah od promjena koji priječi ne samo nekakve jače promjene nego onemogućuje i bilo kakve promjene. Javno (državno) zdravstvo ostaje temeljni nositelj zdravstvene djelatnosti. Javna bolnica ne može biti trgovačko društvo, jer ne smije propasti. Ali nije ni samo ustanova jer Zakon dozvoljava stjecanje prihoda i mimo proračunskog (budžetskog) financiranja. Bolnica može biti i privatna (za sada – kako izgleda – privatno vlasništvo u zdravstvu ograničava se na manje ambulate) i ona djeluje na načelima trgovačkih društava, dakle profita („trgovačko društvo zdravstvene djelatnosti“).

Naizgled je izraz „trgovačko društvo za obavljanje djelatnosti“ (čl. 147-154 Zakona) jedan pravni oksimoron (nešto kao „zimsko ljetovanje“) ali ne mora biti baš tako. Takvo društvo djeluje po principu profita i za profit, nije ustanova i može

¹³ Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine br. 100/18) na snazi je od 1.1.2019. Donošenju Zakona prethodila je uglavnom politička rasprava, bez većeg sudjelovanja medicinske struke i građana. Ovo vjerojatno i objašnjava zadržavanje „statusa quo“.

propasti. Djeluje, međutim, sukladno propisima o zdravstvenoj zaštiti, obvezano je na puno poštivanje profesionalnih (medicinskih) pravila i podložno je stručnoj i državnoj kontroli. Privatno zdravstvo mora biti sastavni dio ukupnog sustava zdravstva, s istim pravima i obvezama kao javno zdravstvo. I pristup građana privatnom zdravstvu mora biti isti kao pristup javnom zdravstvu.¹⁴

Između privatnog i javnog sektora zdravstva mora postojati odnos poslovne suradnje ali i poslovne konkurencije kao uvjeta obostranog napredovanja.¹⁵

2. Mjesto pacijenta u sustavu zdravstvene zaštite

Tradicionalno je čovjek-građanin korisnik medicinske usluge koji tu uslugu traži u stanju veće ili manje bespomoćnosti. Otuda i stav da je on samo objekt te usluge a da je njen subjekt isključivo liječnik („the doctor knows best“). Suvremena kretanja idu u pravcu, ako ne baš potpune promjene ovih uloga, onda barem u jačem pomjeranju položaja pacijenta prema poziciji aktivnog učesnika procesa liječenja. Ponekad se u tome vidi napad na liječničku autonomiju i naizgled bi liječnici trebali biti ti koji se protive jačoj ulozi pacijenta u vođenju procesa liječenja. To, međutim, ne mora biti tako. Pacijentovo „suodlučivanje“, „informiranje“, „informirani pristanak“ i sl.¹⁶ ne isključuju pa čak niti umanjuju liječnikovu profesionalnu kompetenciju. Ona svakako ostaje dostatno široka bez obzira da li je pacijent npr. odbio neki dijagnostički ili terapijski zahvat. Kod „biološke oporuke“ situacija je još složenija jer tu liječnik mora slijediti volju pacijenta koji više nije mentalno sposoban a pitanje što bi sam pacijent u tom momentu izjavio da je mentalno sposoban. „Informirani pristanak“ je izjava volje i mora u tom smislu biti „slobodna i ozbiljna“ izjava volje (čl.249/3 ZOO)¹⁷. Veća uloga pacijenta u procesu liječenja ogleda se i u slobodnom izboru liječnika¹⁸. Podaci, međutim, pokazuju da to barem donekle funkcionira na razini primarne

¹⁴ Ni građanima ni pravnicima nije lako shvatiti zašto npr. zdravstvena iskaznica ne omogućuje jednaki pristup javnom i privatnom zdravstvu. Neki pozitivni primjeri (bolnica „Magdalena“ u Krapini) dokaz su da je to moguće, pa je tim jasnije zašto to nije opće pravilo.

¹⁵ Nezamislivo je npr. da inženjer iz „Mercedesa“ popodne radi u BMW-u. To su konkurentske firme (više od „sukoba interesa“) pa ni liječnik ne bi smio popodne raditi u drugoj (konkurentskoj) bolnici. Naravno, to otvara pitanje boljih plaća ali to je rješiv problem. Drugo je jedino pitanje učešće liječnika u sveučilišnoj nastavi i znanosti, gdje su sadašnja rješenja u neakvoj „poluilegali“.

¹⁶ Ova prava prvi put su spomenuta u Zakonu o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04,37/08). Pitanje je koliko je to stvarno saživjelo u praksi, a neki aspekti (uporaba „tiskаница“) baš ne ohrabruju u tom pravcu.

¹⁷ Slobodno izjavljenu volju mora jamčiti i određena forma, oblik koji mora biti stroži razmjerno važnosti pravnog odnosa zbog kojeg se izjava volje daje.

¹⁸ Ni propisi ni praksa, kako izgleda, do sada nisu izgradili modele po kojem pacijent bira bolničkog liječnika i kako se taj liječnik ima ponašati. Mutatis mutandis trebao bi to biti nekakav „punomoćnik po zaposlenju“.

zdravstvene zaštite ali ne funkcionira na razini bolničkog liječenja¹⁹. Proces naglašenije uloge pacijenta u procesu liječenja neće ići lako. Osim tradicionalnih zapreka tu su i neki sasvim nepovoljni praktični razlozi (traži se više razgovora, više strpljivosti, više spremnosti na uvažavanje osobe i osobnosti pacijenta).

3. Pravna (sudska) kontrola u medicinskom pravu

Nije nužno da svaki društveni odnos reguliran pravom mora završiti na sudu. Bilo bi čak užasno da je tako jer bi došlo do neslučenog kočenja života. Nužno je, međutim, da iza svake pravne norme stoji mogućnost dolaska pred suca ako ostali mehanizmi kontrole primjene propisa zakažu ili ne postoje. Domaće medicinsko pravo je u tom pogledu posve deficitarno. Osim (i to vrlo rijetkih) postupaka naknade štete drugi aspekti medicinskog prava praktički uopće ne dolaze na sud. To nije normalna situacija, jer se najpretežitije radi o pravima osobnosti gdje po Zakonu svatko ima pravo tražiti da se „prestane“ s povredom prava osobnosti (čl.1048.ZOO). No, to je opće stanje prava osobnosti i nije vezano samo za medicinsko pravo. Rješenja u budućnosti morati će se tražiti u osposobljavanju sudskog mehanizma za brze i učinkovite intervencije u oblasti prava osobnosti. Za sada, nažalost, takva pravna razmišljanja uopće ne postoje. Treba bolje koristiti i neka strana iskustva gdje sud odlučuje u nekim konkretnim pitanjima iz zone medicinskog prava. Tako npr. u Italiji sudac mora dati dozvolu za transplantaciju bubrega sa živog donora.²⁰ Neka slična rješenja postoje i za slučaj prekida trudnoće i eutanazije gdje doista ne možemo prihvatiti da se temeljna pitanja životne egzistencije rješavaju bez mogućnosti da tu intervenira sudac kao tradicionalno, upravo milenijski jamac ljudskih prava i sloboda.²¹

4. Tekući zadaci medicinskog prava u RH

Medicinsko pravo će potvrditi svoj smisao ne kada bude oformljeno u sustav nego kada kao sustav bude dalo dobre (pozitivne) rezultate u promicanju i povećanju zdravlja naših građana. Bilo bi nepravedno ne istaći i neke već

¹⁹ Izbor tog liječnika iz bolničkog liječenja nužan je i zbog toga da se naglasi ugovorni karakter boravka pacijenata u bolnici. U Njemačkoj je npr. ugovor o liječenju ugovor o djelu (čl.630 a BGB) što otvara poznata (ali i delikatna) pitanja „standarda“ i „nadstandarda“ u smještaju i liječenju pacijenata.

²⁰ To stoga što svako davanje vlastitog bubrega drugoj osobi nužno smanjuje tjelesnu sposobnost onoga koji bubrege daje. Zato se i preferira kadaverična transplantacija. Sudska kontrola treba predočiti rizike a i spriječiti uvijek moguće oblike različitog nasilja.

²¹ Apsurd je npr. da sudac zametku (još nerođenom djetetu) štiti imovinu (nasljedstvo) ali ne štiti i ne može štititi njegovo pravo da se rodi. Čemu imovina ako se dijete ne rodi ?!.

postignute dobre učinke. Tu je na prvom mjestu naše transplantacijsko pravo i transplantacijska medicina, na svjetskim razinama.²²

To doprinosi našoj vjeri da isto možemo postići i na ostalim oblastima medicine i medicinskog prava. No, ni to neće samo doći jer ništa ne dolazi bez pravog i promišljenog djelovanja čovjeka.

U tom smislu čini se da bi, osim strpljive i svakako dugoročnije izgradnje sustava medicinskog prava, u narednom razdoblju napose valjalo obratiti pažnju na ova pitanja:

- reafirmaciju načela preventivne zaštite zdravlja
- razvijanje propisa i prakse o liječenju kao ugovornom odnosu²³
- žurno reguliranje odnosa (suradnje ali i konkurencije) između privatnog i javnog zdravstva
- (isto tako žurno) ukidanje i eliminiranje svih „ lista čekanja“²⁴ i
- aktivno uključivanje u aktualne rasprave o pravu na prekid trudnoće, također i prava na eutanaziju.²⁵

V. ZAKLJUČAK

Ne može se dvojiti o značaju medicinskog prava, jer su u pitanju propisi i praksa koji služe oživotvorenju ustavnog prava na zaštitu zdravlja (čl.59.Ustava Republike Hrvatske). Postojeće zaostajanje za razvijenijim svijetom rezultat je brojnih povijesnih faktora, ali ono se dobro osmišljenim pravno-političkim i medicinskim djelovanjem može smanjiti, čak s tendencijom približavanja svjetskim razinama (dokaz tome je doista domaće stanje transplantacijske medicine

²² Razvijena Njemačka na planu transplantacije (i pravno i medicinski) dosta zaostaje za nama, transplantacija tamo ima manje a vrijeme čekanja je mnogo duže. Sada se upravo donosi novi zakon o transplantaciji koji bi trebao stvari poboljšati i ubrzati. No, ostat će – kako izgleda – na načelu izričitog pristajanja na davanje organa što objektivno najviše izaziva usporavanje. Presumirani pristanak kojeg smo i mi usvojili je u tom smislu bolji, mada nije bez svih rizika (opasnost da se organ uzima od osobe kod koje postoji mogućnost reanimacije).

²³ Ni to se neće dogoditi tako brzo ali početne korake valja činiti. Za početak npr. nekim pravilnikom propisati taj proces, dati upute kako pacijent bira liječnika i voditi evidenciju o tome

²⁴ „Liste čekanja“ su nekakav noviji „izum“. U hrvatskom zdravstvu nije ih nikada bilo niti ih treba biti. Pozivanje na Njemačku je posve neumjesno (a tamo ni približno toliki problem ne postoji!), a pozivati se moramo samo na zemlje nama slične veličine (Danska, Finska pa u većem dijelu čak i Austrija) gdje taj „fenomen“ uopće ne postoji. Pojava je isključivo rezultat nereda nastalog lošim postavljanjem odnosa između javnog i privatnog zdravstva. Sadašnje stanje ozbiljno ugrožava ustavno pravo na zdravlje.

²⁵ Nisu ovo ključalni problemi hrvatskog zdravstva, ali su važna pitanja o kojima medicinsko pravo (u svojoj i medicinskoj i pravnoj komponenti) mora izreći svoj stav. Nisu to samo politička pitanja. Donošenje propisa o prekidu trudnoće je ustavna obveza hrvatske vlade, a neovisno od toga valjalo bi poraditi i na jasnom određivanju stava prema pitanju eutanazije. To su i inače „spojene“ posude jer se u oba slučaja odgovara na u osnovi ista pitanja: ima li tko i kada pravo prekinuti nečiji život?

i transplantacijskog prava). Sadašnje stanje medicinskog prava u RH pokazuje, prije svega, nepostojanje sustava u kome se ovo pravo nalazi i unutar kojeg se treba razvijati i djelovati. Čini se da su u tom smislu jedini pravi okviri pravo osobnosti i građansko pravo. Građansko pravo, napose ono što kolokvijalno zovemo „opće građansko pravo“ ima svoju gotovo milenijsku tradiciju i u tom dijelu (napose npr. za problem izjave volje i problematike ugovora) ono već predstavlja sigurno uporište za dobar razvoj medicinskog prava. Sa pravom osobnosti su, međutim, stvari mnogo teže i nejasnije. Pravo osobnosti smo normativno upoznali tek 1978. god. (prvi ZOO bivše savezne države), pojačali smo ga novim hrvatskim Zakonom o obveznim odnosima iz 2005. i na neki način polako stvaramo sustav i praksu o tome. Medicinsko pravo ne može se razvijati bez prava osobnosti. Bez toga prijeti nam u medicinskom pravu ono što prof. Zurak s pravom naziva „relativizacijom prava“. Da, dakle, pravno-medicinske institute propisima uvodimo ali te institute ne razumijemo. Mjerilo stvarne potrebe i dobrog učinka medicinskog prava je samo stvarni život. Ne briljantno znanstveno savjetovanje ni isto tako barokno kićeni znanstveni radovi, bez obzira što su i oni potrebni. Stanje medicine i zdravstva čak je i više od ustavne zadaće države. To je zapravo legitimacija za ulazak u svijet civiliziranih društava. Lijepo odjekuju uspjesi sportaša ali stvarni ugled države zavisi od stanja ekonomije, razine standarda građana, demokratskih sloboda i vladavine prava. Zaštita zdravlja ljudi ulazi u sve to. Teško je, naravno, projicirati ili prognozirati budućnost medicinskog prava, bilo u svijetu bilo kod nas. Sve zavisi od općih kretanja, stanja mira i gospodarstva ali i od istinske volje ljudi da se ovim putem podiže razina zaštite zdravlja ljudi.

MEDICAL RIGHTS AS A COMPONENT PART OF THE RIGHTS OF PERSONALITY AND CIVIL LAW

We will meet some resistance to the construction of “medical law” and with these resistances it is still to be counted for a long time. We have to count with a somewhat traditional view that “law has nothing to look for in the field of medicine”. The real personality has in its focus a person’s person (could even say - the character of man). In this sense, each person is a different person and is entitled to different legal protection. Much critical can be said that the Health Care Act retains the existing structure of health care facilities and thus all the weaknesses that exist. There seems to be fear of change in this area, which prevents not only a kind of stronger change but also disables any changes. Public (state) healthcare remains the core provider of healthcare. The public hospital can not be a trading company, because it needs to work. But it is not just an institution because the law permits the acquisition of income and not only the state budget funding. Key words: medical law, personality right, health care law

Key words: *medical law, the right of personality, Act on Health Care*

Dr.sc. Sunčana Roksandić Vidlička, docentica
Pravni fakultet Sveučilište u Zagrebu
voditeljica hrvatske jedinice UNESCO Chair Unit in bioethics
Renata Pražetina Kaleb, sutkinja
Općinskog kaznenog suda u Zagrebu

UTVRĐIVANJE PRAVNOG KONTINUITETA I TUMAČENJE ELEMENATA BIĆA KAZNENOG DJELA NESAVJESNOG LIJEČENJA^{1*}

UDK: 347.56 : 614.25

Primljeno: 25. veljače 2019.

Pregledni znanstveni rad

Kazneno djelo nesavjesnog liječenja je djelo bogate strukture i njegovo tumačenje zahtijeva pažljivo razmatranje. Ovaj je članak nastao kako bi pokazao važnost analiziranja svakog od njegovih elemenata u optuživanju i presuđivanju tog čina. Budući da se prilikom utvrđivanja postojanja pravnog kontinuiteta između kaznenog djela nesavjesnog liječenja prema KZ / 11 i KZ / 97 javljaju dodatna pitanja, autori su posebnu pozornost posvetili ovoj situaciji u članku.

Ključne riječi: *Kazneni zakon, nesavjesno liječenje, pravni kontinuitet*

1. UVOD

Kazneno djelo nesavjesnog liječenja je djelo bogate strukture i njegovo tumačenje zahtijeva pažljiva razmatranja². Ovaj članak nastao je kako se bi ukazalo na važnost analize svakog njegovog elementa pri optuživanju i presuđivanju ovog djela. Kako se dodatna problematika javlja prilikom utvrđivanja postojanja pravnog kontinuiteta između kaznenog djela nesavjesnog liječenja po KZ/11 i KZ/97, autorice su posebnu pozornost u ovom članku upravo posvetile toj situaciji.

¹ * Ovaj članak predstavlja izmjenjen, dopunjen i dodatno razrađen tekst (prikupljena relevantna sudska praksa, dodatna razmatranja i zaključci te problemska pitanja) Roksandić Vidlička, S., Kaznena djela protiv zdravlja ljudi, u Posebni dio Kaznenog prava (L. Cvitanović et al.), Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2018., str. 253-268 (poglavito 260-268).

² Vidjeti o složenosti područja medicinskog prava i razvoju medicinskog prava: Hrestomatija hrvatskoga medicinskog prava, Turković/Roksandić Vidlička/Maršavelski (ur.), Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016. V. i dodatno Čizmić, J., Cvitković M. i Klarić A., Zdravstveno strukovno kazneno pravo, Maribor, listopad 2017. V. i Kurtović Mišić, Osnovne kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika, u Zbornik radova: medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, Plitvice, 2015, 193-212, V. i članke u Čizmić/Klarić/Šinković (ur.), Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja, 2011 (uključivo Turković/Roksandić Vidlička, Reforma kaznenog zakonodavstva u području zdravstva).

2. OSNOVNA OBILJEŽJA KAZNENOG DJELA NESAVJESNOG LIJEČENJA

Kazneni zakon³ štiti zdravlje ljudi kroz propisivanje niza djela koja se nalaze u raznim glavama, počevši od Glave IX, Kaznena djela protiv čovječnosti i ljudskog dostojanstva (npr. kd trgovanje dijelovima ljudskog tijela i ljudskim zamecima (čl. 107); kd kloniranje i promjena ljudskog genoma (čl. 108), kd zabrana miješenja ljudskih spolnih stanica sa životinjskim (čl. 161) ali i mučenje i drugo okrutno, neljudsko ili ponižavajuće postupanje ili kažnjavanje (čl. 104)); Glave X, Kaznena djela protiv života i tijela (npr. usmrćenje (čl. 112), sudjelovanje u samoubojstvu (čl. 114), protupravni prekid trudnoće (čl. 115), sakaćenje ženskih spolnih organa (čl. 116), razne tjelesne ozljede itd), Glave XI, Kaznena djela protiv ljudskih prava i temeljnih sloboda (povreda ravnopravnosti (čl. 125), Glave XII, Kaznena djela protiv radnih odnosa i socijalnog osiguranja (kd povreda prava iz socijalnog osiguranja (čl. 134), Glave XIV, Kaznena djela protiv privatnosti (kd neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne (čl. 145)., kd nedozvoljena uporaba osobnih podataka (čl. 146), Glave XXVI, kd izdavanje i krivotvorenje službene ili poslovne isprave (čl. 279), kd izdavanje i uporaba neistinite liječničke ili veterinarske svjedodžbe (čl. 282), te raznim kaznenim djelima protiv okoliša (Glava XX).

Velika većina ovih djela, uz kaznena djela protiv zdravlja ljudi, spada u izučavanje koje pripada zdravstvenom pravu, ili medicinskom pravu (*Babić/Roksandić, Čizmić*)⁴ te bioetici (*Visković, Šegota, Čović*)⁵.

Većina je kaznenih djela protiv zdravlja ljudi blanketne naravi što znači da KZ/11 u njihovu opisu ne određuje sav sadržaj kažnjivog ponašanja, već samo navodi da se to ponašanje sastoji u kršenju nekih propisa koji reguliraju pojedino zdravstveno područje (npr. čl. 181, nesavjesno liječenje). Tako će npr. osnovni zakoni koji se primjenjuju prilikom utvrđivanja kaznene odgovornosti liječnika biti Zakon o zdravstvenoj zaštiti⁶, Zakon o liječništvu⁷, Zakon o zaštiti prava

³ „Narodne novine“, broj: 125/2011., 144/2012., 56/2015., 61/2015-ispravak., 101/2017., 118/18. (dalje: KZ/11.).

⁴ Babić, T; Roksandić S., Osnove zdravstvenog prava, Tipex, Zagreb, 2006. i Čizmić, J.i dr. Zdravstveno strukovno staleško pravo, University of Maribor Press, Sveučilište u Mariboru, Maribor, 2017.

⁵ Visković, N. Bioetika i biomedicinsko pravo, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu 32, br. 1-2 (1995), Šegota, I. Nova medicinska etika (bioetika), Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci Rijeka, 1997. i Čović, A. Etika i bioetika, Pergamena, Zagreb, 2004.

⁶ „Narodne novine“, broj,100/18. (dalje: Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

⁷ „Narodne novine“, broj,121/03 i 117/08. (dalje: Zakon o liječništvu).

pacijenata⁸, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama⁹, Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva¹⁰, Kodeks medicinske etike i deontologije¹¹, razni protokoli, ali u obzir mogu doći brojni podzakonski akti što ih donose prvenstveno ministarstvo zaduženo za zdravstvo te Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Ovdje će doći u obzir i primjena međunarodnih dokumenata koja je RH ratificirala, npr. Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini s pratećim protokolima¹² (v. i Turković, 2007, 249).

Ipak, nisu sva kaznena djela protiv zdravlja ljudi *delicta propria*. Iako je evidentno da je takvo djelo nesavjesno liječenje (čl. 181), nedozvoljeno uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela (čl. 182), nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima (čl. 183), nesavjesno postupanje pri pripremanju i izdavanju lijekova (čl. 187) te nesavjesni pregled mesa za prehranu (čl. 189), takva djela nisu zasigurno nadriliječništvo (čl. 184), zatim širenje i prenošenje zarazne bolesti (čl. 180), krivotvorenje lijekova ili medicinskih proizvoda (čl. 185), proizvodnja i stavljanje u promet štetnih proizvoda za liječenje (čl. 186), proizvodnja i stavljanje u promet proizvoda štetnih za ljudsko zdravlje (čl. 188), neovlaštena proizvodnja i promet droga (čl. 190), omogućavanje trošenja droga (čl. 191). te neovlaštena proizvodnja i promet stvari zabranjenih u sportu (čl. 191a). Ta djela može počiniti bilo tko.

Nesavjesno liječenje je, kako smo već naveli kazneno djelo¹³ *delictum proprium*. Naime, krug mogućih počinitelja ovog djela obuhvaća zdravstvene

⁸ „Narodne novine“, broj, 169/04 i 37/08. (dalje: Zakon o zaštiti prava pacijenata).

⁹ „Narodne novine“, broj, 76/14. (dalje: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama).

¹⁰ „Službeni list SFRJ“ broj, 22/78 i 18/88 (dalje: Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva), koji je bio na snazi do 14.02.2019. kada je stupio na snagu Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu, „Narodne novine“ broj: 14/19.

¹¹ „Narodne novine“, broj, 55/08 i 139/15. (dalje: Kodeks medicinske etike i deontologije).

¹² Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i 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, „Narodne novine- Međunarodni ugovori“ 013/2003). (dalje: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini s pratećim protokolima).

¹³ Zakonski opis kaznenog djela (članak 181) Nesavjesnog liječenja glasi:

(1) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljaajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi 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.

radnike. Pojam zdravstvenih radnika odnosi se na liječnike, doktore dentalne medicine, medicinske biokemičare, medicinske sestre i tehničare, ljekarnike, fizioterapeute, primalje te na sanitarne inženjere te ostale profesije navedene u Zakonu o djelatnostima u zdravstvu.

Osnovno je obilježje kaznenog djela nesavjesnog liječenja obavljanje zdravstvene djelatnosti protivno odredbama struke koje je uzrokovalo određene posljedice (*materijalno kazneno djelo*). Dakle, u posljedici se mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog povrede pravila struke, što neće biti slučaj ukoliko bi do iste posljedice za pacijenta došlo i da je liječnik postupao u skladu s pravilima struke (tzv. propisno alternativno ponašanje). Kako se ističe u Kaznenim djelima protiv zdravlja¹⁴, iako je potrebno da dođe do povređivanja da bi ovo djelo nastalo, ono je ipak po svojoj strukturi *mixtum compositum* jer sadrži u svom biću i ugrožavanje (primjena očito nepodobnog sredstva ili načina liječenja ili na drugi način očito ne postupanje po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupanje). Posljedica može biti pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, odnosno nastup smrti.

Iako se u pravilu čini jednostavnim utvrditi je li u nekom slučaju došlo do narušenja zdravlja oštećenika-pacijenta, to ne mora biti tako. U odluci suda¹⁵ problematizirano je, je li u konkretnom slučaju došlo do narušenja zdravlja zbog radnji optuženog liječnika. Naime, optuženiku se stavljalo na teret da je na lijevom koljenu oštećenice, na kojem nije bilo potrebe, izvršio artroskopski zahvat, i da je onda zbog toga došlo do narušenja zdravlja oštećenice kao posljedice nepotrebnog zahvata u vidu anestezije, predoperacijske pripreme, ulaska kirurškim instrumentima u lijevi koljenski zglobov, postavljanje drena, bolova, poštenog režima kretanja te potrebe za fizikalnom terapijom. Iznoseći mišljenje vezano za narušenje zdravlja u konkretnom slučaju, sudsko-medicinski vještak i vještak ortoped su naveli da je oštećenica u operativni zahvat „ušla narušena zdravlja“, a da je do dodatnog narušenja zdravlja došlo zbog nepotrebno provedenog zahvata na lijevom koljenu. Međutim, isto je bilo privremeno i trajalo je do dovršetka

(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.

¹⁴ Nalaze se u glavi devetnaestoj KZ/11

¹⁵ Općinski kazneni sud u Zagrebu, K -1821/15 od 10.10. 2015.

oporavka od zahvata, pa je po dovršetku oporavka, opseg narušenja zdravlja bio jednak kao i uoči spornog zahvata. Sud prvog stupanja nastavno u navedenom predmetu zaključuje da nije došlo do narušenja zdravlja oštećenice.¹⁶

Sudskoj je praksi ostavljeno da u konkretnom slučaju procijeni može li se raditi i o povredi nekoga drugoga, a ne samog pacijenta, npr. kad pacijent koji je nesavjesno liječen zbog toga naruši zdravlje neke druge osobe.¹⁷ U svakom slučaju, ako do toga dođe, može se raditi i o stjecaju između ovog djela i kaznenog djela širenja i prenošenja zarazne bolesti (čl. 180). Dodatno, ako kod druge osobe dođe do prekida trudnoće zbog očito nesavjesnog postupanja, postoji odgovornost sukladno st. 3. ovog članka.

U svakom slučaju, iako je st. 1 namjerno kazneno djelo, valja ga tumačiti na način da posljedice koje opis kaznenog djela traži, moraju biti obuhvaćene nehajem počinitelja. Ako je pak teža posljedica namjerno izazvana, radit će se o stjecaju ovog kaznenog djela i kaznenog djela ubojstva ili odgovarajuće tjelesne ozljede.

3. PRAVNI KONTINUITET IZMEĐU ČL. 240 KZ/97 I ČL. 181 KZ/11

Novina koja se mora istaknuti u ovom kaznenom djelu u odnosu na djelo nesavjesnog liječenja iz čl. 240 Kaznenog zakona¹⁸ koje je prestalo vrijediti 1.1.2013. godine stupanjem novog Kaznenog zakona za snagu, predstavlja zahtjev da se mora raditi o primjeni očitih kršenjima pravila struke, odnosno očitom nesavjesnom postupanju, a ne uopće nesavjesnom postupanju ili ne primjeni mjera za zaštiti bolesnika prema pravilima medicinske struke kako je bilo regulirano KZ/97. Takva struktura bića djela je posljedica potrebe da kazneno pravo zaista bude *ultima ratio*, a što je u skladu i s presudama ESLJP. Tako se, što se tiče opisa izmjena ovog djela u odnosu na čl. 240 KZ/97, ne možemo složiti s tvrdnjom izrečenom u *Garačić* da je kazneno djelo iz st. 1 čl. 181 KZ/11 gotovo istovjetno kaznenom djelu iz čl. 240 st. 1 KZ/97 (2016, 371), a također smatramo da je u Komentaru KZa¹⁹ nedovoljno naglašena važnost ovih jezičnih izmjena. S druge strane jasno je da pravni kontinuitet postoji između čl. 240 KZ/97 i čl. 181 KZ/11.

¹⁶ Presuda Općinskog kaznenog suda u Zagrebu, broj K -1821/15 je ukinuta odlukom Županijskog suda u Zagrebu poslovni broj Kž-186/2018 od 4. 12. 2018.

¹⁷ Turković et al., Komentar Kaznenog zakona, Narodne Novine, 2013, 240

¹⁸ „Narodne novine”, broj 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08 i 57/11. (dalje: KZ/97).

¹⁹ Turković et al. 2013., str. 239

Nakon stupanja na snagu Kaznenog zakona dana 1.1.2013. objavljenog u Narodnim novinama 125/11, sudovi su zauzimali stav da kazneno djelo iz članka 240. Kaznenog zakona koji je bio na snazi do tada, pravni kontinuitet ima u članku 181. KZ/11, s tim da su nekim predmetima ovlašteni tužitelji sami izmijenili optužbu sukladno KZ/11 (npr. u predmetima OKS²⁰ br. K-1821/15 i K-219/16), a u nekima su ostali kod zakonskog opisa i pravne kvalifikacije kaznenog djela prema zakonu koji je bio na snazi u vrijeme počinjenja djela (npr. u predmetima OS Rijeka K 824/17 i OKS K 176/16).

Očito je da je za optuženike povoljniji KZ/11 jer je zapriječena kazna za osnovni oblik djela opisan u čl.181.st.1. KZ/11 kazna zatvora do jedne godine, kao i za slučaj ako je radnjama opisanim u tom stavku prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, a kazneno djelo je počinjeno iz nehaja, a u slučaju da je taj osnovni oblik djela počinjen iz nehaja, zapriječena je kazna do šest mjeseci zatvora. U jednoj od odluka²¹ sud navodi da se optuženici stavlja na teret učin kaznenog djela u travnju 2009. godine, kada je na snazi bio Kazneni zakon u kojem je kazneno djelo nesavjesno liječenje bilo normirano člankom 240. KZ/97, a da već ODO Zagreb ispravno optužnicom, koja je podignuta 09. studenog 2015., optuženici inkriminira kazneno djelo iz članka 181. KZ/11 jer nesporno postoji pravni kontinuitet između ova dva djela, a ocjenjujući koji zakon je blaži, da je to svakako onaj opisan u KZ/11 jer propisuje da djelo čini onaj doktor medicine koji očito nesavjesno postupa, dok je po ranijem zakonu bilo dostatno samo nesavjesno postupanje.

U drugoj odluci²², u kojem predmetu je djelo počinjeno u periodu od 9. do 15. travnja 2011., ovlašteni tužitelj je podigao optužnicu zbog kaznenog djela iz čl. 240 st. 1 i 3 u vezi čl. 249 st. 3. KZ/97 i nije mijenjao zakonski opis i pravnu kvalifikaciju sukladno novom Kaznenom zakonu, a sud je bio stava da je pravni kontinuitet utvrđen u kaznenom djelu nesavjesnog liječenja iz članka 181. st. 1 i 2 KZ/11, koji je blaži za počinitelje, obzirom je u zakonski opis uneseno da kazneno djelo čini doktor medicine koji očito nesavjesno postupa, pa time bude prouzročena teška tjelesna ozljeda druge osobe.

Isti stav je zauzet u slijedećoj analiziranoj odluci²³ jer sud nalazi da pravni kontinuitet kazneno djelo iz čl. 249. st. 2. u svezi čl. 240. st. 1. KZ/97 ima u članku 181 st. 1. i 4. KZ/11, koji je ujedno blaži za počinitelja, s tim da ovlašteni tužitelj ostaje kod pravne kvalifikacije iz KZ/97.

²⁰ Općinski kazneni sud u Zagrebu (dalje: OKS).

²¹ Općinski kazneni sud u Zagrebu, K 219/16 od 22.3.2018.

²² Općinski kazneni sud u Zagrebu, K 176/16. od 22.4.2016.

²³ Općinski kazneni sud u Zagrebu, KO 2648/12 od 31. 1.2017.

Visina zapriječene kazne, koja je odlučna za utvrđivanje kada nastupa zastara u pojedinom predmetu, posljedično dovodi u nekim postupcima nesavjesnog liječenja do obustave postupaka bez meritorne odluke suda. Naime, kazneni progon zastarijeva, a počinje teći danom kad je kazneno djelo počinjeno, nakon 15 godina za kaznena djela za koja se može izreći kazna zatvora u trajanju dužem od tri godine, deset godina za kaznena djela za koja se može izreći kazna zatvora u trajanju dužem od jedne godine, i 6 godina za ostala kaznena djela. Iz navedenog prikaza je razvidno da zastara nastupa kod kaznenih djela iz čl.181. st. 1.,st.5. i st. 6. KZ/11 nakon 6 godina od počinjenja djela. U praksi je to razdoblje često nedovoljno dugo kako bi postupak bio okončan pravomoćnom meritornom odlukom jer isti obuhvaća radnje koje poduzima ovlašteni tužitelj prije podizanja optužnice, a zatim i radnje pred sudom prvog stupnja, kada će u pravilu biti provedeno vještačenje po vještacima odgovarajuće specijalizacije, moguće i dopunska vještačenja, što svakako čini postupak zahtjevnijim i dugotrajnijim, a zatim, nakon donošenja prvostupanjske odluke, slijedi postupak pred drugostupanjskim sudom jer je praksa pokazala da će sigurno jedna od stranaka u postupku, nezadovoljna odlukom suda, uložiti žalbu.

Prethodno iznesene okolnosti koje su razlog dugotrajnosti postupaka pred sudovima, utjecale su i na ishod postupka u kojem je donesena pravomoćna odbijajuća presuda²⁴, koja je potvrđena odlukom višeg suda²⁵. U navedenoj odluci Općinskog suda je također razmatran pravni kontinuitet jer je optuženiku inkriminirano teško kazneno protiv zdravlja ljudi iz čl. 249. st. 3. u svezi čl. 240. st. 1. i 3. KZ/97, te je sud zaključio da kontinuitet postoji u kaznenom djelu nesavjesnog liječenja iz čl. 181. st. 6. u svezi čl. 181. st. 1. i 2. KZ/11. Nadalje se ističe da je prema mišljenju suda isključena mogućnost postojanja pravnog kontinuiteta prvotno optuženog kaznenog djela u kvalificiranom obliku kaznenog djela iz čl. 181. st. 7. u svezi čl. 181. st. 1. i 3. KZ/11²⁶ jer navedeno kazneno djelo koje podrazumijeva prouzročenu osobito tešku tjelesnu ozljedu drugoj osobi nije postojalo u vrijeme važenja KZ/97, navedeni kazneni zakon prema mišljenju suda, nije predviđao kod kaznenog djela iz čl. 249. kvalificirani oblik istog, u smislu osobito teške tjelesne ozljede. Zaključak je suda da se okrivljeniku ne može staviti na teret počinjenje kaznenog djela na opisani način jer isto nije bilo predviđeno u Kaznenom zakonu u vrijeme kada je djelo počinjeno, pa se ne može utvrditi postojanje pravnog kontinuiteta kaznenog djela iz čl. 249. st. 3. u svezi čl. 240. st. 1. i 3. KZ/97 s kaznenim djelom iz čl. 181. st. 7. u svezi čl. 181. st. 1. i 3. KZ/11.

²⁴ Općinski sud u Rijeci, K-824/17 od 25.1.2018..

²⁵ Županijski sud u Rijeci, Kž 125/18 od 30. 1.2019.

²⁶ Navedenim člankom je predviđeno da će se, ako je kazneno djelo nesavjesnog liječenja iz čl. 181. st. 1. KZ/11, kojim je prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, a djelo je počinjeno iz nehaja, počinitelj kazniti kaznom zatvora do 3 godine.

To se u konkretnom slučaju održava na trenutak nastupa zastare, zbog različitih zapriječenih kazni za kaznena djela opisana u čl. 181. st. 6. KZ/11 - kazna zatvora do jedne godine, dok je zapriječena kazna za kazneno djelo nesavjesnog liječenja iz čl. 181. st. 7. KZ/11- 3 godine, iz čega je razvidno da je velika razlika u vremenu kada će nastupiti zastara, ovisno o tome za koji od navedenih kaznenih djela se postupak vodi, zastara će nastupiti nakon 6 godina, odnosno nakon 10 godina od dana kada je kazneno djelo počinjeno.

Nadalje se obrazlaže da je u konkretnom slučaju blaži za okrivljenika KZ/11 jer je za kazneno djelo iz čl. 181. st. 6. KZ/11 propisana kazna zatvora do jedne godine, a za kazneno djelo iz čl. 249. st. 3. u svezi čl. 240. st. 1. i 3. KZ/97 kazna zatvora u trajanju od šest mjeseci do pet godina, a temeljem prethodno citiranih odredbi o zastari, kazneni progon zastarijeva u tom slučaju nakon šest godina. Tom je roku u konkretnom slučaju dodan i rok od dvije godine, za koji rok se zastara produljuje u smislu čl. 81. st. 3. KZ/11, ako je prije proteka prethodno navedenog roka donesena prvostupanijska presuda, što je ovdje bio slučaj. U konkretnom slučaju je nastupila zastara kaznenog progona jer je od dana počinjenja kaznenog djela 09/10 srpnja 2006.godine proteklo osam godina.

Odlukom Županijskog suda u Rijeci takvi zaključci i stajališta prvostupanijskog suda su potvrđeni, pri čemu se ističe da “kvalifikatorna okolnost kaznenog djela nesavjesnog liječenja iz članka 181. st. 7. u svezi čl. 181. st. 1. i 3. KZ/11 u vidu prouzročenja kaznenim djelom osobito teške tjelesne ozljede drugoj osobi nije bila propisana zakonom u vrijeme učina kaznenog djela, pa se obzirom na načelo zakonitosti u njegovom vremenskom aspektu, izraženo kao zabrana povratnog djelovanja kaznenog zakona, ne može razmatrati pri ocjeni o kojem bi se kaznenom djelu sada radilo.”

Analizom činjeničnog supstrata navedene prvostupanijske presude je razvidno da isti obuhvaća dva dijela - jedan koji opisuje sve radnje odnosno propuste koji su doveli do nastupa teške tjelesne ozljede, i drugi dio koji opisuje posljedice koje su uslijedile, a uključuju životnu ugroženost pacijenta-oštećenika i amputaciju jedne noge. Dakle:

Prvi se dio odnosi na slijedeći opis:

“dana 09./10. srpnja 2006. godine... kao dežurni stariji kirurg – operater, specijalist opće kirurgije, propustio postupati s dužnom pažnjom sukladno pravilima liječničke struke pri odabiru metode i provođenju liječenja operativnim zahvatom od upale crvuljka..., odabrao laparoskopsku operaciju odstranjivanja crvuljka svjestan da je prilikom ove operacije prisutan rizik oštećenja trbušne aorte, te svjestan da u organizaciji dežurstva nema organizirane konzilijarne specijaliste drugih kirurških struka, a niti su on i kirurški tim kojim je rukovodio bili spremni samostalno rješavati sve

nastale operacijske ozljede, te propustio u pripremi i provođenju operacije primijeniti sve nužne mjere za sprječavanje i uočavanje navedene ozljede, tako da je tijekom operacije ..., oštri instrument stilet uveo u trbuh okomito umjesto koso prema dolje pod kutom od 45 stupnjeva kako se radi po pravilima liječničke struke, ujedno bez kontrole optičkog instrumenta i upuhanog plina ugljičnog dioksida (CO₂), pa je zbog nepravilnog uvođenja stiletom povrijedio prednju stjenku glavne trbušne aorte pacijenta, nakon čega je zbog navedene neodgovarajuće pripreme za mogućnost saniranja oštećenja aorte, operativno saniranje aorte izvedeno po naknadno pozvanim kirurzima, tako da je od uočavanja pada tlaka i krvarenja oko 01,15 sati do završetka vaskularnog dijela operativnog zahvata u 5,00 sati, prošlo 3 sata i 45 minuta što je predug vremenski razmak od povrede do zbrinjavanja ozljede aorte, pri čemu je razdor trbušne aorte doveo do teškog masivnog arterijalnog krvarenja i razvitka teškog hemoragičkog šoka te predstavlja tešku tjelesnu povredu..."

Nastavno, drugi dio opisuje daljnje posljedice:

"...nastupila su i posljedična teška multiorganska oštećenja, akutna respiratorna insuficijencija, nespecifična encefalopatija uz upalne promjene na plućima, otkazivanje funkcije bubrega i razvoj sindroma mišićnih odjeljaka nogu te infekcija zbog čega je kasnije višestruko kirurški odstranjivana devitalizirana muskulatura obje noge, ... a zbog cirkulacijske insuficijencije lijeve potkoljenice i posljedične životne ugroženosti oštećenika izvršena je i femoralna amputacija lijeve noge..."

Uspoređivanjem takvog činjeničnog opisa i pravne kvalifikacije vidljivo je da pravna kvalifikacija iz čl. 249. st. 3. KZ/97 ne obuhvaća posljedicu u vidu životne ugroženosti oštećenika i nastupjele posljedice u vidu amputacije noge. Pitanje je, je li se moglo alternativno optužiti pored teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi opisanog u čl. 249. st. 3. u svezi članka 240.stavka 1. i 3. KZ/97, u stjecađu i kazneno djelo teške tjelesne ozljede opisano u članku 101 st. 2. (nehaj) u svezi s 99. st. 2. KZ/97. Naime, navedeno djelo čini tko drugoga tjelesno ozlijedi ili mu naruši zdravlje tako teško da je zbog toga doveden u opasnost život ozlijeđenog ili je uništen, ili trajno i u znatnoj mjeri oslabljen koji važan dio njegova tijela ili koji važan organ, ili je prouzročena trajna nesposobnost za rad ozlijeđenog, ili trajno i teško narušenje njegova zdravlja ili trajna iznakaženost. Usporedbom navedenih obilježja djela s onima iz čl. 119. st. 1. KZ/11²⁷ koji opisuje osobito tešku tjelesnu ozljedu, vidljivo je da se dijelom u potpunosti preklapaju. Očito da

²⁷ Ako je kaznenim djelom iz članka 116. stavka 1. i 2.(Sakaćenje ženskih spolnih organa) i članka 118. stavka 1. (Teška tjelesna ozljeda) ovoga Zakona doveden u opasnost život ozlijeđenog, ili je uništen ili trajno i u znatnoj mjeri oslabljen koji važan dio njegova tijela ili koji važan organ ili je prouzročena trajna nesposobnost za rad ozlijeđenog, ili trajno i teško narušenje njegova zdravlja, trajna iznakaženost ili trajna nesposobnost za reprodukciju, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne od osam godina.

su zakonopisci uočili u praksi da ovakve posljedice-osobito teške tjelesne ozljede kod teških kaznenih djela protiv zdravlja ljudi nisu optuživane kao stjecaj, zbog čega je u KZ/11 unesena izmjena, pa je u članku 181. stavak 3. kao kvalifikatorna okolnost predviđena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi, za koje djelo je zapriječena kazna zatvora od 6 mjeseci do 5 godina, ako je počinjeno s namjerom, odnosno kazna zatvora do 3 godine ako je djelo počinjeno iz nehaja u članku 181. st. 7. KZ/11.

Nastavno, da osobito teška tjelesna ozljeda iz čl. 118 KZ/11 odgovara čl. 99 st 2 jasno je istaknuto u Komentaru KZ-a, donijetog upravo paralelno s izmjenama KZ/11.²⁸ Nadalje, kako ističu Tuković et al., u čl. 119 st. 3 KZ/11, tko takvu posljedicu prouzroči namjeno, strože će se kazniti (od 3 do 12 godina).²⁹ Ukoliko se radi o nehaju, u primjenu će doći čl. 101 st 2 KZ/97, odnosno čl. 181 st. 7 KZ/11,.

Nastavno, uspoređivanjem činjeničnog opisa i pravne kvalifikacije iz naprijed navedene presude, vidljivo je da pravna kvalifikacija iz čl. 249. st. 3. KZ/97 ne obuhvaća posljedicu u vidu životne ugroženosti oštećenika i nastupjele posljedice u vidu amputacije noge, što znači da ista nije obuhvaćena presudom. Naime, vidljivo je iz činjeničnog stanja presude da je do amputacije noge uslijedilo poslije prvog liječničkog zahvata. Nastavno, i da je bilo obuhvaćeno, moglo bi se raditi i o jednoj radnji kojom su počinjena dva djela u stjecaju i to čl. i u tom bi slučaju bilo govora o stjecaju čl. 249. st. 3. u svezi članka 240. stavka 1. i 3. KZ/97 i kaznenog djela teške tjelesne ozljede iz nehaja opisano u članku čl. 101 st. 2 KZ/97 (iz nehaja) u svezi s čl. 99. st. 2. KZ/97.

Prema tome, valja zaključiti kako se moglo u navedenom predmetu optužiti u stjecaju pored teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi opisanog u čl. 249. st. 3. u svezi članka 240. stavka 1. i 3. KZ/97 i kazneno djelo teške tjelesne ozljede opisano u članku 101 čl. 2 KZ/97³⁰ u svezi s 99. st. 2. KZ/97, bilo da je riječ o idealnom ili realnom stjecaju.³¹

Prema tome, ne možemo se složiti s tvrdnjom da pravnog kontinuiteta između ova dva djela nema. Iako se kazneno djelo po KZ/97 zvalo teška tjelesna ozljeda, ono je u svom kvalifikatornom obliku obuhvaćalo i osobito tešku tjelesnu ozljedu.

²⁸ Turković et al., 2013, str. 174.

²⁹ Stavak 2. pak tog dijela propisuje kaznu zatvora od jedne do deset godina ako je djelo počinjeno iz mržnje, prema bliskoj osobi ili prema osobi posebno ranjivoj zbog njezine dobi, teže tjelesne ili duševne smetnje ili trudnoće, ili kao službena osoba u obavljanju službene ili javne ovlasti.

³⁰ Tko drugoga teško tjelesno ozlijedi ili mu osobito teško naruši zdravlje (čl. 99 stavak 2) iz nehaja, kaznit će se kaznom zatvora od tri mjeseca do tri godine.

³¹ Horvatić Ž, Derenčinović D., Cvitanović L., Kazneno pravo Opći dio 2, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2017, str. 180-182.; Novoselec P., Opći dio kaznenog prava, Pravni fakultet u Osijeku, 5 izd., Osijek, 2016, str. 336-339.

Kako je izrijekom navedeno u čl. 3 st. 2 KZ/11, ako se izmijeni naziv ili opis kaznenog djela, sud će ispitati postoji li pravni kontinuitet tako da činjenično stanje podvede pod biće odgovarajućeg kaznenog djela iz novog zakona pa ako utvrdi da postoji, primijenit će zakon koji je blaži za počinitelja. Nema kaznenog djela ako pravni kontinuitet ne postoji. No, kako navodi *Novoselec* i *Garčić*, Kada određena radnja po novom zakonu nije više kazneno djelo, novi je zakon blaži bez obzira na to je li ta radnja potpuno dekriminalizirana ili samo djelomično tako da je postala prekršaj. ... Pa ipak, i ukidanje kaznenog djela stvara nemale teškoće kada je samo prividno, tj. kada je ono nestalo iz zakonskog teksta, ali je njegov sadržaj potpuno ili djelomično obuhvaćen nekim drugim kaznenim djelom. Većina kaznenih djela koja su na taj način „izbrisana“ iz KZ/11 pripada zapravo tom tipu. U tom se slučaju postavlja pitanje je li kazneno djelo ukinuto potpuno, bez nadomjestaka, ili je ostalo na snazi, ali pod drukčijom etiketom.³² Prema tome, utvrđivanje postojanja pravnog kontinuiteta i utvrđivanja koji zakon se mora primijeniti kao blaži na točno određeno činjenično stanje su dva odvojena pitanja. Blaži će zasigurno biti zakon koji uvodi novu okolnost koja za određeno djelo omogućuje ublažavanje kazne ili oslobođenje od kazne. Jednako tako vrijedi i obrnuto, znači stroži će biti onaj zakon koji uvodi nove kvalifikatorne okolnosti, kao što je npr. nova odredbu čl. 119. KZ/11 prema kojoj se za namjerno prouzročenje osobito teške tjelesne ozljede propisuje kazna zatvora od tri do dvanaest godina, za razliku od čl. 99. st. 2. KZ/97 prema kojem je i u tom slučaju bila propisana kazna zatvora od jedne do osam godina.³³ Što se tiče prouzročenja osobito teške posljedice iz nehaja, valja primijeniti čl. 101 st. 2 KZ/97, odnosno čl. 181 st. 7 KZ/11.

Dva vodeća načela, načelo alternativiteta i načelo konkretnosti omogućavaju pronalaženje rješenja koji zakon prihvatiti kao najblaži za počinitelja. Kao iznimka od načela alternativiteta vrijedi dodatno pravilo: „Ako je za isto djelo u starom i novom zakonu propisana različita kazna, primijenit će se onaj zakon koji predviđa manju donju ili manju gornju mjeru ili obje. Ako je propisana manja donja mjera, a veća gornja, valja ostati kod dosadašnje sudske prakse prema kojoj će se primijeniti novi zakon, ali tako da se ne prekoračuje maksimum iz starog zakona“³⁴, što je, kako je već istaknuto, prihvatljiva iznimka od načela alternativiteta. Isto tako navodi *Derenčinović*:³⁵ „u utvrđivanju pravnog kontinuiteta tekstovi starog i novog zakona ne smiju se uspoređivati apstraktno, nego konkretno, što znači da

³² P. Novoselec, A. Garačić: Primjena blažeg zakona nakon stupanja na snagu novog Kaznenog zakona Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu (Zagreb), vol. 19, broj 2/2012, str. 533-553., str. 544.

³³ Vidi i Vidi i *ibid*, str. 545.

³⁴ *Ibid*, str. 536.

³⁵ *Derenčinović*, Načelo zakonitosti, str. 123-148, str. 143 u Horvatić Ž., *Derenčinović*, D. i Cvitanović, L., *Kazneno pravo Opći dio* 1, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016.

će se uzeti u razmatranje samo one odredbe starog i novog zakona koje se moraju primijeniti na konkretan (pojedinačan slučaj koji sud rješava). Pri čemu su moguće dvije situacije: 1. ako se određeno ponašanje može podvesti pod neko kazneno djelo iz novog zakona (neovisno o tome u kojoj se glavi zakona i pod kojim nazivom nalazi) ³⁶

Dodatno, zastara za tešku tjelesno ozljedu iz nehaja po KZ/97 iznosi 3 godina (apsolutna 6 za kvalificirani oblik) (čl. 19 st. 1 KZ/97, čl. 20 st. 6 KZ/97), odnosno za osobito tešku tjelesnu ozljedu iz nehaja, po KZ/11 je 10 godina (čl. 81 st.1), dok je čl. 86 KZ/11 propisano³⁷ ukoliko se prije nastupa zastare kaznenog progona ili zastare izvršenja kazne promijeni rok zastare, primijeti će se zastarni rokovi novog zakona, dakle 10 godina. Doduše, za analizirani predmet, nastupila bi zastara u svakom slučaju, čak i uz primjenu čl. 81 st. 3 KZ/11, koja propisuje ako je prije proteka rokova donesena prvostupanjska presuda, zastara kaznenog progona produljuje se za dvije godine. Ipak, zastarni rokovi iz KZ/11 se u odnosu na kazneno djelo iz čl. 101 st. 2 u svezi s 99 st. 2 KZ/97 ne bi mogli primijeniti jer sukladno čl. 86 KZ/11 se zastarni rokovi novog zakona primjenjuju od stupanja na snagu KZ/11, 1.1.2013, a zastara bi nastupila 10. srpnja 2012.

Na isti način je, kao naprijed analiziran predmet, okončan postupak u drugom predmetu³⁸ u kojem je kazneno djelo prema optužbi počinjeno 13. prosinca 2010. godine iz čl. 181. st. 1. i 5 KZ/11. U navedenom postupku donesene su dvije nepravomoćne odluke pred sudom prvog stupnja, koje su ukinute, te je nakon toga obustavljen postupak protiv optuženika zbog nastupa zastare. U obrazloženju se navodi da je za kazneno djelo stavljeno na teret optuženiku predviđena kazna zatvora do 6 mjeseci, a onda sukladno čl. 81. st. 1. alineja 6 KZ/11 kazneni progon zastarjeva 6 godina, što bi značilo da je zastara nastupila 13. prosinca 2016. s obzirom na datum počinjenja djela. Sud je ovdje također pribrojio zastarnom roku 2 godine sukladno čl. 81. st. 3. KZ/11 jer je u postupku donesena prvostupanjska presuda, pa je tako zastara progona nastupila 13. prosinca 2018. godine. Napominje se da je u ukidnoj odluci višeg suda³⁹, koja je prethodila donošenju navedene odluke prvostupanjskog suda, dana uputa prvostupanjskom sudu, među ostalim, provesti dodatno institucionalno vještačenje vještaka traumatologa na okolnosti načina postupanja operatera prije operativnog zahvata. Navedena okolnost potvrđuje prethodno iznesene argumente o zahtjevnosti dokaznog postupka koji

³⁶ Obrazloženje uz Konačni prijedlog Kaznenog zakona, Zagreb, 2011.

³⁷ Time je potvrđeno stajalište Vrhovnog suda, sjedica Kaznenog odjela od 25. rujna 2006. (Su-IV-155/06), no ne odnosi se na situacije gdje je već zastara nastupila. Kako se ističe u Komentaru KZ-a (Turković et al.), ovaj članak valja primijeniti neovisno o tome produljuje li novi zakon ili skraćuje rok zastare za određeno kazneno djelo (str. 123 Komentara).

³⁸ Općinski kazneni sud u Zagrebu, K-58/19 od 22.1.2019.

³⁹ Županijski sud u Zagrebu, Kž-186/2018 od 4.12.2018.

se provodi pred prvostupanjskim sudom, a obzirom na složenost materije koja je predmet rasprave temeljem činjeničnog opisa.

Iznesene okolnosti nisu usmjerene na opravdavanje obustava postupka, već na prezentiranje zahtjevnosti postupka u vidu angažiranja vještaka određenih specijalnosti, njihovo koordiniranje i onda donošenje zaključaka o činjeničnim utvrđenjima od strane suda. Naravno da obustave postupaka nisu pravilo već izuzetak, jer je većina predmeta ipak pravomoćno okončana meritornim odlukama kojima je optuženik ili oglašen krivim, ili oslobođen optužbe.

4. NEŽELJENI ISHOD I GREŠKE

Prilikom utvrđivanja neželjenog ishoda liječničkog postupka, koji eventualno vodi i kaznenoj odgovornosti, treba voditi računa kako svaka intervencija koja se poduzima prilikom obavljanja zdravstvene djelatnosti sadrži određen stupanj rizika. Stoga se u slučajevima nastanka nepovoljne posljedice uslijed poduzimanja takvih intervencija, mora jasno razdvojiti je li do posljedice došlo neželjenim ishodom pojedinog postupka ili je ona nastupila zbog barem nehajnog postupanja pružatelja zdravstvenih usluga kada isti „primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa“). Naime, do nepovoljnog ishoda liječničke, odnosno zdravstvene intervencije može doći i zbog komplikacije koja se dogodila u postupku liječenja i na sudu je nimalo lak zadatak razlikovati o čemu je riječ u svakom pojedinom predmetu. Komplikacija predstavlja neželjeni ishod medicinskog postupka koji nastaje usprkos medicinski ispravnom i pravodobno izvedenom postupku koji je izveden pravilnom uporabom ispravne opreme i sredstava (lijekova, kemijskih tvari i slično), uz optimalnu organizaciju rada⁴⁰. U konkretnom postupku sud⁴¹ je utvrdio da je došlo do komplikacija tijekom poroda, a onda ih doveo u vezu s inkriminacijama koje su stavljene na teret optuženiku, koji je terećen da je primijenio očito nepodoban način liječenja i uopće nesavjesno postupao. Zaključno se ističe u odluci suda⁴² da nedvojbeno proizlazi da je do problema tijekom poroda došlo uslijed okolnosti koje optuženik kao liječnik ginekolog koji je obavljao porod nije mogao predvidjeti, konkretno, nepredviđenu okolnost je pokušao riješiti, ali bez uspjeha, a da takve nepredviđene okolnosti nije

⁴⁰ Vidjeti više u Roksandić Vidlička, Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrtu izmjena hrvatskog kaznenog zakona, Godišnjak Akademije pravnih znanosti, 1/2010, Hrestomatija hrvatskoga medicinskog prava, Turković/Roksandić Vidlička/Maršavelski (ur.), Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016, str. 825.

⁴¹ Općinski kazneni sud, Ko 2648/12 od 31.1.2017.

⁴² Županijski sud u Osijeku, Kž 219/2017 od 31.8.2017.

bilo, porod bi se najvjerojatnije odvijao normalno i bez posljedice. Upravo u ovom prikazanom primjeru je razvidno na koji način se utvrđuje je li tijekom liječenja odnosno postupanja optuženika došlo do nepredviđenih okolnosti - komplikacija, a što se ne može staviti na teret optuženiku, i onda njegovo postupanje cijeliti u okviru nepredviđenih okolnosti.

Greške (propusti) zdravstvenih radnika mogu se razvrstati prema različitim kriterijima. Mogu se razvrstati na one koje se vrše činjenjem i one koje nastaju nečinjenjem (propuštanjem), zatim na one koje nastaju poduzimanjem neindiciranog ili nepoduzimanjem indiciranog zahvata te propusti koje mogu nastati prilikom provođenja dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Također, propusti (greške) se kvalitativno mogu podijeliti na teže ili na lakše, na greške koje nastaju u organizaciji rada, u informiranju, u nadziranju medicinskih aparata i slično (*Klarić*, 2001, 31). Valja istaći da u takve propuste, odnosno u povredu pravila zdravstvene struke ulazi i otkrivanje liječničke tajne (usp. s kd neovlaštenog otkrivanja profesionalne tajne (čl. 145)). Klasifikacija greške (propusta) bitna je zbog otkrivanja njezina uzroka, otkrivanja najčešćih problema u pružanju zdravstvenih usluga, a ima i svoju „pozitivnu“ ulogu, odnosno služi donošenju smjernica za poboljšanje kvalitete pružanja zdravstvenih usluga i cjelokupne organizacije zdravstvenog sustava (*Golubić-Čepulić*⁴³, *Roksandić Vidlička*, *Babić*, 2008⁴⁴). Osim toga, isto utvrđenje, gdje je nastala greška (propust) utječe i na visinu kazne.

Tako je Općinski sud u Virovitici⁴⁵ u kaznenom postupku protiv okrivljenika zbog kaznenog djela iz čl. 240., st. 1. i 3. KZ/97 u obrazloženju prilikom odlučivanja o vrsti i visini kaznenopravne sankcije naveo kao olakotnu okolnost „(...) da je loše provedenom konzervativnom liječenju bitno pridonijela loša organizacija poslova u bolnici, s obzirom na to da je oštećenika tijekom liječenja pratilo nekoliko liječnika, a okrivljenik nije imao povratnih informacija od svojih kolega (...)“. Također, u pravomoćnom predmetu Općinskog suda u Šibeniku⁴⁶ protiv okrivljenika, dežurnog kirurga, što kao doktor medicine iz nehaja nije primijenio mjere za zaštitu bolesnika prema pravilima medicinske struke uslijed čega je postojeća bolest znatno pogoršana, čime je počinio teško kazneno djelo protiv zdravlja ljudi iz čl. 249., st. 3. u svezi čl. 240., stavak 1. i 3. KZ/97, sud je u

⁴³ Golubić Čepulić, B. Izvori grešaka i njihova kontrola: Model upravljanja neželjenim događajima u kliničkoj transfuziologiji, doktorska disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2011 (neobjavljeno).

⁴⁴ Roksandić Vidlička, S.; Čepulić, E.; Babić, T.. Scandinavian model of insurance from medical error - can it live in framework of Croatian legislative, *Zbornik radova, 1. Kongres pravnika u zdravstvu*. 2008. 87-101.

⁴⁵ Općinski sud u Virovitici K-132/06 od 03.07.2007.

⁴⁶ Općinski sud u Šibeniku K-530/99 od 7.4.2000.

vrlo detaljnom obrazloženju krenuo od utvrđenja organizacije rada: „(...) Nadalje, budući da je, a što nije sporno, i kako je u postupku i utvrđeno, pacijent, ošt. XX, od njegova dovoženja u šibensku bolnicu, i to prvotno u kiruršku ambulantu, a potom i na kirurški odjel Opće bolnice u Šibeniku, sve do transporta oštećenika u KB Split, pregledan od više liječnika, postavlja se stoga i pitanje koji je od tih liječnika bio dužan provesti hitnu i potpunu obradu pacijenta R. C. u smislu utvrđivanja uzroka komatoznog stanja istog pacijenta, odnosno diferencijacije eventualne etiliziranosti od kranio-cerebralne traume te odlučiti o njegovu prebacivanju u KB Split zato što bolnica u Šibeniku nema liječnika specijalista neurokirurga.

Isto je bitno za razlikovanje da li je kazneno djelo nesavjesnog liječenja počinjeno namjerno ili iz nehaja. Tako je ŽSZ u svojoj presudi ustanovio da je bila riječ o nehaju, a ne o namjeri okrivljenice: S obzirom na utvrđene uvjete rada u noćnoj smjeni, ..., proizlazi da se ona morala brinuti za jedanaestoro djece, pomagati drugoj, još neiskusnoj sestri u brizi za desetoro djece, pa se ne može prihvatiti tvrdnja žalitelja da je okrivljenica dijete s toplomjerom u rektumu naputila „zbog vlastitog komoditeta“. Ta okolnost, kao i umor okrivljenice, jer se bližio kraj radnog vremena, uz njezino uvjerenje da će sve stići i da zbog kratkog vremena ne prijeti opasnost, osnovano pokazuje da je bila nedovoljno pažljiva u odnosu na posljedicu (izbor presude *Garačić*, 2016, 378).

Kada je organizacija obavljanja zdravstvene djelatnosti na najefikasnijoj razini, smanjena je mogućnost pojave grešaka (propusta) a time i do pojavnosti ovog kaznenog djela.

5. MODALITETI RADNJE NESAVJESNOG LIJEČENJA, USPOREDBA S ČL. 240 KZ/97

Tri su vrste ugrožavanja (propusta) koje navodi Kazneni zakon kao modalitete radnje kod kaznenog djela nesavjesnog liječenja, i to:

1. primjena očito nepodobnog sredstva ili načina liječenja
2. na drugi način očito ne postupanje po pravilima zdravstvene struke
3. očito nesavjesno postupanje

Očito bi nepodobna sredstva bila lijekovi, instrumenti, kemijske supstancije i sl., a način liječenja odnosi se na primjenu načina kojeg očito nije trebalo primijeniti u svakom pojedinom slučaju, npr., kirurški zahvat, kemoterapija, zračenje, postupci poduzeti radi dijagnoze, liječenja i rehabilitacije itd.⁴⁷

⁴⁷ Turković, Kaznena djela protiv zdravlja ljudi u Novoselec (ur), Posebni dio kaznenog prava, Zagreb, 2007, 247-265, str. 258.

Očita kršenja pravila medicinske struke, odnosno ne postupanje po istima, obuhvaća svako djelovanje koje ne doseže okvire pravila struke, odnosno koje ih prelazi i nije u skladu s provjerenim standardima suvremene medicinske znanosti. Za utvrđivanje o kojem se standardu radi, može nam pomoći i slučaj *Geraets-Smiths/Peerbooms* u kojemu je Europski sud pravde⁴⁸ odlučio da se obično liječenje/ običan pregled – normal treatment, osigurano ili financirano od nacionalnog prava, mora shvatiti kao liječenje/pregled prema međunarodnoj medicinskoj znanosti i medicinskim standardima prihvaćenim na međunarodnoj razini. Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini navodi kako se svaki zahvat na području zdravstva, uključujući istraživanje, mora provoditi u skladu s relevantnim profesionalnim obvezama i standardima (čl. 4. Konvencije). Iako i liječnici u Republici Hrvatskoj pružaju usluge prema tzv. zlatnom standardu, i postoje protokoli za postupanje, ne možemo izbjeći pitanje može li se standard uistinu u potpunosti primjenjivati ako uvjeti nisu posve odgovarajući (oprema, organizacija, kadrovi). U tim slučajevima, možda bi se prije radilo o počinjenju kd povrede prava iz socijalnog osiguranja (čl. 134), ili bi se mogla dovesti u pitanje i odgovornost pravne osobe gdje zdravstveni radnik radi za kaznena djela nesavjesnog liječenja.

Očito nesavjesno postupanje obuhvaća sve očite radnje koje se ne bi mogle podvesti pod već opisana postupanja, već se javljaju kao svojevrsna popratna djelovanja prilikom obavljanja zdravstvene profesije. Tu je moguće svrstati očiti eventualni propust u nadzoru nad radom djelatnika koji su podređeni npr. liječniku te zajedno s njim obavljaju zdravstvenu djelatnost, ali isto tako i očite propuste koji bi obuhvaćali svaki nesavjestan postupak koji bi mogao imati za posljedicu pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe.⁴⁹

Tako sud,⁵⁰ oslobađajući od optužbe okrivljenog (za kazneno djelo iz čl. 240 KZ/97) zaključuje kako “ iz svih dokaza koji su izvedeni, iskaza vještaka... proizlazi da obveza smještaja bolesnika, pa i onih koji boluju od konkretne bolesti od koje je bolovao mldb. ..., na odjel intenzivne njege, nakon operacije, ovisi o općem stanju bolesnika, neposredno nakon operacije, te također proizlazi da ne postoji propisana obveza postoperativnog smještaja bolesnika koji boluju od mišićne distrofije na odjel intenzivne njege.... Osim toga, iz nalaza i mišljenja vještaka, kao i saslušnog liječnika, razvidno je da je upravo zbog osnovne bolesti mldb. pacijenta, kao vrsta anestezije izabrana spinalna anestezija, koja nikad ne kompromitira spontano disanje, te stavljati bolesnika nakon spinalne anestezije koji diše spontano i suficijentno na mehaničku ventilaciju je viciumartis, odnosno,

⁴⁸ C-157/99, 2001.

⁴⁹ Babić/Roksandić, 2006, 198.

⁵⁰ Općinski kazneni sud, 34.K-1702/15 od 3.3.2016.

bila bi greška struke. Upravo imajući u vidu ovaj dio nalaza i mišljenja vještaka, razvidno je da je okrivljeni postupao pravo u skladu sa mjerama zaštite bolesnika i prema pravilima medicinske struke, a imajući u vidu opće operativno stanje mlđb. pacijenta”.

Bitno je za ovo djelo utvrditi je li ponašanje liječnika kao stručnjaka bilo predvidljivo u smjeru poštovanja i ponašanja u skladu s prihvaćenim pravilima struke. U već navedenoj presudi⁵¹, sud ističe (str. 8 presude): “ kako je okrivljenome stavljeno na teret nehajno postupanje, pri čemu nesavjesno počiva na lakomislenosti, samopouzdanju, odnosno u zanemarivanju minimalnih zahtjeva za razborom i oprezom,...sud nije našao dokazanim da bi okrivljeni postupao lakomisleno, nesmotreno, bez minimalnog razbora i opreza, te bi ga zbog toga i oslobodio optužbe za terećeno kazneno djelo.”

U svakom slučaju, pravila objektivne dužne pažnje kod kaznenog djela nesavjesnog liječenja proizlaze iz pravila struke kojih se liječnik, odnosno drugi zdravstveni radnik dužan pridržavati.⁵²

Kako je istaknuo Županijski sud u Osijeku⁵³, upravo zbog specifičnosti utvrđivanja koje ovo djelo zahtjeva, npr. utvrđenja koje bi sredstvo bilo očito nepodobno, odnosno dokazivanja je li upotrijebljeno sredstvo doista i bilo očito nepodobno, sud se koristi vještacima medicinske struke. Odnosno, kod svih triju navedenih vrsta propusta sud bi morao temeljiti svoju odluku na nalazu i mišljenju vještaka. Nepristranost i stručnost liječnika koji sudjeluje kao sudski vještak jedan je od *condicio sine qua non* pravičnog vođenja postupka kako kaznenog tako i građanskog. Imenovanjem takvih vještaka u sudskim postupcima uvelike bi se olakšao postupak dokazivanja i spriječilo bi se da se u istom postupku imenuje više vještaka dok se potpuno ne razjasni predmet vještačenja, odnosno spriječila bi se mogućnost ukidanja presuda od drugostupanijskih sudova i vraćanja predmeta na ponovno suđenje zbog pogrešno utvrđenog činjeničnog stanja.

Tako primjerice sud⁵⁴ u presudi citira zaključak vještaka Medicinskog fakulteta “da se u konkretnom slučaju u odnosu na postupanje optuženika radilo o pogrešnoj procjeni, koji zaključak oni donose sada, odnosno sada znaju da se radilo o lošoj procjeni dežurnih opstretičara.” Nadalje vještaci akcentiraju aspekt vremena, i to “da se postupanje optuženika promatra sada u ovom trenutku, protekom 12 godina, a da u vrijeme događaja nije postojao jasan protokol koji bi apsolutno indicirao carski rez, nakon konkretnog događaja su napisane smjernice kako postupati u

⁵¹ Ibid.

⁵² Više o povredi objektivne i subjektivne dužne pažnje v. u Novoselec, Opći dio kaznenog prava, 2013, str.269-272.

⁵³ Županijski sud u Osijeku Kž-56/2014-4 od 11.4.2014.

⁵⁴ Općinski kazneni sud u Zagrebu Ko 2648/12 od 31.1.2017.

ovakvim slučajevima.” Isticali su također da se ne mogu predvidjeti sve moguće kombinacije u literaturi koje se događaju u praksi, “pa se stoga na osnovu iskustva i podataka iz literature moraju donositi pri svakom porođaju specifične procjene, i temeljem njih odluke”. Nastavno sud zaključuje o tome što je očito nesavjesno postupanje odnosno jesu li u radnjama stavljenim na teret optuženiku odnosno radnjama za koje je dokazano da ih je počinio, ispunjena obilježja inkriminiranog djela, ističući da je to zadatak suda, a ne vještaka, koje stajalište je već izrazio i Vrhovni sud RH.⁵⁵

Nehaj se može pojaviti ne samo zbog lakomislenosti pružatelja nego i zbog neiskustva, premorenosti ili nekih drugih čimbenika na strani počinitelja. Te bi se okolnosti, trebale uzeti kao olakotne pri odmjeravanju kazne. Vrlo je zanimljiva rasprava da li je u slučaju postojanja nehaja na strani zdravstvenog radnika veća njegova odgovornost, a time i kazna, ako je postupao sa svjesnim ili s nesvjesnim nehajem, obzirom da se radi o standardu pažnje dobrog profesionalca kojeg liječnik, ako i drugi zdravstveni radnici, mora primjenjivati u obavljanu svoje djelatnosti. Naravno, u obzir se mora uzeti i staž i iskustvo liječnika u pitanju i utvrditi da li je riječ o šefu odjela ili specijalantu ili specijalisti, uz utvrđenje objektivne i subjektivne dužne pažnje. Kako ističe *Novoselec*,⁵⁶ kršenje samo subjektivne pažnje nije dovoljno za nehajnu krivnju pa počinitelj koji je udovoljio zahtjevima objektivne dužne pažnje ne može biti kriv čak niti uz pretpostavku da je imao natprosječne sposobnosti kojima nije udovoljio (v. za ovu raspravu i *Šeparović/Kokić*).⁵⁷

Upravo razliku između iskustva i položaja i organizacije prepoznaje sud⁵⁸ kada uzima u obzir i organizaciju zdravstvene djelatnosti pri utvrđivanju krivnje: Nedvojbeno je dokazano kako okrivljeni nije u poziciji da sam daje naloge koje će se točno mjere nadzora provoditi nad pacijentima koji se nalaze u jedinici intenzivne skrbi, odnosno konačnu odluku o pacijentima uvijek donosi dežurni liječnik anesteziolog u tom Odjelu. Tijekom postupka je utvrđeno kako je “dr..., tijekom noći okrivljenoga nije zvala, a ne postoji nikakva obveza nadslužbe da samoinicijativno, bez poziva, posjećuje i nadgleda stanje pojedinih pacijenata po odjelima bolnice, pa niti u Jedinici intenzivne skrbi gdje se pacijenti nalaze kod skrbi specijalista anesteziologa. Ovdje valja dodati, i kako je stanje oštećene nakon zahvata digitalne eksploracije uterusa, bilo zadovoljavajuće, a što je utvrđeno vizitom u 00,30 sati, pa niti u tom smislu kod okrivljenoga nije niti

⁵⁵ Vrhovni sud Rh KŽ- 244/2002 od 26. lipnja 2003. godine.

⁵⁶ Opći dio kaznenog prava, 2013, str. 252

⁵⁷ Šeparović/Kokić, Kaznena djela protiv zdravlja ljudi u Horvatić/Šeparović i sur., Kazneno pravo posební dio, Zagreb, 1999, 285-303., str. 288.

⁵⁸ Općinski kazneni sud u Zagrebu, 1 KO-2737/12, od 21. 2. 2013.

mogla postojati sumnja da se sa oštećenom možda nešto izvanredno događa, jer o tome ni na koji način nije bio obaviješten od dežurnog liječnika. “

Razliku između prijašnjeg čl. 240 KZ/97 i sada važećeg čl. 181 KZ/11, gdje je potrebno da imamo očitu povredu pravila zdravstvene struke i očito nesavjesno postupanje a ne uopće nesavjesno postupanje, najbolje opisuje slijedeća presuda⁵⁹:

“... Razvidno je da se novina sastoji u radnjama odnosno propustima koji su očito nesavjesni, za razliku od zakonskog opisa kaznenog djela nesavjesnog liječenja iz čl. 240 KZ/97 u kojem opisu je dovoljno nesavjesno postupanje doktora medicine za ispunjenje obilježja kaznenog djela. Prema mišljenju suda očito nesavjesno postupa liječnik koji u obavljanju svoje djelatnosti ne poštuje opće priznata pravila medicinske znanosti i struke, čiji postupci očito odstupaju od prihvaćenih i prokušanih profesionalnih standarada, koje svjesno ne poštuje odnosno zanemaruje ih. Tumačeći citirani zakonski opis djela, za nesavjesnost su relevantni samo očito nesavjesni postupci, pa u biće djela ulaze samo grube povrede profesionalnih pravila postupanja, samo ona znatna, evidentna, očita, na prvi pogled uočljiva odstupanja od priznatih pravila struke i znanosti. Analizirajući propuste...sud je zaključio da se ne radi o očito nesavjesnom postupanju. Naime, propusti na strani I okrivljenika se sastoje u okolnosti da medicinsku dokumentaciju nije sastavio dovoljno precizno jer nije naveo anamnezu, neurocirkulacijski status i status donjeg dijela natkoljenice i koljena. Daljnji propust je također što na nalazu nije istaknuta uputa da se u slučaju smetnji bolesnica u slučaju pogoršanja odmah javi liječniku, a obzirom da joj je postavljena imobilizacija. Propusti na strani II okrivljenika su također neprecizno sastavljena medicinska dokumentacija jer nije naveden neurocirkulacijski status noge niti je II okrivljenik posumnjao na razvoj sindroma odjeljka iako je to bilo moguće te nije odmah uputio oštećenicu vaskularnom kirurgu već je preporučio to učiniti. S druge strane je utvrđeno da su oba okrivljenika pregledali oštećenicu, da su je uputili na daljnje pretrage i to na rtg. odnosno na UZV, da je II okrivljenik oštećenicu uputio da se u slučaju pogoršanja odmah javi liječniku, što je naznačio u medicinskoj dokumentaciji. Također je iz nalaza vještaka te iskaza svjedoka liječnika utvrđeno da se radi o izuzetno rijetkoj ozljedi u praksi liječnika, a da bi nastala mehanizmom ozljede kakvu je opisala oštećena, da je također praksa u slučaju da je kliničkim pregledom utvrđeno da je neki nalaz uredan, da nije nužno upisati ga u medicinsku dokumentaciju obzirom se ista sastavlja kako bi se nastavilo liječenje, dakle za potrebe drugog liječnika, i u nju se upisuju prvenstveno patološka zbivanja, da niti nakon provedene angiografije nije utvrđena ozljeda već tek naknadno. ...Naime, radnje prethodno opisane nisu takvog intenziteta da bi se radilo o grubim povredama pravila

⁵⁹ Općinski kazneni sud u Zagrebu, K-176/16-18, od 22. 4. 2016.

postupanja, očitih odstupanja od priznatih pravila struke i znanosti da bi se radilo o očito nesavjesnom postupanju.”

6. UČESTALOG KAZNENOG DJELA NESAVJESNOG LIJEČENJA U PRAKSI

Prema izvještaju državnog odvjetništva iz 2018. godine:⁶⁰ u izvještajnom razdoblju 2017. godine, za ova kaznena djela⁶¹ prijavljeno je 98 odraslih osoba i 2 mlađe punoljetne osobe ili ukupno 100 osoba, tako da ova kaznena djela u ukupnoj masi kriminaliteta participiraju s neznatnih 0,3%. Kako se dalje nastavlja u Izvješću, s obzirom da je godinu dana ranije bilo prijavljeno 167 osoba, ovogodišnji broj prijavljenih odraslih osoba predstavlja pad od 41,3% u odnosu na godinu dana ranije, ali ujedno i vraćanje na ranije prosjeke broja prijavljenih osoba iz Glave XIX. Kaznenog zakona.

Što se strukture kriminaliteta odraslih osoba tiče, kao i ranijih godina, ima najviše prijavljenih kaznenih djela nesavjesnog liječenja iz članka 181. Kaznenog zakona i to 88 prijavljenih osoba ili 89,8%, dok su druga kaznena djela, uključujući i kazneno djelo nadrilječništva iz članka 184. Kaznenog zakona sa 6 prijavljenih osoba ili 6,1% zanemariva u ukupnom broju prijavljenih osoba.

U svakom slučaju ovdje navodimo i slijedeće iz Izvješća:

„Kao i ranijih godina, uočava se da se prvenstveno radi o prijavama fizičkih osoba nezadovoljnim određenim liječničkim uslugama, zahvatima i postupcima prema pacijentima tijekom liječenja, slijedom čega se u rješavanju ovih predmeta traži suradnja sa Hrvatskom liječničkom komorom i Ministarstvom zdravlja i njihovim službama, kao i provođenje određenih stručnih nadzora i inspekcija prije donese odluke o kaznenim prijavama. Postupajući po tim prijavama ukupno smo donijeli 83 odluke, od čega smo odbačajem riješili prijave prema 72 osobe, protiv 7 osoba doneseno je rješenje o provođenju istrage, optuženo je 6 osoba i to 3 neposredno, a 3 osobe nakon provedene istrage. Konačno 1 prijavljena osoba riješena je na drugi način. Sudovi su donijeli presude u odnosu na 16 osoba, od toga su 3 bile osuđujuće, 12 ih je bilo oslobođajućih, od čega 6 zbog kaznenih djela nesavjesnog liječenja iz članka 181. Kaznenog zakona i 6 zbog kaznenih djela protiv zdravlja ljudi iz članka 192. Kaznenog zakona, dok je donesena 1 odbijajuća presuda. Od osuđujućih presuda 2 su uvjetne zatvorske osude, a 1

⁶⁰ [Izješće Državnog odvjetništva Republike Hrvatske za 2017 godinu: Izvješće_DORH_2017%20\(2\).pdf](#), str. 72.

⁶¹ Kaznena djela vezana uz zloporabu droga prikazuju se posebno i ulaze u posebnu statističku obradu.

osoba je osuđena na zatvorsku kaznu. U odnosu na donesene presude, državna odvjetništva podnijela su 12 žalbi i to sve zbog razloga različitih od kazne, što znači da je svaka 0,8 presuda pobijana žalbom, uglavnom zbog pogrešno ili nepotpuno utvrđenog činjeničnog stanja.⁶²

7. ZAKLJUČAK

Kako se radi o još relativno kratkom važenju izmijenjenog kaznenog djela nesavjesnog liječenja, sudska će se praksa još morati iskristalizirati kako tumačiti elemente ovoga djela i tko se sve može smatrati odgovorim i u kojem opsegu za povredu pravila struke koja je završila s nekom od navedenih posljedica. U svakom slučaju, autorice su mišljenja da pravni kontinuitet postoji i kad se radi o osobito teškoj tjelesnoj ozljedi (iz nehaja).

DETERMINATION OF LEGAL CONTINUITY AND INTERPRETATION OF THE ELEMENTS OF THE CRIMINAL OFFENSE OF UNCONSCIOUS TREATMENT

The criminal act of unconscious treatment is a work of rich structure and its interpretation requires careful consideration. This article was created to show the importance of analyzing each of its elements in accusing and adjudicating this act. As additional issues arise when determining the existence of a legal continuity between the criminal offense of unconscious treatment according to KZ / 11 and KZ / 97, the authors have paid special attention to this situation in this article.

Key words: *Criminal Code, unconscious treatment, legal continuity*

⁶² Izvješće Državnog odvjetništva Republike Hrvatske za 2017 godinu: Izvjesce_DORH_2017%20(2).pdf, str. 72.

Ivica Veselić, mag. iur.
sudac Županijskog suda u Zagrebu

DISCIPLINSKI POSTUPAK PRED TIJELIMA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE I ZASTUPANJE PRED SUDOM KOMORE

UDK:331.108.6:614.25 (497.5)

61:061.23 (497.5)

Primljeno: 25. veljače 2019.

Referat na znanstvenom skupu

Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore (u daljnjem tekstu: Pravilnik) propisana je nadležnost Časnog i Visokog časnog suda Hrvatske liječničke komore (Sud Komore), disciplinske povrede zbog kojih je moguće pokrenuti disciplinski postupak, način pokretanja i vođenja disciplinskog postupka, disciplinske mjere i novčana kazna.

Odredbe Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore primjenjuju se i na postupak ostalih tijela Hrvatske liječničke komore koja sukladno odredbama Statuta, toga Pravilnika te ostalih akata Hrvatske liječničke komore, provode određene radnje u disciplinskom postupku s ciljem ekonomičnosti postupka i utvrđivanja materijalne istine.

Valja istaknuti da se disciplinski postupak pokreće i vodi protiv liječnika koji je član Hrvatske liječničke komore (u daljnjem tekstu: Komora) ili je trebao biti član Komore sukladno odredbama zakona, Statuta i drugih akata Komore, a postupak se provodi odgovarajućom primjenom odredaba Zakona o kaznenom postupku, ako tim Pravilnikom nije drugačije propisano. Također, pri odlučivanju o odgovornosti i izricanju disciplinskih mjera i kazni, na odgovarajući način primjenjuju se odredbe Kaznenog zakona.

Pravilnik o disciplinskom postupku (pročišćeni tekst od 6. listopada 2015. godine) obuhvaća Pravilnik o disciplinskom postupku kojeg je Skupština Hrvatske liječničke komore donijela 12. lipnja 2010. godine (stupio na snagu 25. lipnja 2010. godine), a kojim je u cijelosti zamijenjen Pravilnik o disciplinskom postupku od 29. listopada 2003. godine koji je stupio na snagu 13. studenog 2003. godine te njegove izmjene i dopune koje je Skupština Hrvatske liječničke komore donijela 12. svibnja 2007. godine (stupile na snagu 27. svibnja 2007. godine) i 14. lipnja 2008. godine (stupile na snagu 24. lipnja 2008. godine), te obuhvaća i Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o disciplinskom postupku od 14. lipnja 2014. godine (stupio na snagu 26. lipnja 2014. godine) i Pravilnik o

izmjenama i dopunama Pravilnika o disciplinskom postupku od 26. rujna 2015. godine (stupio na snagu 06. listopada 2015. godine). Pravilnik je objavljen na žutim stranicama „Liječničkih novina“ u listopadu 2015. godine.

Odredbom članka 4. Pravilnika propisano je da Sud Komore odlučuje o disciplinskoj odgovornosti liječnika i o nedostojnosti liječnika za obavljanje liječničke djelatnosti, te je taksativno propisano da je liječnik disciplinski odgovoran ako povrijedi odredbe Zakona o liječništvu, ako povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije Komore, ako obavlja nestručno liječničku profesiju, ako svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke profesije, ako ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema Komori, te ako počini kazneno djelo koje ga čini nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti. Pravilnik razlikuje teške povrede koje imaju teže značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena i lake povrede koje imaju lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena.

Posebno je za istaknuti da je Hrvatska liječnička komora, imajući u vidu odredbu čl. 8. Zakona o liječništvu, imala potrebu propisati da liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela, Časni sud Komore može, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti te utvrditi nedostojnosti liječnika.

Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost ne isključuje disciplinsku odgovornost liječnika pred Komorom.

POKRETANJE DISCIPLINSKOG POSTUPKA I DONOŠENJE ODLUKE SUDA KOMORE

Odredbom članka 11. Pravilnika propisano je da se disciplinski postupak te postupak za utvrđivanje nedostojnosti liječnika, pokreće na zahtjev pacijenta odnosno druge osobe koja ima pravni interes, predsjednika Komore, nekog od tijela Komore te na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Člankom 12. Pravilnika propisano je da zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka mora biti u pisanom obliku te sadržavati naznaku da se zahtjev podnosi Časnom sudu Komore, ime i prezime liječnika protiv kojeg se pokreće postupak, podatke o zaposlenju prijavljenog liječnika, ime i prezime podnositelja zahtjeva odnosno naziv podnositelja zahtjeva ukoliko je podnositelj pravna osoba, tijekom pružanja zdravstvene usluge koja je prethodila događaju zbog kojeg se podnosi zahtjev (činjenični opis), vrijeme i mjesto izvršenja disciplinske povrede te ostale okolnosti koje su potrebne da se povreda što točnije odredi, naziv disciplinske povrede koja se prijavljenom liječniku stavlja na teret (članak 4. stavak 2. Pravilnika), prijedlog za izricanje određene disciplinske mjere ili novčane kazne, dokaze iz kojih proizlazi osnovanost navoda iz zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka, uz navođenje imena svjedoka i vještaka, spisa koje treba pregledati (primjerice, medicinska dokumentacija) te predmeta koji mogu poslužiti kao dokaz.

Zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka podnosi se Časnom sudu Komore, te predsjednik Časnog suda Komore prosljeđuje zahtjev ili Povjerenstvu za stručna pitanja i stručni nadzor Komore ili Povjerenstvu za medicinsku etiku i deontologiju Komore na provođenje prethodnog postupka.

Važno je istaknuti da će povjerenstvo koje provodi prethodni postupak, prije donošenja pozitivnog ili negativnog mišljenja, uvijek zatražiti prethodno očitovanje te potrebnu dokumentaciju od liječnika protiv kojeg je podnesen zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka, ravnatelja zdravstvene ustanove u kojoj je liječnik zaposlen odnosno njegovog poslodavca te drugih osoba za koje se pretpostavlja da imaju saznanja o relevantnim činjenicama vezanim za predmet zahtjeva. Također, povjerenstvo koje provodi prethodni postupak može zatražiti stručno mišljenje od stručne osobe odnosno može od stručne osobe zatražiti potrebna objašnjenja o tim pitanjima.

Ukoliko povjerenstvo, nakon provedenog prethodnog postupka, donese pozitivno mišljenje, odnosno, zauzme stav da je zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom Komore opravdan, u tom slučaju zahtjev prosljeđuje na daljnji postupak pred Časni sud Komore. Ukoliko povjerenstvo, nakon provedenog prethodnog postupka, zauzme stav da je zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom Komore neopravdan, upućuje podnositelja zahtjeva da ima pravo, o svom riziku i trošku (visinu iznosa paušalnog predujma odlukom utvrđuje Izvršni odbor Komore najkasnije do dana 31. prosinca tekuće godine za slijedeću godinu – sada je to 3.000,00 kuna), pokrenuti postupak pred Časnim sudom Komore.

Ovdje se posebno ističe da Sud Komore nije vezan danim prethodnim mišljenjem povjerenstva koje provodi prethodni postupak, ali ga mora uzeti u obzir pri donošenju odluke te obrazložiti zašto ga je usvojio odnosno odbio. Kod donošenja odluke Časni sud Komore nije vezan za pravnu ocjenu disciplinske povrede koju je u zahtjevu za pokretanje disciplinskog postupka naznačio podnositelj zahtjeva, ali prijavljenog liječnika ne smije proglasiti odgovornim za disciplinsku povredu težu od one zbog koje je podnesen zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka.

Ako je zbog povrede zbog koje se protiv liječnika vodi disciplinski postupak, pokrenut ili se vodi ujedno i kazneni ili prekršajni postupak, Sud Komore može zastati s postupkom do okončanja kaznenog odnosno prekršajnog postupka.

Sud komore može donijeti odluku kojom se zahtjev za pokretanje postupka odbija ako je postupak vođen bez zahtjeva osobe ovlaštene za podnošenje zahtjeva, ako podnositelj zahtjeva do zaključenja rasprave odustane od zahtjeva, ako je liječnik za istu povredu već ranije donesenom konačnom odlukom Suda Komore proglašen odgovornim, ili je ranije donesenom konačnom odlukom Suda Komore oslobođen odgovornosti ili je postupak pravomoćno obustavljen ili ako je nastupila zastara pokretanja disciplinskog postupka. Liječnika će Sud komore osloboditi odgovornosti ako djelo za koje se liječnika tereti ne predstavlja povredu dužnosti i ugleda liječničkog zvanja, niti povredu Zakona o liječništvu kao ni povredu Kodeksa medicinske etike i deontologije, a ne radi se ni o povredi članskih obveza koje liječnik ima prema Komori temeljem Statuta i drugih akata Komore, ako utvrdi da ima okolnosti koje isključuju odgovornost sukladno odredbama kaznenog materijalnog prava te ako nije dokazano da je liječnik počinio djelo za koje ga se tereti.

Sud komore proglasit će liječnika odgovornim za disciplinsku povredu, uz naznaku činjenica i okolnosti koje čine obilježja tog djela te onih o kojima ovisi primjena određene odredbe ovog Pravilnika, navest će naziv disciplinskog djela i koje su odredbe Pravilnika primijenjene, donijet će odluku o uvjetno izrečenoj disciplinskoj mjeri ili kazni i kakva se disciplinska kazna ili mjera izriče. Za teže disciplinske povrede liječniku se mogu izreći disciplinske mjere i kazne – ukor, javni ukor (objavljuje se u glasilu Hrvatske liječničke komore), novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) od mjesec dana do godine dana i trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence). Odobrenje za samostalni rad može se privremeno ili trajno ograničiti i s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se liječnik smije baviti. Protiv odluke (upravnog akta) kojom se izriče disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim

sudom. Disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalni rad (licence) može se liječniku izreći uvjetno, s tim da vrijeme provjeravanja ne može biti kraće od šest mjeseci niti dulje od dvije godine. Časni sud Komore opozvat će uvjetnu odluku i odrediti izvršenje disciplinske mjere ako liječnik u vremenu provjeravanja počini jedno ili više disciplinskih povreda za koje mu je izrečena disciplinska mjera ili kazna. Uvjetnu odluku ne može se opozvati nakon što je protekla godina dana od isteka vremena provjeravanja. Za lakše disciplinske povrede, liječniku se mogu izreći disciplinske mjere i kazne opomena i novčana kazna. Važno je istaknuti da se uz svaku mjeru i kaznu, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), liječniku se može odrediti disciplinska mjera dodatne izobrazbe. Iznos novčane kazne određen je Statutom Komore, te ne može biti niži od 1.000,00 kn niti veći od 5.000,00 kn.

Sud će donijeti odluku i o troškovima postupka te o tome da se pravomoćna odluka ima objaviti u službenom glasilu Komore te uputu o pravnom lijeku. Odlukom kojom se liječnik proglašava odgovornim naložit će mu se da podmiri troškove disciplinskog postupka.

Ako je liječniku izrečena novčana kazna, u odluci će se naznačiti rok u kojem je liječnik dužan istu platiti, a isti ne može biti duži od 30 dana. Na ovom mjestu se naglašava da kada je novčana kazna izrečena za disciplinsku povredu, odnosno kada je liječnik proglašen odgovornim i pozvan na plaćanje troškova postupka, a nije u cijelosti ili djelomično platio u roku novčanu kaznu, odnosno trošak postupka, koji su određeni odlukom Suda Komore, Hrvatska liječnička komora naplatit će novčanu kaznu, odnosno trošak postupka prisilno. Naplaćena novčana kazna uplaćuje se u korist sredstava za financijsku pomoć Komore. Liječnik koji u roku ne uplati novčanu kaznu, ne može ostvarivati prava s osnova članstva u Komori, a naplaćanje kazne predstavlja težu disciplinsku povredu.

Ako je odlukom Časnog suda Komore liječnik oslobođen od odgovornosti, podnositelj zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka odnosno postupka za utvrđivanje nedostojnosti, dužan je naknaditi troškove branitelja, troškove svjedoka i vještaka te njihove putne troškove, nagradu punomoćnika podnositelja zahtjeva te naknade predsjednika i članova vijeća Časnog i Visokog časnog suda Komore i njihove putne troškove. Kad se protiv liječnika rješenjem obustavi postupak, troškovi postupka padaju na teret podnositelja zahtjeva. Ako je protiv liječnika donesena odluka kojom se odbija zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka zbog toga što je podnositelj zahtjeva do zaključenja glavne rasprave odustao od zahtjeva, troškovi postupka padaju na teret podnositelja zahtjeva. Ako je doneseno rješenje o obustavi postupka ili odluka kojom se odbija zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka zato što je nastupila zastara disciplinskog

progona zbog odugovlačenja postupka koji se ne može pripisati u krivnju podnositelja zahtjeva, troškovi postupka padaju na teret Komore.

Nezadovoljna strana, ili prijavitelj ili prijavljeni liječnik mogu izjaviti žalbu Visokom časnom sudu Hrvatske liječničke komore koji može odbaciti žalbu kao nepravovremenu ili kao nedopuštenu, odbiti žalbu kao neosnovanu i potvrditi odluku Časnog suda, uvažiti žalbu, ukinuti odluku Časnog suda prvog stupnja i vratiti predmet na ponovno raspravljanje i odlučivanje ili uvažiti žalbu i preinačiti odluku Časnog suda prvog stupnja. Protiv odluke Visokog časnog suda Komore nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

Za istaknuti je da pokretanje upravnog spora ne odgađa izvršenje odluke.

Javni ukor i privremeno oduzimanje odobrenja za samostalni rad (licence) brišu se iz evidencije kazni nakon šest godina od kada je odluka o kazni postala konačna, pod uvjetom da liječnik nije počinio novu povredu od konačnosti odluke, dok se ostale mjere, osim trajnog oduzimanja odobrenja za samostalni rad (licence) brišu se iz evidencije kazni nakon tri godine od kada je odluka o kazni postala konačna, pod uvjetom da liječnik nije počinio novu povredu od konačnosti odluke.

Podaci o mjerama i kaznama brisanim iz evidencije, ne mogu se davati niti koristiti u novom postupku, a protekom gore navedenih rokova liječnik, kojemu je izrečena disciplinska mjera ili kazna smatra se nekažnjavanim. Člankom 60. Pravilnika je propisano i da rehabilitirani liječnik ima pravo nijekati prijašnju kažnjavanost, nakon što je brisan iz evidencije kazni.

POKRETANJE POSTUPKA ZA UTVRĐIVANJE NEDOSTOJNOSTI LIJEČNIKA I DONOŠENJE ODLUKE SUDA KOMORE

Člankom 12.a Pravilnika propisano je da zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika mora biti u pisanom obliku te sadržavati naznaku da se zahtjev podnosi Časnom sudu Komore, ime i prezime liječnika protiv kojeg se pokreće postupak za utvrđivanje nedostojnosti, podatke o zaposlenju prijavljenog liječnika, ime i prezime podnositelja zahtjeva odnosno naziv podnositelja zahtjeva ukoliko je podnositelj pravna osoba, naziv suda koji je donio pravomoćnu osuđujuću kaznenu presudu, broj presude te naziv kaznenog djela za koje je liječnik proglašen krivim, prijedlog za izricanje odgovarajuće disciplinske mjere i presliku pravomoćne kaznene presude.

Valja naglasiti da se zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika podnosi Časnom sudu Komore, koji u postupku za utvrđivanje nedostojnosti liječnika ne provodi prethodni postupak već se, odmah po primitku zahtjeva podobnog za raspravljanje, zakazuje rasprava pred Časnim sudom Komore. Prethodno je već navedeno da je odredbom članka 11. Pravilnika propisano je da se postupak za utvrđivanje nedostojnosti liječnika, pokreće na zahtjev pacijenta odnosno druge osobe koja ima pravni interes, predsjednika Komore, nekog od tijela Komore te na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Zbog postupaka koji su se vodili i koji će se voditi pred Sudom Komore, valja istaknuti da je definicija nedostojnost liječnika propisana odredbom članka 8. Zakona o liječništvu prema kojoj se liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela, može, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti.

Dakle, zakonodavac je vrlo jasno propisao da se postupak za utvrđenje nedostojnosti liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela, može utvrditi nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti. Naglasak je na riječi „može“, što znači da se protiv liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela može ali i ne mora voditi postupak za utvrđenje nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti.

U postupku za utvrđivanje nedostojnosti liječnika, Sud komore će prije donošenja odluke, ispitati prijavljenog liječnika protiv kojeg je pokrenut postupak za utvrđivanje nedostojnosti, nakon čega će, imajući u vidu pravomoćnu osuđujuću presudu te iskaz prijavljenog liječnika, donijeti odluku da li se prijavljeni liječnika utvrđuje nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti ili će donijeti odluku kojom se liječnik oslobađa, odnosno ne smatra nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti. Ovu oslobađajuću odluku Časni sud može donijeti ukoliko procijeni da kazneno djelo nije takve težine i značaja da bi liječnik trebao biti proglašen nedostojnim.

Valja istaknuti da je dosadašnja praksa Suda komore zauzela stav da se za liječnika može utvrditi da je nedostojan za obavljanje liječničke djelatnosti samo ako se radi o kaznenim djelima koja su počinjena u svezi i za vrijeme obavljanja liječničke djelatnosti.

Odredbom članka 56. Pravilnika propisano je da se liječniku koji je proglašen nedostojnim može izreći disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) u skladu s odredbama toga Pravilnika.

Ovisno o vrsti kaznenog djela i posljedici koju je imalo, liječniku koji je proglašen nedostojnim, može se privremeno ili trajno ograničiti odobrenje za samostalan rad (licenca) i s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se liječnik smije baviti. Protiv odluke (upravnog akta) kojom se izriče disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

Dakle, sukladno Pravilniku, disciplinska mjera privremenog oduzimanja licence može se izreći u trajanju od mjesec dana do godine dana, ali se može izreći i uvjetno, s odgovarajućim rokom kušnje koji ne može biti kraći od šest mjeseci niti duži od dvije godine, a koji rok kušnje će se odrediti uzimajući u obzir težinu kaznenog djela za koje je liječnik osuđen. Konkretno, to znači da se liječniku licenca neće oduzeti ukoliko u vremenu kušnje ne počinu neku disciplinsku povredu, u kojem slučaju bi mu Časni sud Komore morao opozvati uvjetnu odluku i odrediti izvršenje mjere oduzimanja licence.

Osim navedenih disciplinskih mjera, propisano je i da se liječniku koji je proglašen nedostojnim može ograničiti licenca s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se liječnik smije baviti.

Protiv odluke (upravnog akta) kojom se izriče disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom, što znači da u konkretnom slučaju prijavljeni liječnik ne može izjaviti žalbu Visokom Časnom sudu Hrvatske liječničke komore, već može podnijeti tužbu nadležnom Upravnom sudu Republike Hrvatske.

Zakonom o liječništvu niti Pravilnikom nije određen rok do kojeg je moguće pokretati postupke za utvrđivanje nedostojnosti. Smatramo da je u tom slučaju primjenljiv Zakon o pravnim posljedicama osude, kaznenoj evidenciji i rehabilitaciji. Naime, svaka pravomoćno osuđena osoba upisana je u kaznenu evidenciju koju vodi Ministarstvo pravosuđa Republike Hrvatske. Svaka pravomoćno osuđena osoba nakon proteka zakonom određenog roka (tzv. *rehabilitacijski rok*) briše se iz kaznene evidencije rješenjem Ministarstva pravosuđa (rješenje o rehabilitaciji).

Trajanje spomenutih rehabilitacijskih rokova ovisi o vrsti i težini izrečene kazne pa tako, primjerice, rehabilitacija za osudu na kaznu zatvora do jedne godine ili na novčanu kaznu, nastupa protekom roka od tri godine od dana izdržane, zastarjele ili oproštene kazne, od dana isteka roka provjeravanja kod uvjete osude, od dana izvršenja rada za opće dobro te od dana pravomoćnosti odluke o oslobođenju od kazne. Stoga, valja zaključiti da se postupci za utvrđivanje nedostojnosti mogu pokretati samo dok je liječnik upisan u kaznenu evidenciju, te nakon donošenja

rješenja o rehabilitaciji, više nije moguće pokrenuti postupak za utvrđivanje nedostojnosti liječnika.

ZASTUPANJE PRED SUDOM HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Ovlašteni podnositelj zahtjeva može se sam zastupati, a može ga zastupati i punomoćnik u osobi odvjetnika.

Prijavljeni liječnik se ima pravo braniti sam ili uz stručnu pomoć branitelja kojega će sam izabrati iz reda odvjetnika. Sud Komore mora liječnika protiv kojega se pokreće postupak poučiti o njegovom pravu na obranu uz pomoć odvjetnika.

Odredbom članka 48. Pravilnika iznimno je dopušteno da u korist prijavljenog liječnika žalbu mogu podnijeti i njegov bračni i izvanbračni drug, rođak u uspravnoj liniji, zakonski zastupnik, posvojitelj, posvojenik, brat, sestra i hranitelj.

Važno je naglasiti da u disciplinskom postupku pred Sudom Komore nije obavezna obrana po službenoj dužnosti.

Josip Mađarić, odv.
Odvjetničko društvo „Mađarić i Lui“
Zagreb

ODGOVORNOST LIJEČNIKA I ZDRAVSTVENIH USTANOVA ZA LIJEČNIČKU POGREŠKU U SAD-U I HRVATSKOJ – KOMPARATIVNI PRIKAZ

UDK: 347.56 : 614.25

Primljeno: 24.veljače 2019.

Referat na znanstvenom skupu

1. UVOD

Liječnička pogreška i odgovornost liječnika za nju u zadnjih dvadesetak godina zauzimaju sve značajnije mjesto u raspravama kako u stručnim pravnim i medicinskim krugovima, među pacijentima i njihovim udrugama, tako i u najširoj javnosti. Svjedočili smo činjenici da osobitog interesa za tu temu u ranijim vremenima (ex Jugoslaviji) nije bilo, vijesti o liječničkim pogreškama nisu punile stranice medija, zasigurno ne zato jer se iste nisu događale, već se takvo stanje može objasniti određenim sociološkim razlozima, primarno zatvorenosti tadašnjeg društva, patrijarhalnosti, postojanju klasičnih autoriteta čiju se odgovornost nije diralo.

Kako su se početkom devedesetih prošlog stoljeća rušile granice svih vrsta, tako se i tema liječničke pogreške, s kojom se zapadni svijet ozbiljno suočio početkom šezdesetih, vrlo brzo i za ključne sudionike definitivno nenadano, polako našla u našim medijima, pred sudovima, zdravstvenim ustanovama, među liječnicima i pacijentima. Nitko od nabrojanih sudionika, izuzev možda medija, nije se najbolje snašao u novonastaloj situaciji, iskustava iz ranijeg perioda nije bilo, rješenja drugih zemalja nisu se usvajala, a niti ulazak u EU nije pridonio bitnijem poboljšanju stvari.

Nažalost, ni danas, podosta godina nakon što je tema odgovornosti liječnika za pogrešku zakucala na naša vrata, nemamo rješenja kako pomiriti razumljivo suprotstavljene početne pozicije zdravstvenog sustava, liječnika i pacijenata, sve usprkos činjenici da takva rješenja, bolja ili lošija, ali nikada idealna, postoje čak i u našem bližem susjedstvu.

Premda se zdravstveni i pravni sustavi SAD-a i Hrvatske u nekim svojim dijelovima podosta razlikuju, pitanje odgovornosti liječnika, pa čak i naknade štete, nadilazi te granice, puno toga korisnoga možemo od njih naučiti, oni su u svojim rješenjima primarno pragmatični. Naime, pitanje odgovornosti liječnika i naknade štete radi počinjene pogreške, prvo se, nakon završetka 2. svjetskog rata, počelo postavljati u SAD-u, temeljni principi te odgovornosti usvojeni su tamo, pa i sve aktualne promjene na tom polju kreću od njih, a Europa ih slijedi s par godina zaostatka. A mi ih uopće ne slijedimo, niti slijedimo sustav neke druge europske zemlje koji funkcionira.

2.VRSTE ODGOVORNOSTI - HRVATSKA

2.1.Građanska odgovornost (odgovornost za naknadu štete)

Kada se u razvijenim zemljama govori o odgovornosti liječnika, tada se primarno misli na odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova za naknadu štete oštećenom pacijentu koji je radi nekog propusta liječnika (njegovog postupanja protivno pravilima struke) pretrpio štetu, tj. radi se o klasičnom pojmu malpractice-a. To zato jer pravni sustavi tih zemalja, u pravilu, ne poznaju kaznenopravnu odgovornost liječnika za stručnu pogrešku koju počinje, već se usredotočuju na njen građanskopravni sadržaj, tj. na naknadu štete.

Liječnici i zdravstvene ustanove kod nas odgovaraju po općim pravilima za naknadu štete, dakle temelj te odgovornosti nalazi se u čl. 1045. Zakona o obveznim odnosima iz 2006.g. koji kaže da tko drugome uzrokuje štetu dužan je naknaditi je ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje. Identičan zakonski tekst sadržavao je i Zakon o obveznim odnosima iz 1978.g., pa se može reći da je sustav presumirane krivnje štetnika u Hrvatskoj prihvaćen već duži niz godina.

Ovo se napominje radi toga što se još uvijek u parnicama za naknadu štete događa da se zdravstvene ustanove postavljaju na način „neka tužitelji dokažu postojanje liječničke pogreške“, ne razumijući ili ne želeći razumjeti da je na njima teret dokaza da su njihovi liječnici u konkretnom slučaju u cijelosti postupali prema pravilima struke. U ranijim godinama takvog pristupa zdravstvenih ustanova je bilo to više, tako da je Ustavni sud RH u svojoj Odluci od 27.11.2007. zauzeo decidirani stav: „Bolnica za liječničku grešku odgovara po načelu presumirane krivnje, što znači da ona 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“.

Usprkos jasne zakonske odredbe i citiranog gornjeg stava Ustavnog suda, čak i u najnovije vrijeme neke zdravstvene ustanove ustraju na principu dokazane krivnje, pa tako u reviziji od 11.02.2019. protiv presude Županijskog suda u Rijeci (GŽ.-2380/16) zdravstvena ustanova navodi kako su niži sudovi trebali odbiti tužbeni zahtjev uz obrazloženje da tužitelji nisu dokazali liječničku pogrešku, a time ni osnov svojeg potraživanja. Drugim riječima, zdravstvena ustanova drži, potpuno pogrešno i suprotno od jasnog teksta čl. 1045. ZOO-a i citiranog stava Ustavnog suda, da je pacijent taj na kojem leži teret dokaza o postojanju liječničke pogreške. Ovakav pogrešni stav liječnika i zdravstvenih ustanova dobrim dijelom svoje uporište, po svemu sudeći, ima u njihovom shvaćanju i primjeni principa „presumirane nevinosti“ iz kaznenog prava na građansku odgovornost, te postavljaju pitanje „zašto ja moram dokazivati da sam sve učinio po pravilima struke, neka mi oni dokažu da sam učinio pogrešku“!

Za komparativni prikaz i odgovornost liječnika vrlo bitno je navesti i činjenicu da u Hrvatskoj za naknadu štete koju zaposlenik na radu ili u vezi s radom počinu trećoj osobi odgovara njegov poslodavac. Drugim riječima, za štetu koju liječnici zaposleni u zdravstvenim ustanovama tzv. javnog zdravstvenog sektora počinu za vrijeme pružanja zdravstvenih usluga pacijentima ne odgovaraju oni osobno, za takve štete odgovara njihov poslodavac, tj. zdravstvena ustanova u kojoj su zaposleni. Nastavno valja odmah navesti da za štete koje u pružanju zdravstvenih usluga pacijentima počinu liječnici u privatnom sektoru odgovaraju oni sami, odnosno privatne zdravstvene ustanove u kojima su oni zaposleni ili s njima imaju ugovorni odnos.

Poslodavac koji isplati štetu koju je počinio njegov zaposlenik ima pravo regresa, tj. potraživanja isplaćenog iznosa od zaposlenika koji je štetu počinio, no to u roku od šest mjeseci od isplate, te ako je zaposlenik tu štetu počinio namjerno ili iz krajnje nepažnje. Postupci u kojima zdravstvene ustanove pokreću regres protiv svojih liječnika koji su počinili pogrešku i pa su one morale isplatiti odštetu pacijentima izuzetno su rijetki, gotovo da ih nema.

Vrste i visina štete određeni su Zakonom o obveznim odnosima, Orijentacijskim kriterijima Vrhovnog suda Hrvatske i postojećom sudskom praksom. Oštećena osoba ima pravo na naknadu imovinske i neimovinske štete (povreda prava osobnosti), a u slučaju smrti ili naročito teškog invaliditeta, članovi njegove uže obitelji imaju pravo na pravičnu novčanu naknadu u skladu s važećom sudskom praksom.

Pri naknadi imovinske štete u postupcima vezanim uz liječničku pogrešku najčešće se radi o troškovima liječenja i rehabilitacije koji nisu pokriveni socijalnim osiguranjem, izdacima za ortopedska i slična pomagala, naknade za razliku u plaći

i primanjima na ime bolovanja za vrijeme spriječenosti za rad, rente kao razlike između plaće i invalidske mirovine, naknade za tuđu pomoć i njegu, odnosno svim izdacima koji su vezani uz smrt (sprovod) osobe preminule uslijed liječničke pogreške. Princip je da oštećenik ima pravo na naknadu svih materijalnih izdataka koje je imao ili će imati uslijed ozljede i štete koju je pretrpio, kao i na naknadu financijske koristi koja mu je izmakla radi npr. privremene ili trajne nesposobnosti za rad. U slučaju smrti njegova obitelj ima pravo na sve materijalne troškove vezane uz pogreb, a njegova djeca imaju do završetka redovnog školovanja pravo na rentu u iznosu kojeg bi on izdvajao za njihovo uzdržavanje i školovanje.

Naknada neimovinske štete radi povrede prava osobnosti oštećenom pacijentu ravna se prema važećoj sudskoj praksi, odnosno gore spomenutim Orijentacijskim kriterijima Vrhovnog suda Hrvatske. Oni su doneseni 2002.g. radi ujednačavanja visine sudske prakse na području čitave Hrvatske, jer je do tog vremena visina naknade u pojedinim područjima bila bitno različita, pa se tako npr. za istu ozljedu i težinu posljedica u Zagrebu ili Istri moglo dobiti i dvostruko višu naknadu nego u npr. Slavoniji ili Dalmaciji. Rečeni Kriteriji u potpunosti su postigli svoju svrhu, može se reći da su danas visine odšteta za neimovinsku štetu u Hrvatskoj ujednačene.

Pri odlučivanju o visini naknade neimovinske štete sud vodi računa o jačini i trajanju fizičkih boli, straha, duševnih boli zbog naruženosti i duševnih boli zbog smanjenja životnih aktivnosti (izražavaju se u postotku). Naknada za neimovinsku štetu kod manjih šteta koje ne ostavljaju trajne posljedice može iznositi nekoliko tisuća kuna, dok se ozljede i štete koje ostave najteže posljedice (npr. paraplegija, teška oštećenja mozga i sl.) naknađuju sa cca 1.000.000,00 kn (samo na ime neimovinske štete).

Za slučaj smrti bračnog (ili izvanbračnog druga) i djeteta dobiva se 220.000,00 kn, taj iznos dobiva i svako dijete koja je na skrbi kod roditelja, a ona koja su zasnovala vlastitu obitelj dobivaju 150.000,00 kn. Za smrt brata ili sestre dobiva se 75.000,00 kn, a pod određenim uvjetima to pravo mogu ostvariti i djed i baka. Istovjetne iznose (na ime duševnih boli) dobivaju i gore navedeni članovi uže obitelji osobe kod koje kao posljedica zaostaje izuzetno teški invaliditet (u sudskoj praksi, u pravilu, iznad 80%).

2.2.Kaznena odgovornost

Kada govorimo o kaznenoj odgovornosti liječnika, tada primarno na umu imamo kazneno djelo nesavjesnog liječenja opisano u čl. 181. Kaznenog zakona RH. Dakle, liječnik, stomatolog ili koji drugi zdravstveni radnik koji u obavljanju svoje djelatnosti primjeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, te očito

postupa nesavjesno i protiv pravila zdravstvene struke, pa na taj način prouzroči narušenje zdravlja pacijenta ili pogoršanje njegove bolesti, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine, a ako se radi o osobito teškim tjelesnim ozljedama ili smrti, zapriječena je kazna i do 12 godina zatvora.

Na ovome mjestu valja napomenuti važnu stvar: kaznenog djela nesavjesnog liječenja kako je gore opisano, dakle kao samostalno djelo – *delicta propria*, nema u zakonodavstvima zapadnih zemalja u kojima tražimo uzore i rješenja za rješavanje problema vezanih uz liječničku pogrešku. To, naravno, ne znači da liječnik ili zdravstveni radnik ne može biti kazneno odgovoran za najgrublje povrede pravila liječničke struke koje završavaju tragično (često se radi i o namjernim postupanjima), no oni se tada procesuiraju prema općim kaznenim djelima protiv života i tijela, nema samostalnog kaznenog djela nesavjesnog liječenja.

Postojanje ovog kaznenog djela kod nas zapravo je pravno „ex YU nasljeđe“ kojeg su kao samostalno djelo i dan danas zadržale sve države nastale raspadom Jugoslavije, od Slovenije (Kazenski zakonik, čl. 190. – malomarno zdravljenje) do Makedonije (Krivičen zakonik, čl. 208. – nesavesno lekuvanje bolni).

Vrlo se ozbiljno postavlja pitanje, posebice gledajući komparativno, svrhe postojanja tog kaznenog djela, prije svega u kontekstu činjenice da u Hrvatskoj nije donesena nijedna pravomoćna kaznena presuda prema kojoj bi liječnik (zdravstveni radnik) bio osuđen na bezuvjetnu zatvorsku kaznu. Donesene su dvije prvostupanjske, jedna je ukinuta i predmet vraćen na ponovni postupak, a druga je u žalbenom postupku. Najveća „kazna“ za okrivljene liječnike zapravo se ogleda u činjenici da se, u pravilu dugi niz godina, protiv njih vodi postupak, da sjede na optuženičkoj klupi, da im presuđuju mediji, te da su za čitav period trajanja postupka pod snažnim psihičkim stresom koji ih, vrlo često, „tjera“ u novu pogrešku ili krajnje defanzivnu medicinu. Nakon dugogodišnjih postupaka oni u daleko najvećem broju slučajeva bivaju oslobođeni kaznene odgovornosti ili (vrlo rijetko) dobe uvjetne osude.

S druge pak strane, a povezujući kaznenu i građansku odgovornost, valja primijetiti da se liječnici u svojim očitovanjima u građanskim postupcima za naknadu štete radi liječničke pogreške, jednostavno ne usude ni dati naznaku svoje odgovornosti, a kamoli priznati je, sve u strahu od činjenice da se sutra to njihovo priznanje stručne pogreške može upotrijebiti protiv njih u kaznenom postupku ili se čak isti može inicirati temeljem njihovog priznanja u parnici ili mirnom postupku u procesu sklapanja nagodbe.

Promatrajući, dakle, interakciju kaznenih postupaka i građanskih parnica, moramo konstatirati da vođenje dugotrajnih kaznenih postupaka protiv liječnika direktno šteti oštećenim pacijentima u postupku naknade štete i to iz najmanje dva razloga: kada se protiv liječnika vodi kazneni postupak tada građanski sudovi vrlo često (može se reći: u pravilu) određuju prekid građanskog postupka za naknadu štete do pravomoćnog okončanja kaznenog postupka. Obzirom na dugotrajnost takvih kaznenih postupaka, građanski predmeti stoje po nekoliko godina i čekaju dovršetak kaznenog postupka. Statistika govori o velikom broju oslobađajućih kaznenih presuda u postupcima protiv liječnika, pa kad ti postupci tako i završe, pacijenti su tek tada, nakon nekoliko (ili desetak) godina zapravo na početku, tj. tek tada kreće parnični postupak koji je bio u prekidu.

Nadalje, promatrajući one parnične postupke kod kojih se paralelno protiv liječnika-štetnika ne vodi kazneni postupak, nezaobilazni dio tog postupka je i saslušanje liječnika-štetnika kao svjedoka, odnosno prilaganje njegove izjave (očitovanja) koje je u vezi s nekim incidentnim događajem dao upravi zdravstvene ustanove kada ga je, najčešće po primitku tužbe, pozvala na očitovanje. Naime, dajući svoje očitovanje ili bivajući saslušan na sudu kao svjedok, liječnik čija se odgovornost propitkuje, pored nelagode radi ugrožavanja njegovog stručnog autoriteta, mora biti svjestan činjenice da bi njegovo eventualno priznanje stručne pogreške, moglo biti iskorišteno da se protiv njega pokrene kazneni postupak. Obzirom na činjenicu da se bolnice nikad (ili skoro nikad) ne odlučuju na sklapanje nagodbe sa pacijentom ako imaju izričitu izjavu svojeg liječnika da nije počinio nikakvu pogrešku, opet se dolazi u pat poziciju, tj. ne sklapa se nagodba, postupak za naknadu štete ide dalje, provode se vještačenja, pacijent opet ne može u razumnom roku doći do svoje naknade.

Zaključno bi se moglo reći da postojanje kaznene odgovornosti liječnika za stručnu pogrešku (kazneno djelo nesavjesnog liječenja) ne ispunjava svoju svrhu: liječnici u pravilu bivaju oslobođeni kaznene odgovornosti, a njihova bojazan od kaznenog progona direktno šteti i pacijentima koji teže dolaze do odštete jer liječnici odbijaju priznati čak i evidentne greške, tako da su nagodbe u takvim parnicama vrlo, vrlo rijetke.

Ne bi trebalo biti mjesta kaznenoj odgovornosti za stručnu pogrešku (osim u drastičnim slučajevima), stručna se pogreška treba ozbiljno procesuirati putem Liječničke komore odnosno tijela samih zdravstvenih ustanova, a što bi sve otvorilo vrata nagodbi kao civiliziranom načinu rješavanja sporova.

2.3.(Ne)obavezno osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti

U čl. 155. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. predviđena je obveza poslodavca da sve zdravstvene radnike koji neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu osigura od štete koja bi mogla nastati u provođenju zdravstvene zaštite.

Ostavimo li po strani nomotehničku insuficijentnost citirane odredbe, ostaje doista otvoreno pitanje da li je profesionalno osiguranje liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika u RH obavezno ili nije. Čitajući (loš) zakonski tekst, nekako bi se nametao pozitivan odgovor, no ako se sa stručnog pravno-osigurateljnog aspekta ova odredba analizira, odgovor je zapravo negativan: u RH osiguranje liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika NIJE obavezno. Nije obavezno radi toga što nisu navedene najniže svote na koje se osiguranje mora zaključiti, krug osoba koje podliježu osiguranju je nedovoljno jasno naveden, te nema sankcije ako se ugovor o takvom osiguranju ne zaključi. Ima li se u vidu da je citirani član zapravo prepisan čl. 124.st.4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2013., biti će da su mjerodavni u proteklih pet godina uspješno odolijevali i na kraju odoljeli dobronamjernim upozorenjima iz stručnih pravno-osigurateljnih krugova da je citirana odredba neprimjenljiva i suvišna.

Gore opisana situacija pokazuje posvemašnje nerazumijevanje i neprepoznavanje svih benefita koje sobom donosi dobar i uravnotežen sustav obaveznog osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti. Obavezno osiguranje profesionalne odgovornosti liječnika na ciljane i dostatne svote pokriva temeljna je sastojnica pravnih sistema svih država koje su dobro (ili bolje) ustrojile funkcionirajući sustav naknade štete radi liječničke pogreške.

Zdravstvene ustanove (ili liječnici) u svim zapadnim zemljama zaključuju osiguranje od profesionalne odgovornosti na dostatne svote, bilo da su to zakonski obavezni, bilo da je to tržišna nužnost. Za slučaj tužbe ili odštetnog zahtjeva aktivira se policia, tj. obavještava se osiguratelj koji se postavlja kao svojevrsni štit pred zahtjevom pacijenta, te u suradnji sa ustanovom ili liječnikom preuzima vođenje parnice na svoj rizik i trošak. Radi toga velika većina postupaka za naknadu štete završava nagodbama. Naravno da je osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti skupo, no niti jedna ozbiljna bolnica si ne može priuštiti rizik potpunog i samostalnog preuzimanja isplate naknade štete radi liječničke pogreške.

Pored sustava obaveznog osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti u skandinavskim je zemljama u primjeni tzv. „no fault“ sustav koji je dobar, no za nas je daleko preskup i kao takav je nedostižan, mogu si ga priuštiti samo zemlje najvišeg socijalnog standarda (nemaju ga čak ni jedna Švicarska,

Njemačka, Austrija...). On počiva na principu sudjelovanja svih (pacijenata, liječnika, lokalne zajednice) u participiranju novčanim iznosima u financiranju fonda iz kojeg se isplaćuju odštete. Najveći broj grešaka (iznad 55%) prijavljuju sami liječnici, pacijenti u 99% zadovoljni visinom odštete, sporovi su izuzetno rijetki, kad bi si ga i mogli priuštiti bili bi neophodni bitni i brojni zahvati u naša zakonska rješenja.

3.VRSTE ODGOVORNOSTI - SAD

3.1.Građanska odgovornost u SAD-u

Prije svega valja napomenuti da su SAD zemlja anglosaksonskog pravnog kruga, zemlja tzv. precedentnog prava gdje je sudska praksa najvažniji izvor prava, a zakonske intervencije u domeni naknade štete su više nego rijetke. U pogledu određenih pravnih pitanja i stavova sudovi sude na jednak ili približno jednak način tako dugo dok se sveukupne okolnosti u društvu u pogledu određenog pravnog problema ili pitanja ne promijene u toj mjeri da zahtijevaju drugačije rješenje. U domeni naknade štete pojedini sudski presedani, kao npr. za pitanje šteta koje nastanu uporabom opasne stvari, stari su više od 150 godina. Pojavom pitanja liječničke pogreške, dakle početkom šezdesetih godina, američki su se sudovi našli pred novom problematikom za koju nije bilo rješenja u dosadašnjoj sudskoj praksi.

Kasnih šezdesetih i osobito sedamdesetih godina prošlog stoljeća, američka je sudska praksa iznjedrila brojne odluke koje se tiču temeljnih pitanja malpracticea, tako da najveći broj presedana prema kojima se ta materija i danas sudi potiče iz tog razdoblja.

Najveća razlika između SAD-a i Hrvatske u pogledu građanske odgovornosti za štetu ogleda se u činjenici da je ona u SAD-u osobne naravi, tj. liječnik za štetu oštećeniku odgovara osobno (kao fizička osoba). Uz ispunjenje određenih uvjeta, kao što npr. loša organizacija rada, neuspravni uređaj ili nešto drugo što bi je moglo teretiti, uz liječnika za štetu pacijentu odgovara i bolnica, no takvi su primjeri relativno rijetki. Drugim riječima, ako je liječniku bolnica omogućila sve što je potrebno za normalan rad i obavljanje njegovog posla, no on usprkos toga počinio pogrešku, obveza naknade štete leži isključivo na njemu.

Komparativno gledajući vrlo bitno se razlikom ukazuje pitanje tereta dokaza parničnih strana. Naime, kao što je ranije navedeno, naše se pravo odlučilo za princip pretpostavljene krivnje štetnika, što znači da on, u ovom slučaju

zdravstvena ustanova, mora dokazati da su njeni liječnici u svemu postupali u skladu s pravilima struke, te da do štete nije došlo zbog nečega što bi im se moglo staviti na teret.

U američkom pravu pacijent-oštećenik je taj koji mora dokazati sve sastojnice potrebne za naknadu štete, što znači da je, pored dokazivanja odnosa liječnik-pacijent, uzročne veze i visine štete, upravo pacijent taj koji mora dokazati da je liječnik napravio pogrešku, dakle radi se o principu dokazane, a ne pretpostavljene krivnje.

Izuzetak od gornjeg pravila nalazimo u vezi sa tzv. „res ipsa loquitur“ (stvari govore same za sebe) doktrinom, koja kaže da je na liječniku teret dokazivanja da nije odgovoran za štetu, ako postoje okolnosti koje evidentno upućuju na krivnju liječnika, kao što je npr. situacija kada iza operacije u tijelu pacijenta zaostane kakav kirurški instrument ili neki njegov dio.

U situaciji striktno osobne odgovornosti liječnika vremenom se vrlo problematičnim postavilo pitanje odgovornosti kod timskog rada, npr. tko je od više operatera iz tima odgovoran za štetu koja je nastala pri nekoj operaciji. Ovdje se primjenjuje tzv. „captain of the ship“ doktrina po kojoj je za štetu odgovoran šef kirurške ekipe koji, ako se hoće ekskulpirati, mora dokazati da je moguća pogreška isključivo prouzročena radnjom nekog člana ekipe, na koju on kao šef tima, niti na koji način nije mogao utjecati.

Promatrajući procesno, ponajveća razlika u odnosu na stanje kod nas je postojanje tzv. *pretrial* suđenja. Naime, da bi oštećenik uopće postigao da njegov predmet bude predmetom suđenja, on mora proći *pretrial* postupak, moglo bi se reći da mora preskočiti „kvalifikacijsku visinu“. Na tom suđenju sud razmatra tužbu oštećenika uz koju je obavezno priloženo ekspertno mišljenje koje govori u prilog njegovih navoda da je pretrpio štetu uslijed liječničke pogreške. Argumentima tužitelja suprotstavlja se liječnik svojim ekspertnim mišljenjem i drugim dokazima. Na tom *pretrial* suđenju, sudac donosi odluku da li će tužbu pustiti u daljnju sudsku proceduru ili će tužbu odbaciti, sve ovisno o tome da li ga je tužitelj u dovoljnoj mjeri uvjerio da njegova tužba ima smisla i temelja, tj. da li ista zapravo zavređuje da uđe u proceduru glavnog procesa. Sudac koji je donio odluku o tome na *pretrial* suđenju ne može biti sucem u glavnom procesu. Ako sudac odluči da tužba zavređuje biti puštena u daljnju proceduru, na tom se ročištu određuju svi dokazi koji će se provoditi na glavnoj raspravi, kasnije u procesu nema predlaganja novih dokaza, sve u cilju da se postupak što prije dovrši.

Na opisani način racionalno američko pravosuđe prije procesuiranja i pokretanja cjelokupne procedure u glavnom suđenju, napravi ozbiljnu selekciju i eliminira velik broj predmeta koji nemaju ni temeljenih uvjeta da budu ozbiljno

razmatrani pred sudom, sve u cilju da se ne pokreće izuzetno skupi sudski aparat da bi se raspravljalo o predmetima koji nisu ozbiljno pripremljeni i potkrijepljeni valjanom stručno-medicinskom ekspertizom.

Kada tužba bude puštena u daljnji postupak, počinje pravo suđenje, vrši se odabir porote, a postupak traje neprekidno dok se ne izvedu svi dokazi, postupci u kojima se radi o velikim vrijednostima spora traju do cca četiri tjedna, nakon čega porota donosi, a sudac objavljuje presudu. Ključni dio rasprave je „obračun“ odvjetnika i stručnih svjedoka (*expert witness*), tj. liječnika eksperata od kojih jedni svojim stručnim mišljenjima nastoje sud uvjeriti da se radi o liječničkoj pogrešci, dok odvjetnici i stručni svjedoci koji su na strani liječnika nastoje sud i porotu uvjeriti da nije bilo liječničke pogreške.

Visinu i vrstu odšteta također određuje sudska praksa, tu svakako valja spomenutu institut tzv. *punitive damage*, tj. kaznene odštete. Ako okolnosti predmeta to govore i ako je greška počinjena uz veliki stupanj nemara liječnika, tada sudovi mogu tuženika obvezati na plaćanje dodatne (kaznene) odštete koja ponekad zna biti i veća od građanske odštete.

Statistički gledano, liječnici su uspješniji u tim sporovima, otprilike 2/3 svih sporova završava u njihovu korist, bilo da ih sud u startu (pretrial) odbaci, tužitelji tužbe povuku prije kraja suđenja ili konačne presude idu u njihovu korist.

On što je interesantno i bitno različito od naše prakse je rješenje one 1/3 predmeta u kojima uspijevaju tužitelji-pacijenti. Od svih tih predmeta u svega 3% slučajeva sud je u prilici donijeti presudu u korist tužitelja, jer u svim ostalim predmetima tužitelji i tuženi liječnici (iza kojih stoji osiguravajuće društvo) sklope nagodbu. Kada i zašto sklope nagodbu? Sklope ju kada tuženi liječnik, njegov odvjetnik i osiguravajuće društvo tijekom parnice vide i procijene da im stvari ne idu na ruku, da je gubitak spora izgledan, pa tada nude nagodbu tužiteljima, sve u cilju smanjenja iznosa odštete i troškova, podrazumijeva se da će tužitelji također odustati od dijela svojeg potraživanja.

Nekako se sama od sebe nameće usporedba s našom situacijom: dok se u SAD-u nagodba koristi kao moćan instrument rješenja spora, smanjenja isplate i uštede, kod nas ona još uvijek nije alat kojeg bi bolnice koristile za postizanje iste svrhe. Dapače, moglo bi se reći da je situacija gotovo obrnuta, daleko manje od 3% predmeta završava nagodbom, čeka se sud da nakon desetaka godina suđenja donese presudu, a zatezne kamate teku tijekom cijelog trajanja spora.

3.2.Osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti

Osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti u SAD-u je obavezno, a to je i razumljivo u sustavu osobne odgovornosti liječnika za štetu. Premija

osiguranja ovisi o specijalnostima liječnika, skuplja je kod specijalnosti koje su više utužive (ginekologija, neurokirurgija, hitna, obiteljska, pedijatrija, interna...), a također se bitno razlikuje od pojedine savezne države u kojoj liječnik radi. Prosječna premija za npr. ginekologa na Floridi je cca 270.000.-USD, u sjevernim savezima državama premija je bitno niža, a može se postaviti pravilo da liječnici cca 20-25% svojih godišnjih prihoda izdvajaju za premiju osiguranja. Te se premije bitno povećavaju ako liječnik počinji pogrešku i osiguravajuće društvo isplati odštetu, čak do te mjere da liječnici napuštaju zanimanje jer ne mogu platiti premiju osiguranja.

Obzirom na činjenicu da i bolnice u određenim situacijama mogu odgovarati za odštetu, obavezno je i osiguranje bolnica koje pak ovisi o nizu faktora (veličina, specijalnost bolnica, broj liječnika po pojedinim specijalnostima, etc...)

3.3.Kaznena odgovornost liječnika u SAD-u

Kao što je uvodno bilo rečeno u SAD-u, kao ni u drugim zapadnim zemljama, nema kaznene odgovornosti liječnika za stručnu grešku koju počinje, tj. nema samostalnog kaznenog djela nesavjesnog liječenja kako ga mi poznajemo. Važi maksima „no shame, no blame“, no definitivno bi mogli dodati „but pay“.

Naravno da to ne znači da liječnik ne može biti kazneno odgovoran ako se u njegovom postupku stječu elementi općeg kaznenog djela protiv zdravlja i života ljudi, no to su rijetke situacije koje najčešće imaju patološka obilježja ponašanja liječnika i nisu predmet rasprave o liječničkoj pogreški. Ako liječnik neće kazneno odgovarati za stručnu pogrešku, ono za što će sigurno kazneno odgovarati je falsificiranje medicinske dokumentacije, i tu ima najviše kaznenih postupaka protiv liječnika.

Ako već nema kaznene, izuzetno je naglašena disciplinska odgovornost liječnika pred strukovnom Komorom, stječe se dojam da zapravo ta disciplinska odgovornost zamjenjuje kaznenu, i to vrlo uspješno. Naime, za slučaj počinjenja pogreške protiv liječnika se pokreće disciplinski postupak pred Komorom, o čemu se pisano obavještava NPDB (National Practitioner Data Bank), centralna baza podataka SAD-a u koju, pod prijetnjom visoke novčane kazne, svaka bolnica mora prijaviti svaki događaj (tužba, odštetni zahtjev, disciplinska prijava, presuda, etc...) koji može biti od administrativnog značaja za obavljanje liječničkog zanimanja, a ne tiče se same struke. Disciplinske kazne se kreću od opomena do gubitka licence, a plaćanje relativno visokih troškova postupka je redovito kod disciplinske osude. Posebno je interesantna mjera tro ili šestoro mjesecne suspenzije licence uz obavezu da liječnik, po posebnom programu, za vrijeme suspenzije samo formalno radi, ne prima plaću, već kao promatrač prisustvuje

i gleda onaj postupak pri kojem je napravio pogrešku (npr. operativni zahvat). Ovaj period bez licence, plaće i prava na rad često puta je diskvalifikatoran za liječnike, jer biti toliko van struke često je nenadoknadivo u karijeri.

No najveća „kazna“ po liječnike koji griješe stiže u vidu bitno povećane premije osiguranja za njih (a i za bolnicu), tako da mnogi napuštaju liječnički posao jer ne mogu platiti takvu povećanu premiju. Sustav je zapravo tako posložen da eliminira one koji griješe i tu nema nikakve solidarnosti među liječnicima, vrana vrani oči definitivno kopa, bolnice jednostavno ne žele liječnike koji griješe jer tada osiguravajuća društva i njima povećavaju premiju.

4. ZAKLJUČNO

U proteklom periodu od vremena kada se pitanje malpracticea pojavilo i u Hrvatskoj, ni jedna administracija, a ni stručne udruge liječnika, nisu napravile dovoljno da se pridružimo zemljama koje su uspjele izgraditi održiv sustav naknade štete radi liječničke pogreške. Kao i na početku, i danas je mirno rješenje spora gotovo nepoznat pojam u poslovanju bolnica, sve se prepušta sudovima koji sude kako sude i u vremenu u kojem sude.

Valjalo bi uvesti obavezno osiguranje liječnika (zdravstvenih ustanova) od profesionalne odgovornosti, odrediti najnižu svotu osiguranja na dostatni iznos i to uravnotežiti za sve zdravstvene ustanove u Hrvatskoj. Benefiti osiguranja od odgovornosti, financijski i svaki drugi, trebali bi biti poznati svakome tko donosi krucijalne odluke za funkcioniranje cjelokupnog zdravstvenog sustava.

Valjalo bi nadalje ukinuti kazneno djelo nesavjesnog liječenja kao samostalno djelo, odgovornost za stručnu pogrešku mora biti procesuirana na ozbiljan način pred Komorom, a ne pred krivičnim sudom. Nije za očekivati da će kazneno djelo biti ukinuto, a da istovremeno neće jačati disciplinska odgovornost pred Komorom. Ukidanje kaznenog djela nesavjesnog liječenja zasigurno bi blagotvorno djelovalo i potaknulo mnoge liječnike koji su možda svjesni da su počinili pogrešku da je uporno ne negiraju i na taj način omoguće pacijentima prije doći do nagodbe i odštete, jer im nad glavom više ne bi visio Damoklov mač kaznene odgovornosti.

Zaključno i pojednostavljeno: da bi se stanje promijenilo nabolje, da bi se o liječničkoj pogrešci govorilo s manje žući, adrenalina i medija, valja preuzeti i prilagoditi rješenja onih zemalja od kojih smo učili i medicinu i pravo.

Korištena literatura i izvori:

1. Kazneni zakon Republike Hrvatske – Narodne novine. – 118/18
 2. Kazenski zakonik Republike Slovenije – Uradni list RS – 27/17
 3. Krivičen zakonik na Republika Makedonija – Služben vesnik – 132/14
 4. Zakon o obveznim odnosima – N.N. – 35/05; 41/08; 125/11; 29/18
 5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti – N.N. – 118/18
 6. Komentar zakona o obveznim odnosima – Vilim Gorenc i dr., Narodne novine, Zagreb, 2014.
 7. Odštetno pravo – Petar Klarić, Narodne novine, Zagreb, 2003.
 8. Medical malpractice – Frank McClellan, Temple University Press, Philadelphia, 2000.
- Josip Mađarić, odv. Odvjetničko društvo „Mađarić i Lui“, Zagreb

**PRIKAZI, SAŽETCI
I PREZENTACIJE**

Prof. dr. sc. Renata Perić
Dekanica Pravnog fakulteta
Sveučilišta u Osijeku
Silvija Dološić, univ.spec.iur.

INFORMACIJSKE POTREBE OBOLJELIH OD ALZHEIMEROVE BOLESTI I ČLANOVA NJIHOVIH OBITELJI- PRIKAZ ZNASTVENOG PROJEKTA

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Alzheimerova bolest je bolest i izazov 21. stoljeća. Prema podacima Alzheimer's Disease International u svijetu trenutno 50 milijuna osoba boluje od ove bolesti, a u Hrvatskoj je oko 90 000 oboljelih o kojima se brine oko 200 000 njegovatelja i članova obitelji. Alzheimerova bolest je dugotrajna bolest koja prolazi kroz brojne faze i zahtijeva stalnu razmjenu kvalitetnih informacija između bolesnika, njegovatelja, medicinskog osoblja i raznih drugih dionika pri donošenju odluka kritičnih za dobrobit oboljelih i članova njihovih obitelji. Zbog toga informiranost o Alzheimerovoj bolesti, predstavlja ključni element sustavne podrške. U ak. godini 2018/2019. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku financira znanstveni projekt pod naslovom "Informacijske potrebe oboljelih od Alzheimerove bolesti i članova njihovih obitelji" čiji je cilj utvrditi informacijske potrebe osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i njihovih njegovatelja te ispitati s kojim se problemima susreću u ostvarivanju svojih financijskih, socijalnih, mirovinskih, nasljednih, zdravstvenih i drugih prava. Istovremeno, ispitat će se mogućnost primjene informacijske tehnologije u osiguravanju dostupnosti relevantnih informacija te analizirati poteškoće vezane uz postupak realizacije navedenih prava. Podaci će se prikupiti metodom anketnog upitnika, polu-strukturiranim intervjuima i fokus grupama među članovima udruge "Memoria" u Osječko-baranjskoj županiji. Rezultati provedenog istraživanja bit će iznimno relevantni i korisni za sve dionike uključene u diseminaciju informacija i pružanje podrške oboljelima, a posebno udrugama oboljelih od Alzheimerove bolesti koje neposredno pružaju podršku oboljelima i članovima, zdravstvenim ustanovama i visokoškolskim ustanovama iz područja medicine koje će senzibilizirati buduće liječnike o promjenjivim informacijskim potrebama spomenute populacije i ukazati na potrebu prilagođavanja njihovog pristupa, narodnim knjižnicama i drugim informacijskim ustanovama koje diseminiraju zdravstvene informacije u svojim lokalnim zajednicama. U istraživanju sudjeluje interdisciplinarni tim znanstvenika (S. Dološić (Udruga Memoria, Osijek), S. Erdelez (Simmons Sveučilište, SAD), S. Faletar Tanacković (Filozofski fakultet Osijek), R. Perić (Pravni fakultet, Osijek), K. Petr Balog (Filozofski fakultet Osijek), S. Škrinjarčić Cincar (Medicinski fakultet, Osijek), S. Butković Soldo (Medicinski fakultet, Osijek) koji će svojim kompetencijama i iskustvima doprinijeti holističkom sagledavanju istraživačkog problema. Zbog pandemijskih razmjera ove bolesti očekuje se da će projekt pridonijeti učinkovitijem razumijevanju navedene problematike i razvijanju znanstvene metodologije primjenjive na globalnoj razini.

Ključne riječi: *Alzheimerova bolest, informacijske potrebe, prava, oboljeli, članovi obitelji.*

Prof.dr.sc. Goran Hauser
Fakultet zdravstvenih studija, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci,
Zavod za gastroenterologiju, KBC Rijeka
Prof.dr.sc. Alan Šustić
Fakultet zdravstvenih studija, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci
Klinika za anesteziologiju i intenzivno liječenje, KBC Rijeka

***TASK SHIFTING* – PRENOŠENJE OVLASTI UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA**

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Uvod

Task shifting je racionalna redistribucija zadaća među zdravstvenim djelatnicima. Ime je to za proces u kojem su specifične zadaće premještene, kada je to prikladno, na zdravstvene djelatnike koji imaju kraće obrazovanje i manje kvalifikacije, ali koje su još uvijek dovoljne da se usluga za pacijenta adekvatno obavi. To naravno ne znači snižavanje kvalitete usluge. Time se dobiva poboljšana dostupnost usluge, a to je često puno značajnije od formalne razine usluge (liječnik vs medicinska sestra). Time zdravstveni sustav postaje učinkovitiji i kadrovi u zdravstvu prestaju biti usko grlo u procesu zdravstvenih usluga. Ukoliko se pojavi potreba za specifičnim vještinama moguće su dodatne, specifične, edukacije temeljenje na stjecanju kompetencija.

Rasprava

Potreba za prenošenjem ovlasti nastala je kao odgovor na nedostatak zdravstvenih radnika diljem svijeta. Deficit kadra je globalno problem. U manje razvijenim zemljama je to zbog manjeg broja liječnika i velikog nataliteta, a u razvijenim zemljama zbog starenja populacije i sve većih potreba koje proizlaze iz uvođenja novih metoda. Jasno je da učinkovit zdravstveni sustav ovisi o postojanju dovoljnog broja dostupnih kadrova s adekvatnim vještinama na pravom mjestu u pravo vrijeme. Specifične se zadaće , kada je to prikladno, prebacuju s visoko educiranih kadrova, liječnici, na manje kvalificirane kadrove s kraćim obrazovanjem (prvostupnice sestrinstva), ali koji posjeduju određene specifične vještine npr. sestre koje obavljaju samo ultrazvučne preglede, dijagnostičke endoskopske pretrage i sl.

Zaključak

Reorganizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava sukladno prenošenju ovlasti može značajno poboljšati učinkovitost sustava i smanjiti nedostatak liječnika. Prenos ovlasti (*Task shifting*) predstavlja vraćanje izvornim principima zdravstvenog sustava u kojem je usluga dostupna, podjednaka i kvalitetna. Kadrovi kao što su ljekarnici, ljekarnički tehničari, laboranti, pa čak i administrativni djelatnici mogu biti uključeni u proces prijenosa ovlasti.

Ključne riječi; *Task shifting; Prijenos ovlasti; Zdravstveni sustav*

Dr. sc. Marija Perić, dr. med. spec.
Linda Rossini Gajšak, dr. med., spec.
Vesna Štefančić, dr. med., spec.
Marlena Ljubičić, dr.med.

KULTURA NENASILJA NAD DJELATNICIMA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA -preporuke Hrvatske liječničke komore-

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Tijekom godina svjedoci smo povećane učestalosti nasilnih događaja nad zdravstvenim osobljem u zdravstvenim ustanovama. Tragom novonastalih okolnosti Hrvatska liječnička komora provela je istraživanje „Nasilje nad liječnicima“ kako bi prikupila temeljne informacije o raznim oblicima nasilja kao sve češćim problemom s kojim se susreću njezini članovi. Cilj ankete bio je prikupiti informacije o doživljenom nasilju, percepciji raznih oblika nasilja i uzrocima istog, a kako bi se dobio inicijalan prikaz trenutnog stanja u sustavu zdravstva.

Rezultati online ankete provedene u sklopu istraživanja u razdoblju od rujna do studenog 2016. godine pokazali su kako je čak 93% liječnika doživjelo neki oblik verbalnog ili fizičkog nasilja na poslu.

Kako bismo bili u mogućnosti projektirati modele za smanjenje broja nasilničkih događaja u zdravstvenim ustanovama posjetili smo St Thomas' Hospital u centralnom Londonu te British Medical Association i upoznali se s konkretnim mjerama sprečavanja nasilja u ovoj bolnici i mjerama koje Britanska zdravstvena organizacija provodi kako bi se incidencija nasilja u Britaniji smanjile.

Definirali smo uzroke nastanka i posljedice nasilničkog ponašanja, te pravni i strateški okvir i mehanizme zaštite od nasilja i preporuke za prevenciju nasilja u zdravstvenim ustanovama.

Ključne riječi: *nasilje, zdravstveni djelatnici, zdravstvene ustanove*

Iva Lončarić, univ.mag.admin.sanit,dipl.physioth
Klinički zavod za rehabilitaciju i ortopedska pomagala,
Klinički bolnički centar Zagreb; Hrvatska komora fizioterapeuta, Zagreb

VOĐENJE FIZIOTERAPEUTSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU KAO INDIKATOR KVALITETE U FIZIKALNOJ TERAPIJI

Primljeno: 20. veljače 2019.

Dokumentacija predstavlja zakonom određen standard fizioterapeutske profesije i argument je kvalitete fizikalne terapije u sustavu zdravstvene zaštite. Fizioterapeutska dokumentacija sadrži elemente koji detaljno opisuju interakciju između fizioterapeuta i pacijenta te funkcionalni status pacijenta, a uključuje; početnu procjenu i fizioterapeutsku dijagnozu, dugoročne i kratkoročne ciljeve, plan intervencije, očekivani ishod liječenja, (re)evaluaciju te dokumentirani otpust pacijenta.

Početna procjena je prvi dokumentirani korak u fizioterapijskoj skrbi kojom se subjektivno kroz razgovor i anamnezu te objektivno kroz primjenu specifičnih testova i mjerenja, prikupljaju i analiziraju podaci prema kojima fizioterapeuti identificiraju problem te postavljaju fizioterapeutsku dijagnozu. Fizioterapeutska dijagnoza kao ishod kliničkog zaključivanja uključuje po potrebi i dodatne informacije od drugih zdravstvenih stručnjaka, a izražava se razinom oštećenja odnosno onesposobljenja kroz kategorije; tjelesnih struktura i funkcija, aktivnosti i participacije te osobnih i okolišnih čimbenika. Postavljanje fizioterapeutske dijagnoze slijedi segment interakcije gdje fizioterapeut u dogovoru s pacijentom utvrđuje ciljeve ishoda fizioterapije te očekivani ishod liječenja, razinu optimalnog poboljšanja koje može biti postignuto i vrijeme potrebno da se ono dostigne. Plan fizioterapeutske intervencije razvija se, primjenjuje i prilagođava prema potrebama unaprijed dogovorenih ciljeva i čvrsto je podržan istraživanjima. Intervencija je prije svega koordinirana interakcija, uključuje jedan ili više modaliteta fizikalne terapije, a predstavlja primjenu temeljnih do najsloženijih oblika fizioterapijske intervencije, od edukacije pacijenta ili terapije pokretom do samostalnih postupaka kod invazivne i neinvazivne mehaničke ventilacije pacijenata. Reevaluacija funkcionalnog statusa bolesnika tijekom i na kraju ciklusa fizioterapijske skrbi uključuje analizu rezultata standardiziranih i pouzdanih testova čime se dobivaju objektivne mjere ishoda procesa fizioterapije. Očekivani ishod koji je nastao kao rezultat fizioterapijske skrbi ili pak premještanje pacijenta na drugu razinu zdravstvene skrbi, predstavljaju čin opravdanog otpuštanja zabilježenog u fizioterapeutsku dokumentaciju pacijenta.

Fizioterapeutska dokumentacija je sredstvo prikaza usklađenosti procesa sa svim stručnim, profesionalnim i zakonskim propisima. Bilježenje podataka o zdravstvenome stanju pacijenata i reakcijama na liječenje u bazama podataka o pacijentima koristi se za razmjenu tih podataka s drugim zdravstvenim stručnjacima radi nastavka cjelokupne njege a može biti dokaz u slučaju postojanja ikakve pravne situacije ili u potražnji naknade od trećih strana. Vođenje i sadržaj fizioterapeutske dokumentacije prema standardima profesije služi nam kao indikator kvalitete u fizikalnoj terapiji iz kojeg je moguće procijeniti kliničku djelotvornost, sigurnost, učinkovitost, menadžment, orijentiranost na pacijenta i status osoblja, te osigurava procjenu adekvatne financijske naknade za razinu pruženih usluga.

Ključne riječi: *fizikalna terapija, dokumentacija, indikatori kvalitete*

Mirjana Grubišić, mag. physioth.
Hrvatska komora fizioterapeuta, Zagreb

TEMELJNA PRAVA PACIJENTA/KORISNIKA U FIZIKALNOJ TERAPIJI

Primljeno: 20. veljače 2019.

Temeljna Prava pacijenta/korisnika u fizioterapiji su:

- Pravo na kvalitetne usluge fizikalne terapije - pružanje usluga bez diskriminacije, uz slobodu kliničke i etičke procjene, te profesionalne prosudbe fizioterapeuta, traženje drugog mišljenja, tretiranje u skladu s najboljim interesima, slobodan izbor fizioterapeuta, zastupanje.

- Pravo na informacije - pravo na dostatnu informaciju, odbijanje pregleda/procjene/intervencije/tretmana bez utjecanja na nastavak liječenja, informacije o zabilješkama u fizioterapeutskom kartonu, o fizioterapijskim smjernicama, troškovima usluga, fizioterapijskim ciljevima, željenim rezultatima i fizioterapijskim postupcima koji će biti pruženi, pravo odlučiti tko bi trebao biti informiran u njegovo ime, raspravu o opcijama fizioterapijskih intervencija, informaciju o značajnim koristima, rizicima i nuspojavama, dobiti razumljivu informaciju u odnosu na pacijentovu kulturološku razinu i religijsko uvjerenje, dobiti informaciju u svezi žalbenih procedura, te izjaviti žalbu.

- Pravo na informirani pristanak - pravo na davanje ili uskraćivanje informiranog pristanka za vrstu i prirodu fizikalne terapije da bi ista bila pružena, znati svrhu bilo kojeg pregleda/procjene ili intervencije/tretmana, znati rizik vezan s predloženom intervencijom/tretmanom, znati očekivanu korist od intervencije/tretmana, znati koje su primjerene alternativne intervencije/tretmane, znati posljedice uskraćivanja pristanka, pravo na samoodređenje, te donijeti slobodnu odluku vezano za sebe znajući posljedice svoje odluke.

- Pravo na povjerljivost - pravo na tajnost bilo koje informacije koja je pribavljena od njega/nje osim ako nije dan izričiti pristanak ili je to izričito zakonom predviđeno.

- Pravo na pristup informacijama - pravo pristupa svim informacijama koje čuva fizioterapeut vezano uz pacijenta, biti obaviješten kada su njegovi podaci o fizikalnoj terapiji prebačeni u bazu podataka, te zahtijevati ispravak ili brisanje netočnih podataka.

Pravo na zdravstvenu edukaciju - pravo na zdravstveno obrazovanje koje će pacijentu pomoći u odluci o izboru za osobnu brigu o zdravlju i izboru mogućih zdravstvenih usluga, te kontinuirano pružanje zdravstvenih usluga.

Pravo na dostojanstvo - pravo biti dostojanstveno i ljubazno tretiran, pravo na privatnost, na poštivanje njegovih/njezinih kulturnih i vjerskih vrijednosti, na dostojnu smrt, te humanu pomoć pri umiranju.

Ključne riječi: *Pacijentova/korisnikova prava, fizioterapija/fizikalna terapija, informirani pristanak, zdravstvena edukacija*

Jasna Matić, bacc.med.lab.diag.
HKZR
Sanja Kuštreba, mag.med.lab.diag.
Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", HKZR
Suzana Hančić, mag.med.lab.diag.
KB Merkur, HKZR
Neven Sučić, mag.med.lab.diag.
Nastavni zavod za Javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, HKZR

MEDICINSKO-LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA U RH, EU I SVIJETU

Primljeno: 25. veljače 2019.

Medicinsko-laboratorijski djelatnici su zdravstveni stručnjaci u području laboratorijske medicine. Radimo u raznim područjima medicinsko-laboratorijske dijagnostike kao što su mikrobiologija, hematologija, transfuzijska medicina, biokemija, molekularna biologija, histologija, citologija, tipizacija tkiva ili javno zdravstvo, radimo i u laboratorijima pri Sveučilištima te na kliničkim znanstvenim projektima. Medicinsko-laboratorijski djelatnici pridonose značaju (dodaju vrijednost) zdravstvene skrbi za pacijente time što poznaju najnovije tehnologije i metode u svom području rada. Svojom stručnošću medicinsko-laboratorijski djelatnici osiguravaju kvalitetu analiza i rezultata ispitivanja i time doprinose kvaliteti izdanih nalaza i sigurnosti pacijenata.

Hrvatska komora zdravstvenih radnika Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost predstavlja i zastupa interese medicinsko-laboratorijskih djelatnika svih razina obrazovanja: zdravstveno-laboratorijskih tehničara, prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike i magistara medicinsko-laboratorijske dijagnostike.

U suradnji s EPBS-om (*European Association for Professions in Biomedical Science*), IFBLS-om (*International Federation of Biomedical Laboratory Science*) te Sveučilištem u Osijeku, SRMLD kontinuirano radi na razvoju kurikula za ovu struku.

Minimum standarda edukacije za biomedicinske znanstvenike (medicinsko-laboratorijske djelatnike) u većini zemalja Europe je prvostupnik iz prvog ciklusa visokog obrazovanja prema Bolonjskom procesu. Predviđeni standard je minimalno 3-4 godine visokog obrazovanja s 180-240 ECTS bodova (*European Credit Transfer and Accumulation System*), uključujući pripravnički staž. Prije nego se medicinsko-laboratorijskom djelatniku izda licencija za samostalan rad, kandidat mora završiti nadzirani i procijenjeni klinički pripravnički staž.

Nastavak studija na višu razinu magistra struke i doktora znanosti sastavni je dio edukacije biomedicinskih znanstvenika u Europi i svijetu.

U ovom radu prikazat ćemo sličnosti i razlike u edukaciji medicinsko-laboratorijskih djelatnika i pristupu tržištu rada u Hrvatskoj, zemljama EU i pojedinim zemljama svijeta.

Ključne riječi: *medicinsko-laboratorijska dijagnostika, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost, standard edukacije*

Bruno Cvetković dipl. sanit. ing.,
Hrvatska komora zdravstvenih radnika
Strukovni razred za djelatnost sanitarnog inženjerstva
Ida Gašić, mag.iur.
Hrvatska komora zdravstvenih radnika
Strukovni razred za djelatnost sanitarnog inženjerstva

ZAKON O SANITARNOJ DJELATNOSTI

Primljeno: 22. veljače 2019.

Zakonskim prijedlogom definirana je sanitarna djelatnost, način i uvjeti obavljanje iste. Donošenjem zakona odredio bi se zdravstveni radnik sanitarne profesije kao zdravstveni radnik koji je ovlašten obavljati sanitarnu djelatnost. Utvrđena su područja, načini i vještine obavljanja predmetne djelatnosti, kao i definiranje predmetne djelatnosti u sustavu klasifikacije zanimanja i djelatnosti. Određeni su i opći i posebni uvjeti koje mora ispunjavati zdravstveni radnik da bi mogao obavljati sanitarnu djelatnost, kao i sustav kvalitete obavljanja djelatnosti. Zakonski prijedlog određuje da se sanitarna djelatnost obavlja u mreži zdravstvene djelatnosti i izvan mreže. Prijedlogom zakona utvrđuje se strukovna organizacija Hrvatska sanitarna komora. Prijedlogom zakona odredile bi se kaznene odredbe za određena ponašanja, primjenu neodgovarajućih metoda i zloupotrebu sanitarne djelatnosti. Sanitarna djelatnost danas je u sustavu hrvatskog zakonodavstva regulirana brojnim posebnim propisima, dok temeljnog zakonskog okvira za definiranje predmetne djelatnosti te načina i uvjeta provođenja i obavljanja iste još uvijek nema. Uvažavajući navedeno, intencija zakonskog prijedloga je propisati te regulirati provođenje sanitarne djelatnosti unutar sustava zdravstva i zaštite zdravlja koja egzistira te predstavlja bitan faktor u sustavu liječenja, sprječavanja bolesti odnosno zaštite zdravlja i okoliša, ispravljajući tako pravnu pod normiranost te selektivnost u normiranju poslova sanitarne djelatnosti i osoba koji su educirani i osposobljeni obavljati navedenu profesiju. Temeljni problemi s kojima se susreću zdravstveni radnici sanitarne profesije u svojem radu jedinstveni su za sve bez obzira na područje i granu sanitarne djelatnosti kojom se bave, a mogu se iskazati kroz nedostatak zakonodavnog uređenja. Utvrđeni model zdravstvenih radnika sanitarne profesije (eng. Environmental Public Health Professionals), prepoznat je u Europi i svijetu. Reforma koja se predlaže ovim prijedlogom Zakona, zamišljena je u cilju usklađenja prava i obveza i odgovornosti zdravstvenog radnika sanitarne profesije, čime bi sustav dobio na kvaliteti i modernizirao se, a svakako u skladu s uobičajenom međunarodnom praksom i općim standardima, kao dio tečevine Europske unije.

Ključne riječi: *sanitarna djelatnost, Hrvatska sanitarna komora, zdravstveni radnik sanitarne profesije*

Mirjana Kučina

PROMOCIJA I PODUZETNIŠTVO U RAZVOJU RADNOTERAPIJSKE DJELATNOSTI

Primljeno: 1. ožujka 2019.

Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja. (Deklaracija SZO iz Almablagostanja. (Deklaracija SZO iz Alma Ate 1974). Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja - MKB (engl. ICF) govori o zdravlju kao interdinamičkoj interakciji između tjelesnih funkcija, tjelesnih struktura, aktivnost i sudjelovanje upotrijebljenih kontekstualnim sastavnicama, okolinskim i osobnim čimbenicima. Radni terapeuti su zdravstveni stručnjaci čija je specijalnost sagledavanje zdravlja kroz sposobnosti sudjelovanja u aktivnostima dnevnog života. Znantsveno je dokazana činjenica da nemogućnost odabira i kontrole nad svakodnevnim aktivnostima (okupacije) te neravnoteža između aktivnosti na svim razinama te promjenama u izvedbi aktivnosti mogu voditi do povećanja ovisnosti o drugima, manjka samopouzdanja i depresije, ali i drugih zdravstvenih, socijalnih i okupacijskih poteškoća poput okupacijske alijenacije i deprivacije. Navedene ključne faktoe radni terapeut prepoznaju putem različitih sredstava evaluacije te svoju intervenciju usmjeravaju na obnavljanje (restituciju), razvijanje (remedijaciju), promicanje, održavanje i modifikaciju (kompenzaciju) individualnih vještina i aktivnosti čime se povećava uključenost u svakodnevne aktivnosti koje za pojedinca imaju značenje te se poboljšava kvaliteta života.

Uzrečica *“Liječnik vam spašava život, dok vam radni terapeut pomaže da ga živite”* nije daleko od istine. Opće i specifične kompetencije stručnog prvostupnika radne terapije, relevantne za kontekst u kojem će se provoditi djelatnost radne terapije (UNESCO, 1993), osiguravaju kompetentnost za suočavanje s problematikom, potrebama i prioritetima (WHO, 1993.) korisnika i/ili pacijenta u sustavu zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, odnosno u radu sa svim korisnicima radnoterapijskih usluga. U suvremenoj hrvatskoj radnoterapijskoj praksi, kompetencije se stječu formalnim obrazovanjem na dodiplomskoj razini, pripravnničkim radom te kontinuiranim porfesionalnim razvojem, što odstupa od aktualnih europskih i svjetskih trendova koji govore o potrebama kompetencijama usmjerene dodiplomske i diplomskog obrazovanja radnih terapeuta. Potreba za poduzetničkim kompetencijama u radno terapijskoj praksi višedimenzionalno je relevantna u kontekstu pojave novih mjesta na kojima radni terapeuti započinju raditi i potreba koje današnji korisnici imaju. Izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti u 2019. godini napokon su osigurali dostupnost radnog terapeuta na svima razinama, od primarne, do čak i privatnog sektora te radni terapeuti moraju svakako preuzeti inicijativu i realizirati puni potencijal radnoterapijske prakse.

Ovim radom želimo prezentirati suvrnene izazove radnoterapijske prakse, barijere u neformalnom formalnom obrazovanju radnih terapeuta te potencijalne strategije za promjene koje bi osigurale dostupnost radnog terapeuta

Literatura:

- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practise Framework: Domain and Process. The American Journal of Occupational Therapy. Volume 62, Number 6
- Baum, C. (2002). Creating partnerships: Constructing our future. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(2), 58-62.
- Thew, M. (2011). *Role Emerging Occupational Therapy : Maximising Occupation Focussed Practice*
- Narodne novine (2009). Zakon o djelatnostima u zdravstvu. Narodne novine d.o.o. Zagreb
- Pattison, M. (2006). OT - Outstanding talent: An entrepreneurial approach to practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 166-172.
- The European Network of Occupational Therapy in Higher Education. (2008). Tuning Educational Structures in Europe: Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programs in Occupational Therapy. Dostupno: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WEBSITE.pdf.
- World Federation of occupational therapists (2012). Occupational Therapy Human Resources Project 2012. WFOT. Dostupno na: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

Ključne riječi: radna terapija, okupacija, radne terapijske kompetencije, zakon o zdravstvenoj zaštiti

Kristina Mikuličić mag.iur.
Hrvatska komora primalja

PRIZIV SAVJESTI U PRIMALJSTVU

Primljeno: 20. veljače 2019.

Priziv savjesti je pravo i odluka pojedinca da izvrši ili odbije izvršiti neku radnju, suprotno zakonu ili nekoj drugoj odredbi, jer bi se njezino izvršenje protivilo etičkim, moralnim ili vjerskim uvjerenjima – točnije savjesti te osobe. Pravo na priziv savjesti proizlazi iz slobode savjesti koja je zajamčena člankom 18. Opće deklaracije o ljudskim pravima, člankom 9. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i člankom 40. Ustava Republike Hrvatske koji jamči slobodu savjesti i vjeroispovijedi i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja. Međutim kod priziva savjesti je nužno da sloboda savjesti jedne osobe ne ugrozi ili isključi prava drugih osoba.

Pojedine zdravstvene djelatnosti posebnim zakonom imaju propisano pravo na priziv savjesti, kao npr. liječnici, medicinske sestre, doktori dentalne medicine, no Zakonom o primaljstvu nije propisano pravo primalja na priziv savjesti. Većina komora u zdravstvu svojim etičkim kodeksima propisuju pravo zdravstvenih djelatnika na priziv savjesti, pa tako Etički kodeks primalja propisuje da primalja ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta/ice, uz obavezu da o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta/icu te ju uputiti drugoj primalji.

Iako priziv savjesti djeluje kao vrlo jednostavno pravo pojedinca u stvarnosti se radi o vrlo kompleksnoj problematici čije rješenje se može pronaći samo zajedničkim djelovanjem pravne i medicinske struke uvijek polazeći od temeljnog načela da sloboda savjesti jedne osobe nikada ne smije ugroziti ili isključiti prava drugih osoba.

Ključne riječi; *Priziv savjesti, Ustav Republike Hrvatske, Zakon o primaljstvu, Etički kodeks primalja*

Barbara Finderle, bacc.obs.,
Hrvatska komora primalja
Biserka Matok-Glavaš, bacc.obs.
Hrvatska komora primalja

USPOREDBA PRIMALJSKE DJELATNOSTI KROZ ZAKONSKE OKVIRE I PRAKSU

Primljeno: 20. veljače 2019.

Primalje su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku. Djelatnost primalja obuhvaća sve postupke, znanja i vještine primaljske skrbi. U provođenju svoje djelatnosti primalja je obvezna primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta/klijenta osobno. Primalja je kao profesionalnu tajnu obvezna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta/klijenta. Ona radi u skladu s prihvaćenim standardima, zakonskim obvezama i profesionalnom etikom. Poštuje ljudsko dostojanstvo, te kulturološke i vjerske različitosti. Vodi primaljsku dokumentaciju. Suraduje sa zdravstvenim/multidisciplinarnim timom, naročito s liječnicima, te s ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem, te s ostalim dionicima.

Temeljno obrazovanje primalje-asistentice stječu uspješnim završavanjem strukovnog obrazovanja za zanimanje primalje-asistentice, u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske. Temeljno obrazovanje prvostupnice primaljstva stječu uspješnim završavanjem preddiplomskog studija za zanimanje prvostupnice primaljstva u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske.

Ulaskom u Europsku uniju Hrvatska je osim primalja sa srednjom stručnom spremom dobila novu kategoriju, ujedno i jedinu koju Europska unija prepoznaje: prvostupnike/ce primaljstva (bacc. obs).

Hrvatska komora primalja provela je nekoliko anketa u cilju istraživanja i usporedbe djelatnosti prvostupnica primaljstva sukladno Zakonu o primaljstvu. Ujedno smo usporedili djelatnost primalja u Hrvatskoj s ostalim zemljama Europske regije, te sakupili podatke o tome kako primalje vide same sebe u zdravstvenom sustavu, a kako ih vide ostali zdravstveni djelatnici.

Prema podacima dobivenih iz anketa došli smo do rezultata da prvostupnice primaljstva ne rade u potpunosti posao predviđen Zakonom o primaljstvu, da se Hrvatska u velikoj mjeri razlikuje od ostalih Europskih zemalja u provođenju primaljske skrbi, te da ostali zdravstveni djelatnici imaju bolju sliku o primaljstvu nego što to imaju same primalje.

Ključne riječi; *primalja, primaljska djelatnost, Zakon o primaljstvu, istraživanje*

Ana Soldo, mag.pharm.
Ana Malović, dipl.iur.
Hrvatska ljekarnička komora

POSTUPAK PRIZNAVANJA INOZEMNIH STRUČNIH KVALIFIKACIJA ZA MAGISTRE FARMACIJE IZ TREĆIH DRŽAVA

Primljeno: 18. veljače 2019.

Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju te dodjelom obveze vođenja postupka priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija, Hrvatska ljekarnička komora suočila se s nizom problema priznavanja stručnih kvalifikacija stečenim izvan Europske unije, pogotovo s diplomama stečenim na području bivše SFRJ.

Naime, neka područja bivše SFRJ, npr. Bosna i Hercegovina te Republika Srbija koristeći saznanje da Republika Hrvatska ima manjak magistara farmacije, u velikoj mjeri bez osiguravanja prostornih, kadrovskih uvjeta i opreme, osniva veći broj farmaceutskih fakulteta vodeći se idejom zarade putem visokih školarina.

Da se radi o fakultetima koji nisu ispunili kriterije i standarde potrebne za provođenje određenog studijskog programa pokazuje i činjenica da se Hrvatska ljekarnička komora suočava s problemom diploma stečenim na neakreditiranim fakultetima.

Je li određeni farmaceutski fakultet akreditiran, Hrvatska ljekarnička komora provjerava preko nacionalnog ENIC NARIC ureda te sukladno dostavljenom mišljenju provodi postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija.

Ako određeni farmaceutski fakultet nije akreditiran Hrvatska ljekarnička komora će rješenjem odbiti zahtjev.

Neki od novoosnovanih farmaceutskih fakulteta u okruženju izdaju diplome, odnosno dokaze o završenom obrazovanju prema programu studija farmacije potpuno identičnom programu studija farmacije u Republici Hrvatskoj, iako u stvarnosti kandidat takav program nije završio jer isti ne postoji ili je program studija manjkavo odrađen budući da nema potrebnog nastavničkog kadra ni opreme koja bi mogla pratiti program studija zadan „na papiru“.

Sukladno važećem Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, Komora je obvezna od odgovarajuće obrazovne ustanove zatražiti mišljenje o stečenom obrazovanju i ishodima učenja, ali fakultetima s „prepisanim“ programima studija teško da se može naći razlika u obrazovanju.

Kao odgovor za probleme neakreditiranih farmaceutskih fakulteta i „preslikanih“, a neprovedenih studijskih programa farmacije s kojim se susreće Hrvatska ljekarnička komora u postupku priznavanja inozemne stručne kvalifikacije za magistre farmacije, Komora predlaže uvođenje dodatne mjere sukladno važećem Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija.

Takva dodatna mjera sastojala bi se od pisane provjere primjene stručnih znanja i sposobnosti potrebnih za savjetovanje o farmakoterapiji, provođenju ljekarničke skrbi, poznavanju važeće zakonske regulative te farmaceutske etike i deontologije.

Ključne riječi: *Europska unija, priznavanje stručnih kvalifikacija, magistar farmacije*

Ruža Evačić, magistra sestrinstva
Opća bolnica „Dr. T. Bardek“ Koprivnica

EVIDENTIRANJE SESTRINSKOG RADA – SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Primljeno: 20. veljače 2019.

Osigurati kvalitetu rada u sestrinstvu moguće je kroz Sestrinsku dokumentaciju i Kategorizaciju bolesnika kao osnovu za njegu temeljenu na dokazima. Svrha dokumentiranja i kategoriziranja pacijenata je: omogućiti brzi uvid u težinu stanja pacijenta, uvid u promjenu pacijentovog stanja, omogućiti planiranje zdravstvene njege, evidentirati sve provedene intervencije, poticati na stalno prikupljanje podataka, omogućiti pravednu raspodjelu medicinskih sestara unutar ustanove, omogućiti argumentirano ugovaranje potreba za sestrinskim kadrovima. Suvremena dokumentacija je i pravno valjan dokument. Kako bi ostalo što više vremena za pacijente i provođenje direktne skrbi poželjno je elektronsko evidentiranje uz postelju pacijenta čime se smanjuje dupliciranje u dokumentiranju i omogućuje točne informacije.

Planiranje ljudskih potencijala vrlo je važna funkcija menadžmenta koja pridonosi uspješnom ostvarenju postavljenih ciljeva. Da bi se plan mogao realizirati, organizacija mora imati pravi broj ljudi koji imaju znanje, vještinu, talent i motivaciju za njegovo realiziranje. Koristeći «Sestrinsku listu» i «Kategorizaciju bolesnika» - HKMS-a moguće je izračun osoblja što je kompleksan zadatak pogotovo na odjelima ili jedinicama gdje su aktivnosti nepredvidive i zahtjevi su neizvjesni. Jedna od poteškoća, pogotovo u kritičnoj njezi je, da ako imamo previše medicinskih sestara to se smatra – gubitkom, a s druge strane situacija kad ih je premalo smatra se – krizom. Analiza posla predstavlja temelj uspješnog upravljanja vremenom pa je razumljivo zašto se veliki naglasak stavlja na jedinstvenu sestrinsku dokumentaciju. Članak 16. Zakona o sestrinstvu kaže: „Dužnosti medicinske sestre su postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje zdravstvene njege“ kao i članak 23. „Kontrola kvalitete rada medicinske sestre naročito obuhvaća ...plan zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege, utjecaj zdravstvene njege na status bolesnika“ što uvelike omogućava standardizacija postupaka u kojim se opisuje nivo po kojima će usluga biti pružena, a sestrinska skrb kvalitetno mjerljiva. Evidentiranje sestrinskog rada jednako je važno kao i provođenje zdravstvene njege, no zahtjeva i vrijeme koje propisuje standardizacija. Znamo da je to jedino moguće ako se evidentira svaka učinjena intervencija što znači da pisanju dokumentacije pacijenata treba pristupiti jednako ozbiljno kao i pružanju zdravstvene njege.

Ključne riječi: *Sestrinska lista, Kategorizacija pacijenta, kvaliteta, standard*

Dr.sc. Marijana Neuberg, docentica
Odjel za sestrinstvo
Sveučilište Sjever

NEŽELJENI ISHODI U SESTRINSTVU

Primljeno: 22. veljače 2019.

Uvod Neželjeni događaj jest neočekivana smrt ili ozbiljna fizička ili psihološka ozljeda koja nije povezana s prirodnim tijekom bolesti, a najčešći neželjeni događaji povezani s procesom sestrinske skrbi su dekubitus, pad bolesnika, intrahospitalne infekcije, nedostatna higijena ruku i neželjene nuspojave lijekova. Kao neželjeni ishod može se promatrati također zanemarivanje i zlostavljanje od strane formalnog njegovatelja/profesionalaca koje može biti namjerno ili nenamjerno i kao takvo može izravno uzrokovati štetu kroz fizičko i psihičko ozljeđivanje, neosiguravanje osnovnih životnih potreba, zaštite od povrede samog pacijenta.

Cilj Prikazati će se najčešći neželjeni ishodi sestrinske skrbi, te prikazati zanemarivanje i zlostavljanje u institucijama kao jedan od neželjenih ishoda.

Metode Korištena je induktivna metoda, metoda deskripcije i kvantitativna istraživačka metoda. Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa, podatci su prikupljeni s pomoću dva standardizirana anketna upitnika.

Rezultati istraživanja u literaturi pokazuju kako pacijenti tijekom hospitalizacije dožive neželjene događaje, a smanjenje neželjenih događaja u zdravstvenom sustavu je neophodno. Rezultati provedenog istraživanja ukazuju najčešće oblike zanemarivanja koji su u 37,1% ignoriranje poziva osobe starije dobi, u 24,8%, ne uređivanje svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice i u jednakom postotku 24,8% hranjenje na silu odnosno kad osoba koja ne želi otvoriti usta gura joj se hrana u usta. Najčešći oblici zlostavljanja u 46,9% su vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji, vrijeđanje ili psovanje u 31,8%, te odbijanje okretanja osobe kako bi spriječili bolne pritiske u 30,6% ispitanika.

Zaključak Bolesnikova sigurnost podrazumijeva nastojanja i aktivnosti koje se poduzimaju kako bi svi postupci i okruženje u pružanju zdravstvene skrbi osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja. Viši stupanj obrazovanja medicinskoj sestri/tehničaru podiže stupanj samosvijesti i samoodgovornosti u izvršavanju skrbi uz preuzimanje odgovarajućeg stupnja rizika za nastanak neželjenih posljedica. Osoblje treba biti educirano o problemu nasilja, a interakcije medicinska sestra - korisnik moraju se dobro poznavati kako bi predvidjeli gdje i kada može doći do neodgovarajuće skrbi. Važno je da se zaposlenici osjećaju sigurni u izvještavanju o incidentu te da imaju podršku voditelja/nadređenog. Medicinske sestre trebaju znati prepoznati neodgovarajuću skrb i razumjeti potencijalne ozbiljne posljedice iste, te prevenirati zanemarivanje i zlostavljanje. U sustav obrazovanja medicinskih sestara/tehničara, na svim razinama, potrebno je uvesti nove spoznaje iz znanosti o sigurnosti pacijenata.

Ključne riječi: *neželjeni ishodi, sestrinska skrb, edukacija*

Doc. dr. sc. Sonja Kalauz, prof. v. š
Hrvatska komora medicinskih sestara

TIMSKI RAD I ODGOVORNOST U SESTRINSTVU - ETIČKI ASPEKTI

Primljeno: 20. veljače 2019.

Interdisciplinarni tim u zdravstvu čine osobe različitih profesija, različitih razina u strukturi piramide radne organizacijske (liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, radni terapeuti, nutricionisti, psiholozi, socijalni radnici) koje stalno rade zajedno i u stalnoj su međusobnoj interakciji i komunikaciji, a cilj im je pružanje najbolje moguće skrbi za zdravog ili bolesnog pojedinca, ciljanih grupa ili društva u cjelini. Ovaj koncept suradnje nije novi u području zdravstvene zaštite i zdravstvenih sustava, pa je 1978. godine i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) istaknula interdisciplinarnu suradnju kao jednu od najvažnijih faktora za osiguranje pružanja visokokvalitetne zdravstvene skrbi. Uspješna interdisciplinarna suradnja počiva na slijedećim elementima: otvorenoj međusobnoj komunikaciji, spremnosti za međusobno pomaganje, zajedničkom razmatranju i razvijanju strategije za donošenje odluka, dijeljenju znanja i kliničkog iskustva, ne - birokratskom pristupu, asertivnosti (samopoštovanju i poštovanje drugih), razvoju profesionalne i organizacijske kulture te razvoju poslovne/profesionalne etike. U tom smislu medicinske sestre koje su stalni članovi zdravstvenog tima imaju specifične dužnosti i odgovornosti. Poslovna ili profesionalna etika nigdje ne dolazi do izražaja kao što je to slučaj kod liječnika i medicinskih sestara, jer su oni ključne osobe koje odgovaraju za ukupne ishode liječenja i buduću kvalitetu života osoba o kojima skrbe. Kada se govori o sestrinskoj etici, onda se uvijek mora imati na umu – etika dužnosti koja nije ništa drugo nego skup dužnosti koje nisu normirane, već su ostavljene savjesti svake medicinske sestre pojedinačno. Djelovanje iz dužnosti (ili moralno djelovanje) jest unutrašnja sila/savjest/autonomija vlastitog uma koja prisiljava čovjeka da misli i djeluje u skladu s univerzalnim moralnim zakonom (biti pošten, iskren, pravičan, savjestan, mudar, dobronamjeran) i konačno odgovoran prema sebi i drugima. Dakle, djelovati iz dužnosti jest najviši moralni zakon ljudskog uma, za razliku od djelovanja prema dužnosti (legalitet) gdje se postupa prema postojećim propisanim zakonima ili pravilnicima.

Ključne riječi: *interdisciplinarni tim, dužnost, savjest*

Zvonimir Kaić, redoviti član AMZH,
redoviti profesor Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u miru,
dr. sc., dr. med. dent.
kaiczvonimir@gmail.com
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske,
Hrvatska komora dentalne medicine

JESU LI PRAVO I DENTALNA MEDICINA U HRVATSKOJ U 'DOBRIM ODNOSIMA'?

Primljeno: 20. veljače 2019.

Uvod

Dentalna medicina kao moderna samostalna zdravstvena i znanstvena disciplina, stara je 290 godina, zahvaljujući Pierreu Fauchardu, ocu moderne struke, koji je u Parizu 1728. godine, objavio znanstveno stručnu raspravu „Le chirurgien dentiste où traité des dents“. Od toga vremena dentalna medicina postupno se razvija diljem svijeta, i u Hrvatskoj.

Cilj

Cilj rada bio je istražiti utjecaj pravnih propisa na razvoj i stanje u dentalnoj medicini u Hrvatskoj od prve javne službe dentalne medicine u Hrvatskoj, do naših dana. Više stoljeća Hrvatska je bila pod vlašću Mlečana, Habsburgovaca, Osmanlija, Francuza, što se je neminovno odrazilo i na onovremeno zakonodavstvo.

Metoda

Korištena je deskriptivna metoda u praćenju prikupljenih izvora.

Rezultati

Raspoloživi dokumenti ukazuju da se razvoj dentalne medicine u Hrvatskoj može usporediti s onim u susjednim zemljama. Prvi tragovi osnutka i djelovanja javne službe u dentalnoj medicini vezani su za Dubrovačku Republiku u kojoj je odlukom Vijeća umoljenih, Gaetano Pierini, chirurgo dentista, zaposlen 12. travnja 1777. godine, sa zadatkom liječenja bolesti usta i zubi građana Republike. Među predstavnicima dentalne struke, postupno u ruralnim područjima susrećemo samouke članove seljaštva, a u ostalima dijelovima zemlje, brijače, vaditelje zubi, kirurge, magistre zubarstva, doktore ukupne medicine specijaliste stomatologije, ovisno o društvenim i ekonomskim odnosima. Dentalna medicina u Hrvatskoj, prvi put dobiva posebni Zakon o stomatološkoj djelatnosti, koji je stupio na snagu 23. srpnja 2003. godine (NN 121/03). Taj akt je višekratno dograđivan (NN 117/08, 120/09). Suštinska promjena pružatelja oralne skrbi dogodila se je krajem 2009. godine, kada su unutar Hrvatske stomatološke komore & Hrvatske komore dentalne medicine, ustrojeni strukovni razredi dentalnih tehničara i dentalnih asistenata. Jedinstvena struka pod „jednim krovom“, prvi put u svom postojanju izravno pregovara s partnerima kao punopravni činitelj.

Zaključci

Dentalna medicina u Hrvatskoj razvija se na prisposodiv način kao i u svijetu. Kamen međaš zdravstvenog zakonodavstva bio je Zakon o stomatološkoj djelatnosti & dentalnoj medicini iz 2003. godine.

Dentalna medicina, može se ustvrditi da je danas u „dobrim odnosima“ s zakonodavstvom i propisima, te se očekuje porast uzajamne sinergije na obostranu korist, s naglaskom na partnerske veze između svih uključenih čimbenika.

Ključne riječi: *Dentalna medicina, zdravstveno zakonodavstvo, pravni propisi, sinergija zakonodavstva i oralne medicine*

Dejan Elvedi, mag. iur.
Voditelj ureda za strukovne razrede
Hrvatska komora dentalne medicine

POSTUPAK PRIZNAVANJA INOZEMNIH STRUČNIH KVALIFIKACIJA U DENTALNOJ MEDICINI

Primljeno: 20. veljače 2019.

Hrvatska komora dentalne medicine kao i ostale strukovne komore u zdravstvu, temeljem odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 100/18), provodi postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija. Postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija provodi se sukladno Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija („Narodne novine“ br. 82/15), kojim su propisani minimalni uvjeti osposobljavanja u Republici Hrvatskoj i obavljanje reguliranih profesija kao i sama provedba postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija koja kao krajnji cilj ima omogućiti obavljanje regulirane profesije na području Republike Hrvatske.

Postupak priznavanja započinje podnošenjem zahtjeva i zakonom propisane dokumentacije. U početnoj fazi, kada se postupak pokreće, važno je svaki predmet samostalno procijeniti i utvrditi da je prilikom podnošenja zahtjeva kandidat priložio sve dokumente koji su potrebni da bi se pravilno mogao zahtjev ocijeniti i temeljem takve ocijene nastaviti postupak.

Hrvatska komora dentalne medicine osnovala je Povjerenstvo za priznavanje inozemne stručne kvalifikacije i usporedbu obrazovnih programa doktora dentalne medicine, dentalnih tehničara i dentalnih asitenata, koje čine stručnjaci iz svakog od područja dentalne medicine koji svojim znanstvenim i praktičnim iskustvom vrše usporedbu obrazovnih programa kandidata i obrazovnog programa važećeg u Republici Hrvatskoj uvažavajući pri tome i svu ostalu priloženu dokumentaciju.

Temeljem tako provedene usporedbe, kandidat se obavještava o utvrđenoj razlici te se poziva na izbor jedne od dvije zakonom propisane dopunske mjere, i to obavljanje razdoblja prilagodbe ili provjeru kompetentnosti.

Obavljanje razdoblja prilagodbe

Hrvatska komora dentalne medicine za provedbu ove dopunske mjere sklopila je ugovore o poslovnoj suradnji s ustanovama za provedbu dopunske mjere, Stomatološkim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Medicinskom fakultetom Sveučilišta u Splitu, Studijem za dentalnu medicinu i Medicinskom fakultetom Sveučilišta u Rijeci, Studijem za dentalnu medicinu kao i ostalim obrazovnim ustanovama u koje se upućuju kandidati koji su izabrali ovu dopunsku mjeru.

Kandidati se na provedbu dopunske mjere upućuju redosljedom navedenim na listi kandidata, a koji je određen datumom podnošenja zahtjeva. Raspoloživost slobodnih mjesta i osposobljenih stručnjaka, odnosno mentora, utvrđena je trajnim kvotama donijetim od strane Upravnog vijeća Komore, a na prijedlog svake od obrazovnih institucija.

Postupak provedbe ove dopunske mjere propisan je internim aktom Komore, Pravilnikom o postupku i uvjetima priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija za obavljanje dentalne medicine.

Provjera kompetentnosti

Dopunska mjera provjera kompetentnosti provodi se, kao i prethodna dopunska mjera, u suradnji s obrazovnim institucijama koje sastavljaju pitanja za samu provjeru te u suradnji s Komorom provode pismenu i usmenu provjeru.

Pravilnikom o uvjetima, načinu i postupku provjere kompetentnosti doktora dentalne medicine, dentalnih tehničara i dentalnih asistenata propisan je sastav Komisije za provedbu dopunske mjere te sve potrebne radnje za uspješnu provedbu mjere.

Zaključno, važno je za napomenuti da se svaka od dopunskih mjera provodi iz onih područja koja su za svakog kandidata utvrđena kao razlika u kompetencijama koje se traže u Republici Hrvatskoj za prižanje reguliranih profesija iz područja dentalne medicine.

Ključne riječi: *Hrvatska komora dentalne medicine, dopunske mjere, razdoblje prilagodbe, provjera kompetentnosti*

dr.sc. Ljiljana Mayer, spec.med.biokemije,
Klinika za tumore, KBC Sestre milosrdnice Zagreb
Predsjednica HKMB Zagreb
Ivana Delić, spec.med.biokemije i lab.medicine,
Medicinsko-biokemijski laboratorij Ivana Delić i Ivana Bilić, Split
Potpredsjednica HKMB, Zagreb

POCT U LIJEČNIČKIM ORDINACIJAMA

Primljeno: 25. veljače 2019.

Pravilnikom o načinu obavljanja medicinsko-biokemijske djelatnosti u liječničkim ordinacijama uređuje se način obavljanja medicinsko-biokemijskih pretraga od vitalnog značaja za pacijente u liječničkim ordinacijama, punktovima dežurstva primarne zdravstvene zaštite, domovima zdravlja te zavodima za hitnu medicinu. Pravilnik donosi ministar zdravstva na prijedlog Hrvatske komore medicinskih biokemičara (HKMB) uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatske liječničke komore (HLK). Trenutno važeći Pravilnik datira iz 2005. godine. U jesen 2016. tadašnja administracija Ministarstva zdravstva uputila je u e-savjetovanje Nacrt izmjena Pravilnika o načinu obavljanja medicinsko-biokemijske djelatnosti u liječničkim ordinacijama. Izmjene su se svele samo na kvantitativno povećanje vrsta pretraga karakterizirajući ih kao *jednostavne kvalitativne i kvantitativne* medicinsko-biokemijske pretrage. Kako u tom Nacrtu nisu implementirane kvalitativne izmjene, nužno jamstvo za kontrolirani i nadzirani rad, što je jedina garancija da rezultat dobiven na ovaj način bude točan i pouzdan, ne čudi da je približno 1/3 radno aktivnih magistara medicinske biokemije i laboratorijske medicine uputila svoje primjedbe tijekom e-savjetovanja. U e-savjetovanju je sudjelovala i HLK ocjenjujući prijedlog kao *nejasan, dvojben i krnj, te kao takav neprovediv s ciljem ispunjenja prijedloga izmjene samog akta*. Svjesni činjenice da je u posljednjih 15 godina došlo do značajnog tehnološkog napretka, uvažavajući iskustva ostalih zemalja, te pridržavajući se zahtjeva za zadovoljenje nacionalnih i međunarodnih standarda HRN EN ISO 22870 i HRN EN ISO 15189 i nacionalnih preporuka prihvaćenih od HKMB, HKMB je tijekom prošle kalendarske godine izradila Nacrt prijedloga novog Pravilnika, te ga razradila i raspravila putem sjednica Izvršnog odbora.

Početak siječnja HKMB je u suradnji s Ministarstvom zdravstva pristupila izradi finalne verzije Pravilnika, uvažavajući argumente i konzultirajući se pri tome s HLK, Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu i Koordinacijom hrvatske obiteljske medicine. POCT (Point of care testing) uređaj je MD IVD CE certificirani uređaj koji je isključivo namijenjen za provođenje pretraga uz pacijenta. Novi Pravilnik predviđa verifikaciju POCT uređaja prije puštanja u rad i osnivanje Tima za uspostavu i nadzor nad POCT-om što uključuje edukaciju korisnika, provođenje unutarnje i vanjske procjene kvalitete rada te način dokumentiranja svih rezultata. Liječnik mora biti upoznat s ograničenjima pretraga uz pacijenta koje provodi i postoji li jasna razlika između rezultata dobivenih na POCT uređaju i onih u medicinsko-biokemijskim laboratorijima.

Sušтина predloženih izmjena je da Pravilnik bude od koristi, kako za sigurnost pacijenata u postavljanju radne dijagnoze i usmjeravanju za daljnju dijagnostiku i liječenje, tako i za one koji ih provode – zdravstvene radnike kojima obavljanje medicinsko-biokemijskih pretraga nije osnovna djelatnost.

Ključne riječi: *POCT, Pravilnik o načinu obavljanja medicinsko-biokemijske djelatnosti*

Dr.sc. Ines Vukasović, specijalist medicinske biokemije,
Klinički Zavod za kemiju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb
Predsjednica povjerenstva za stručni nadzor i unapređenje kvalitete,
HKMB, Zagreb

Dr.sc. Lorena Honović, docentica, specijalist medicinske biokemije,
Odjel za laboratorijsku dijagnostiku, OB Pula
Predsjednica povjerenstva za ekonomska pitanja, HKMB, Zagreb

NADZOR NAD POCT PRETRAGAMA U LIJEČNIČKIM ORDINACIJAMA: UNUTARNJA I VANJSKA PROCJENA KVALITETE TE STRUČNI NADZOR

Primljeno: 20. veljače 2019.

Pretrage uz pacijenta (engl. *Point Of Care Testing*, POCT) omogućavaju izradu medicinsko-biokemijskih pretraga od vitalnog značaja za pacijenata, a provode ih zdravstveni radnici kojima obavljanje medicinsko-biokemijskih pretraga nije osnovna djelatnost. Rezultati ovih pretraga koriste se za radnu dijagnozu i usmjeravanje na daljnju dijagnostiku i liječenje. Za osiguranje kvalitete POCT-pretraga nužna je uspostava sustava upravljanja kvalitetom prema međunarodnim i nacionalnim standardima (HRN EN ISO 22870 i HRN EN ISO 151889). Prije uvođenja u rutinski rad moraju se provjeriti analitičke specifikacije POCT-uređaja i pretraga koje se izrađuju na njemu i utvrditi postoji li i koliko je značajna razlika u rezultatima u odnosu na konvencionalne laboratorijske pretrage. Liječnici i osoblje koje rukuje POCT-uređajima mora znati što jest, a što nije prikladan uzorak za uređaj koji koristi te ograničenja uređaja. Kontrolnim postupcima osigurava se provjera ispravnosti funkcioniranja uređaja, procjenjuje se mjerna nesigurnost dobivenih rezultata (unutarnja kontrola kvalitete) i usporedivost rezultata istovjetnih i različitih POCT-uređaja (vanjska procjena kvalitete). Neki uređaji omogućavaju automatsku izvedbu kontrolnih postupaka u više razina putem integriranih kontrolnih materijala u određenim vremenskim intervalima bez potrebe intervencije operatera što ne smije biti zamjena za klasični kontrolni uzorak, drugi zahtijevaju aplikaciju kontrolnih uzoraka koji oponašaju uzorak pacijenata, treći zahtijevaju kombiniranu upotrebu integriranih i vanjskih kontrolnih uzoraka. Sudjelovanje u nacionalnom programu vanjske procjene kvalitete neophodno je za provjeru ispravnosti rezultata, usporedivost rezultata između korisnika istovrsnih uređaja, omogućava i uvid u razlike između POCT-uređaja različitih proizvođača i različitih mjernih načela. Nacionalni program ima obvezu izvještavanja Hrvatske Komore medicinskih biokemičara (HKMB) o sudionicima i uspješnosti sudjelovanja. Neprihvatljivi rezultati unutarnjih i vanjskih kontrolnih postupaka POCT-uređaja moraju se sustavno analizirati, uspostavljati popravne i preventivne radnje za sprječavanje pogreški u liječenju pacijenata prouzrokovane neispravnim rezultatima. Za organizaciju sustavne analize i prijedloge popravnih radnji odgovoran je Tim kojeg najmanje čine liječnik i magistar medicinske biokemije. Nadzor nad obavljanjem medicinsko-biokemijske djelatnosti, magistrima medicinske biokemije i ostalim zdravstvenim radnicima u nadležnosti je HKMB. Nadzor može biti redoviti i izvanredni, a svrha je provjera poštivanja zakonske regulative i provjera uspostavljenih procedura sukladno s nacionalnim standardima i preporukama, a sve sa svrhom trajnog poboljšanja u cilju zaštite sigurnosti pacijenta

Ključne riječi: *POCT, liječničke ordinacije, procjena kvalitete, nadzor*

Dr.sc. Marija Selak, docentica
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

PRIZIV SAVJESTI IZMEĐU TOLERIRANOG „NEPOSLUHA“ I ZADNJEG UTOČIŠTA MORALA

Primljeno: 17. veljače 2019.

Na tragu nedavnih događaja koji su ponovo otvorili pitanje opravdanosti institucije priziva savjesti u ovom će se izlaganju osvrnuti na temelje njezinog nastanka kako bi se pokazalo zašto je neophodna mogućnost njezine primjene. U tom smislu u prvom dijelu rada naglasak će biti na vezi između savjesti, morala i zakona. Budući da su različiti događaji za vrijeme Drugog svjetskog rata ukazali na mogućnost zlouporabe zakona te time osvijestili važnost autonomije pojedinca, nakon njegovog završetka većina zemalja svijeta usvojila je instituciju „priziva savjesti“. Ona je, dakle, nastala kao moralno pravo koje je iznimka u zakonu, a kojem je svrha vraćanja težišta odgovornosti na svakog pojedinca. Na tom tragu, u drugom dijelu izlaganja promotrit će se odnos pojedinca i institucije te kritika priziva savjesti kao „neposluha“ koji onemogućuje pacijente u ostvarivanju njihovih prava. Zaključno će se postaviti pitanje je li moguće uspostaviti okvir koji bi, u slučaju priziva savjesti, zadovoljio i pacijenta i liječnika (ili ljekarnika), čime se približavamo i odgovoru na ključno pitanje, a to je: „Mogu li se, i trebaju li se, sve dimenzije moralnog postupanja pravno normirati?“. Naime, premda mi najčešće očekujemo da zakon ima konačnu riječ, priziv savjesti nam govori da on nije dovoljan. Tamo gdje staje zakon, počinje moralni zakon u nama. No, osvještavanje njegovog postojanja nije završetak priče, nego tek početak ozbiljnog unutarnjeg dijaloga koji nas upućuje na suočavanje s najtežim dilemama. Jedna od njih svakako se odnosi na sljedeći problem: „Ako se u nekim odlukama pozivamo na priziv savjesti, a savjest je „dobra“, znači li to da postoji konačna istina u kontroverznim pitanjima i da je nešto pogrešno s toleriranom slobodom na tom polju, samo se mi s time nismo u stanju suočiti?“.

Ključne riječi: *priziv savjesti, pravo, moral, savjest, pojedinac, institucija*

CONSCIENTIOUS OBJECTION BETWEEN “DISOBEDIENCE” THAT WE TOLERATE AND THE LAST RESORT OF MORALITY

The recent events have reopened the question of justification of the right to conscientious objection. Thus, in this presentation we will review the foundations of its emergence in order to demonstrate why is this right necessary. In the first part of the paper, the emphasis will be on the relationship between conscience, morality and law. Since various events during the Second World War have shown the possibility of abusing the law, thus reviving the importance of individual autonomy, after its completion most countries of the world have adopted the right to conscientious objection. This right was therefore created as a moral right which is an exception in the law, with a purpose of restoring the focus of responsibility to every individual. Following that ground, in the second part of the presentation, the relationship between the individual and the institution will be investigated, as well as the critique of conscientious objection perceived as “disobedience” which prevents patients from exercising their rights. The question will be asked whether it is possible to establish a framework that would satisfy both the patient and the physician (or the pharmacist) in the case of conscientious objection. This will bring us closer to the answer of the key question: “Can, and should, all dimensions of moral acting be defined by law?”. Although we often expect the law to have the final word, the conscientious objection shows us that it is not enough. Where the law stops, our inner moral law begins. The revelation of its existence is not the end of the story. It is rather the beginning of a serious internal dialogue that forces us to face the toughest dilemmas. One of them certainly relates to the following problem: “If in some decisions we claim our right to conscientious objection, and the conscience is “good”, does it mean that a final truth in controversial matters exists and that something is wrong with the freedom that is tolerated in this field, but we are unable to face it?”.

Key words: *conscientious objection, law, morality, conscience, individual, institution*

Lada Zibar, prof. prim. dr. sc. dr. med.
Hrvatska liječnička komora
Klinička bolnica Merkur, Zagreb
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera Osijek

LIJEČNIČKA TAJNA

Primljeno: 19. veljače 2019.

Nedavno u medijima susrećemo slučaj osobe koja javno govori o svojim zdravstvenim teškoćama, o kojima potom javno govori i jedan liječnik, radi odbacivanja njezinih pritužbi. Ovakva situacija je primjer „sivih“ zona propisnosti postupanja zbog kojih je nužno da liječnici poznaju i „finije“ odredbe legislative koja određuje granice dopuštenoga. Prema Zakonu o liječništvu (NN 121/03, 117/08) u Republici Hrvatskoj se liječnička tajna (LT) definira kao sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem (Članak 21.). Povjerenje pacijenta u liječnika je temelj suradnje usmjerene na uspješno liječenje. Neovlašteno otkrivanje LT-a može ozbiljno narušiti ovo povjerenje i dovesti u pitanje najbolji mogući ishod. Ovakav moralni pristup je neupitan tisućljećima pa ga propisuje još Hipokrat u liječničkoj prisezi iz 4./5. stoljeća prije Krista. Ovaj etički imperativ dio je i vrijedećega Kodeksa medicinske etike i deontologije (NN 139/15). Dio etičkog pogleda na ciljeve postupanja u medicini je očuvanje čovjekovog dostojanstva. Dostojanstvo obuhvaća privatnost i intimnost i upravo su to kategorije zaštićene LT-om. Otkrivanje podataka o bolesti može dovesti i do materijalne i druge zlouporabe na štetu pacijenta, liječnika ili treće osobe, ali i sustava, odnosno pravnih osoba. Otkrivanje LT-a katkad ima pozitivne posljedice, što zapravo čini temelj argumentima za legalno definirane opravdane situacije ovlaštenog otkrivanja LT-a. To su ovlaštenje od strane pacijenta, pretpostavljena suglasnost pacijenta, odavanje podataka drugom liječniku pacijenta, odavanje podataka iz medicinske dokumentacije na temelju propisa, odavanje podataka iz medicinske dokumentacije na zahtjev ovlaštenog tijela, odavanje podataka iz medicinske dokumentacije zbog pretežitog interesa trećih osoba odnosno kada bi čuvanjem ugrozio život i zdravlje drugih ljudi, otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije u znanstvenim publikacijama uz obvezu prikrivanja pravog identiteta osoba i otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije zbog zaštite opravdanih interesa liječnika ako bi na taj način opravdano branio vlastite interese. Interpretacija ovih opravdanja nije uvijek jednoznačna, a liječnikovo nepoznavanje ovih propisa predstavlja opasnost od ugroze liječnikovih i pacijentovih prava.

Ključne riječi: *liječnička tajna, ovlašteno otkrivanje liječničke tajne, neovlašteno otkrivanje liječničke tajne Kodeks medicinske etike i deontologije, Zakon o liječništvu, javni govor*

Dr.sc. Marin Mrčela
Zamjenik predsjednika VSRH
Naslovni docent Pravnog fakulteta Sveučilišta u Osijeku
Izv.prof.dr.sc. Igor Vuletić
Pravni fakultet Sveučilišta u Osijeku

MJERILA NESAVJESNOG LIJEČENJA U KAZNENOM PRAVU

Primljeno: 25. veljače 2019.

Kazneno djelo nesavjesnog liječenja je vrlo značajno jer se njime štiti zdravlje bolesnika od nestručnih zahvata. No, ono je istodobno i prijemorno zato što postojanje opasnosti od kaznenog progona može utjecati na pojave poput defenzivne medicine pa tako može posredno izazvati opasnost za zdravlje pacijenata. Zato predmeti nesavjesnog liječenja zaslužuju posebnu pozornost. U tom kontekstu, autori analiziraju noviju dostupnu sudsku praksu u području nesavjesnog liječenja te opisuju okolnosti s kojima se susreću sudovi prilikom utvrđivanja kaznene odgovornosti za ovo kazneno djelo. Osobita težina stavlja se na nalaz i mišljenje vještaka pa autori utvrđuju na koji način sudovi određuju predmet vještačenja te kako obrazlažu postojanje ili nepostojanje konstitutivnih obilježja ovog kaznenog djela (osobito uzročnosti i krivnje) u konkretnim predmetima. Osim toga, autori nastoje uočiti i druge praktične probleme, osobito one povezne s organizacijom posla i hijerarhijom odgovornosti. Zaključno, autori predlažu usmjeravajuća mjerila, radi ujednačenog pristupanja procjeni postojanja kaznene odgovornosti u predmetima nesavjesnog liječenja. Osim sudovima, ta mjerila mogu koristiti i liječnicima u svakodnevnom obavljanju njihove odgovorne djelatnosti.

Ključne riječi: *nesavjesno liječenje, nestručni zahvat, kazneno pravo*

Izv. prof. dr. sc. Iva Sorta-Bilajac Turina, dr.med., univ.mag.sanit.publ.
Odjel socijalne medicine, Nastavni zavod za javno zdravstvo
Primorsko-goranske županije
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

INFORMIRANI PRISTANAK

Primljeno: 18. veljače 2019.

Tema razmatra mjesto i ulogu informiranog pristanka u svakodnevnoj kliničkoj laboratorijskoj praksi. Uzimajući u obzir međunarodne etičke smjernice kao što su UNESCO-ova Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima i Helsinška deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije, te hrvatske nacionalne zakone i kodekse kao što je Zakon o zaštiti prava pacijenata, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Etički kodeks medicinskih biokemičara i medicinske deontologije, Zakon o djelatnostima u zdravstvu i Etički kodeks Hrvatske komore zdravstvenih radnika, daje se pregled aktualne i praktične provedbe navedenih preporuka i propisa. Naglašava se razlika između pristanka na medicinski postupak i pristanka na uključivanje u istraživački protokol. Posebno se naglašava uloga specijalista laboratorijske medicine i magistra medicinske biokemije u procesu informiranog pristanka u laboratoriju. Predlaže se kreiranje "intervjua informiranog pristanka". Potrebno je dodatno promišljati i o opciji "proširenog pristanka". Zaključno, informirani pristanak treba predstavljati važnu i rutinsku aktivnost unutar hrvatskih kliničkih laboratorija.

Ključne riječi: *klinička etika; kodeksi profesionalnih etika; Helsinška deklaracija; informirani pristanak; biokemija; klinička laboratorijska praksa; Hrvatska.*