

**PRAVNI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U SPLITU**

**ZBORNIK RADOVA S MEĐUNARODNOG
SIMPOZIJA**

**„MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU
ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI“**

13. i 14. studenog 2015. godine

**Zbornik radova s međunarodnog simpozija „Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene
djelatnosti“**

Nakladnik

Sveučilište u Splitu

Pravni fakultet

Domovinskog rata 8

21000 Split

Suorganizatori

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet u Splitu

Hrvatska liječnička komora

Hrvatska komora zdravstvenih radnika

CIP - Katalogizacija u publikaciji

SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA U SPLITU

UDK 34:61>(063)

61:34>(063)

MEĐUNARODNI simpozij Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti (2015 ; Plitvice)

Zbornik radova s međunarodnog simpozija Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti :

Plitvice, <13. I 14. studenog 2015. godine> / urednici Anita Kurtović Mišić ... <et al.>. – Split :

Pravni fakultet Sveučilišta, 2015.

Bibliografija. - Summaries.

ISBN 978-953-6102-55-6

I. Kurtović Mišić, Anita

I. Medicinsko pravo -- Zbornik

160206064

Urednik nakladničke djelatnosti

Izv. prof. dr. sc. Željko Radić

Urednici izdanja

prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić prof. dr. sc. Jozo Čizmić

prof. dr. sc. Vesna Rijavec izv. prof. dr. sc. Suzana Kraljić prof. dr. sc. Hajrija Mujović Zornić

mr. sc. Ante Klarić Miran Cvitković, dr. med.

Tehnički urednik

dr. sc. Ivan Vukušić

Recenzenti

prof. dr. sc. Hrvoje Kačer, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

izv. prof. dr. sc. Damir Primorac, Svučilišni odjel forenzičnih znanosti Sveučilišta u Splitu

izv. prof. dr. sc. Marko Bevanda, Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru

izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

doc. dr. sc. Maja Proso, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

doc. dr. sc. Dinka Šago, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

doc. dr. sc. Matko Pajčić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

doc. dr. sc. Alena Jurić, Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru

Priprema i tisak

DES

Naklada 250 kom.

Ovaj Zbornik predstavlja rezultat međunarodnog simpozija „Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti“ održanog na NP Plitvicama 13. i 14. studenog 2015. godine.

ZBORNİK RADOVA S MEĐUNARODNOG SIMPOZIJA

„MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI“

Urednici

prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

prof. dr. sc. Jozo Čizmić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

prof. dr. sc. Vesna Rijavec, Pravni fakultet u Mariboru

prof. dr. sc. Suzana Kraljić, Pravni fakultet u Mariboru

prof. dr. sc. Hajrija Mujović Zornić, Institut društvenih nauka, Centar za pravna istraživanja, Beograd

Miran Cvitković, dr. med., Hrvatska liječnička komora

mr. sc. Ante Klarić, Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Plitvice, 2015.

MEĐUNARODNI SIMPOZIJ

„MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI“

Datum održavanja

13. i 14. studenog 2015. godine

Suorganizatori

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet u Splitu

Hrvatska liječnička komora

Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Voditelj savjetovanja

prof. dr. sc. Jozo Čizmić

prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić

Miran Cvitković, dr. med.

mr. sc. Ante Klarić

Organizacijski odbor

izv. prof. dr. sc. Željko Radić

mr. sc. Trpimir Goluža, dr. med. Bruno Cvetković, dipl. san. ing.

prof. dr. sc. Šimun Anđelinović prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med.

Jasna Matić, bacc. med. lab.

Radni jezik: hrvatski, slovenski

Mjesto održavanja

NP Plitvice

Hotel Jezero

SADRŽAJ

ČLANCI

Prof. dr. sc. Jozo Čizmić, redoviti profesor u trajnom zvanju
Medicinsko pravo - pojam, izvori, značaj 1

Ljubica Žunić, dipl. iur., predavač i Frane Mihanović, mag. med. rad.,
Pravo u zdravstvu – moć edukacije u službi prevencije
(iskustva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu) 35

Ivica Babić, dr. med.
Uloga sindikata u teoriji i praksi medicinskog radnog prava 45

Miran Cvitković, dr. med.
Medicinsko pravo – neposredna primjena u strukovnim organizacijama 51

Mr. sc. Ante Klarić, mag. iur
Medicinsko pravo – osnov definiranja strukovnih komorskih prava 65

Dr. sc. Snježana Bagić, mag. iur.
Medicinsko pravo u praksi ustavnog suda Republike Hrvatske 83

Prof. dr. sc. Aldo Radolović, redoviti profesor u trajnom zvanju
Pravo na život, zdravlje, dostojanstvo i privatnost (prava osobnosti) kao temelji građanskog medicinskog prava 103

Izr. prof. dr. Suzana Kraljić, izvanredna profesorica
Pacijentove dolžnosti in odgovornosti 123

Dr. sc. Blanka Ivančić-Kačer, mag. iur.
Prava pacijenata i transplantacija 135

Petra Matijaščić Žugaj, mag. iur. i Daria Jagić, mag. iur.
Prava pacijenata s invaliditetom i duševnim smetnjama 155

Prof. dr. sc. Hrvoje Kačer, redoviti profesor u trajnom zvanju
i Nina Mišić Radanović, mag. iur.
Osnove građanskopravne odgovornosti zdravstvenih radnika 171

Prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, redovita profesorica u trajnom zvanju
Osnove kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika..... 193

Mr.sc. Tatjana Babić, mag. iur.
Osnove disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika..... 213

Prof. dr. sc. Hajrija Mujović Zornić, redovita profesorica
Aspekt medicinskog prava u pogledu dopuštenosti i pristanka na “off-label” primenu lekova..... 237

Doc. dr. sc. Željka Primorac, docentica, Tihana Pivac, mag. iur. i Dino Pivac, mag. iur.,
Dospijeće naknade štete po zakonu o obveznim osiguranjima u prometu s obzirom na (ne)dostavu medicinske dokumentacije uz odštetni zahtjev 255

Zdravka Jagić, mag. iur.
Prekršajna odgovornost članova komora u zdravstvu..... 279

Izv. prof. dr. sc. Damir Primorac, izvanredni profesor, Neven Cambj, mag. iur. i Bruno Klein, mag. iur.
Pravni aspekt vještačenja tjelesnih ozljeda u kaznenom postupku s posebnim osvrtom na sudsku praksu..... 297

Josip Mađarić, mag. iur.
Odgovornost zdravstvene ustanove za naknadu štete radi liječničke pogreške..... 313

SAŽETCI

Izv. prof. dr. sc. Željko Radić, izvanredni profesor, izv. prof. dr. sc. Vilma Pezelj, Marija Štambuk Šunjić, mag. iur.
Povijest medicinskog prava..... 329

Izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić, izvanredni profesor
Organizacija javne zdravstvene službe na razini lokalne samouprave u Hrvatskoj..... 331

Dijana Cimera dr. med.
Uloga medicinskog prava u kreiranju javnog zdravstva 333

Natalia Bralić, dr. med., spec. med. iur.
Primjena medicinskog prava u sustavu upravljanja s aspekta liječnika 335

ČLANCI

Prof. dr. sc. Jozo Čizmić, redoviti profesor (trajno zvanje)
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

MEDICINSKO PRAVO - POJAM, IZVORI, ZNAČAJ

UDK: 61 : 349

Primljeno: 15. listopada 2015.

Izvorni znanstveni rad

Medicinsko pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost. Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga, odnosno kojima se uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija te organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa. U radu je autor ukazao na sadržaj pojma „medicinsko pravo“, njegov odnos prema sličnim i srodnim znanstvenim i stručnim pojmovima (zdravstveno pravo, liječničko pravo, sudska medicina, medicinska etika, bioetika), pravne izvore medicinskog prava, načela medicinskog prava, značaj medicinskog prava i obrazovanja stručnjaka iz područja medicinskog prava.

I/ UVOD – POJMOVNO RAZJAŠNJENJE

1/ Živimo u vremenu u kojemu je uobičajeno i nužno da se u znanstvenom i praktičnom pristupu bilo kojem problemu prilazi **multidisciplinarno**. Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka, a u nekima se čak i preklapaju. Zajednički cilj i medicine i prava jest humanost, jer se staraju o životu i zdravlju ljudi, svatko na svoj način.¹ Snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi.² Medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine.³ Danas je uobičajeno da na području (bio)medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije

¹ Usp. RADIŠIĆ, J. (2004). *Medicinsko pravo*, Beograd: Fakultet za poslovno pravo: Nomos., str. 5.

² Vidi ŠEPAROVIC, Z. (1998). *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini*, 3. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb: Informator., str. 5.

³ Tako JELAČIĆ, O. (1977). *O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, XIV, str. 236.

znanstveno-tehnoloških inovacija.⁴ Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše normativnom sviješću općeg morala i znanstvene i medicinske deontologije. Kašnjenje pravne intervencije na području biomedicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini.⁵ U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

U tom smislu postoji niz područja u kojima se **medicinska i pravna znanost i praksa, a i druge poput (bio)etike, isprepliću i nužno koegzistiraju**. Pri tome je potpuno nevažno je li u konkretnom predmetu veći udio medicine ili prava, odnosno etike. Naveli bismo, primjerice, neka područja kojima se može i mora pristupiti s medicinskog, pravnog i etičkog aspekta: nesavjesno liječenje; samovoljno liječenje; nepružanje liječničke pomoći, nadriliječništvo, izumi i tehnička unapređenja stvoreni u zdravstvu, patentiranje gena, ljudski genom; davanje i primanje mita; zadržavanje u zdravstvenoj ustanovi protiv volje pacijenta; pravna zaštita života; pravna zaštita genetskog identiteta i privatnosti; dužnost liječnika da pacijenta izvjesti o rizicima operacije i pristanak pacijenta na operaciju; nepristajanje pacijenta na medicinsku intervenciju iz vjerskih pobuda; transplatacija dijelova ljudskog tijela; odgovornost liječnika i zdravstvene ustanove zbog sekundarnih šteta; odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja; ograničenje odgovornosti zbog štete; liječnička grešaka pri određivanju dijagnoze i terapije; osiguranje od profesionalne (liječničke) odgovornosti; fertilizacija *in vitro* i genetske intervencije; izdavanje lijekova i odgovornost ljekarnika, nesavjesno postupanje pri pripravljanju i izdavanju lijekova; dužnost liječnika da obznani vlastitu stručnu pogrešku; sloboda liječnika da izabere terapiju i njezina ograničenja; ispitivanje lijekova na ljudima; sudska psihijatrija i sudska medicina; liječnička tajna i neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne; eutanazija; bioetika i biomedicinska istraživanja; protupravni prekid trudnoće; medicinska vještačenja; prenošenje zarazne bolesti; prenošenje spolne bolesti i dr.

Upravo zbog toga držimo zanimljivim i korisnim ukazati na neke posebnosti tih znanstvenih područja i njihovog međusobnog odnosa.

2/ Medicinsko pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost.⁶ U zadnjih nekoliko desetljeća medicinsko pravo postoji i afirmiralo se kao

⁴ Usp. VISKOVIĆ, N. (1995). *Država i pravo*, Zagreb: Birotehnika., str. 219.

⁵ Tako i podrobnije o tome kod VISKOVIĆ, N. (1995). *Bioetika i biomedicinsko pravo*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 32 (1-2), str. 78.-82.

⁶ Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 3.

zasebna disciplina pravne znanosti i kao zasebna grana prava.⁷ Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga,⁸ odnosno kojima se uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija te organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa.⁹ Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze. Na ovom području pravo i medicina se susreću i teže zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrijednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajanog segmenta zaštite ljudskih prava.¹⁰

Medicinsko pravo (*medical law, droit medical, Artzrechts*) u **užem smislu** obuhvaća pravna pravila koja uređuju odnose u obavljanju zdravstvene/medicinske zaštite.¹¹ Gledano u **širem smislu**, medicinsko pravo obuhvaća i druge propise kojima se ne uređuju izravno odnosi u obavljanju zdravstvene djelatnosti, ali su u svezi s njima, kao što su, primjerice, propisi o prometu i izdavanju lijekova, osiguranju od odgovornosti, medicinskim proizvodima i sl.¹² Medicinsko pravo u

⁷ Iako je medicinsko pravo relativno nova grana prava, elemente medicinskog prava možemo naći među najstarijim pravnim izvorima. U Hamurabijevu zakoniku (1729.-1686. prije Krista) nalaze se, primjerice, odredbe o profesionalnoj odgovornosti liječnika. Hipokrat (460.-377. prije Krista) je radio na etičkom i pravnom uređenju odgovornosti liječnika (*Corpus hippocraticum*), a treba spomenuti i Justinijanove zakone (*Codex, Institutiones i Novellae*) u kojima se, među ostalim, uređuje i profesionalna odgovornost liječnika, potreba ocjenjivanja težine tjelesnih povreda, uloga liječnika u vještačenju i sl. Tako i podrobnije o povijesnom razvitku medicinskog prava i sudske medicine kod ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004., str. 1.-5.; JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 5.-12.; JAHNKE, *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, 10. Auflage, 5. Band, Leipzig, 1988., par. 203.; *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

⁸ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 21.

⁹ Usp. ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopравни pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 5.

¹⁰ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pravo kao garant vršenja medicine*, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pravo kao garant vršenja medicine*, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15.

¹¹ Za tzv. medicinsko pravo u užem smislu ponekad se koristi i naziv „**liječničko pravo**“, jer se drži da su liječnici temeljni nositelji medicinske djelatnosti. Međutim, pretežito je mišljenje da taj naziv nije u potpunosti prikladan jer navodi na pomisao da se radi o grani prava koja se isključivo bavi statusom i radom liječnika, te tako skreće pozornost s činjenice da je cilj medicinskog prava zaštita pacijenata. Stoga se naziv medicinsko pravo drži prikladnijim jer, kao i nazivi drugih pravnih disciplina, ukazuje na djelatnost kojom se bavi, a ne na djelatnike koji tu djelatnost obavljaju. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 21.; vidi i KLARIĆ, P., *Odštetno pravo*, Zagreb, 2003., str. 378., bilješka 13.

¹² Tako KLARIĆ, P., *Odgovornost za štete u medicini*, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

širem smislu obuhvaća, dakle, i pravne norme koje se tiču lijekova, medicinskih sredstava, prikupljanja i transfuzije krvi i sl.¹³

3/ U pravnoj teoriji i judikaturi u zadnje vrijeme pojavljuje se i naziv «**zdravstveno pravo**» ili «pravo zdravlja» (*Health Law*), koji je prema mišljenju nekih autora **sadržajno širi** od pojma «medicinsko pravo», jer obuhvaća sve propise vezane uz zdravstvo, odnosno zdravlje.¹⁴ Drže da je zdravstveno pravo ne samo širi pojam, nego i socijalno-zdravstveno područje aktivnosti različito od medicinskog prava. Termin i pojam zdravstva daleko je sveobuhvatniji od onoga što se shvaća pod medicinom, te sadrži u sebi naglaske na društvenim i pravnim konotacijama i ingredijentima, jer se radi o važnoj socijalnoj djelatnosti, dok medicina ima svoje biološke, somatske, organske, morfološke komponente i elemente.¹⁵ Smatraju, usto, da je pojam „medicinsko pravo“ uži od pojma „zdravstveno pravo“ jer medicinsko pravo, u načelu, uređuje odnos između liječnika i pacijenta kao pružatelja i korisnika zdravstvene zaštite, i tek podredno uključuje druge zdravstvene radnike u području svoje regulacije, pa može predstavljati samo jednu od grana zdravstvenog prava.¹⁶

Treba napomenuti da ima i **suprotnih mišljenja**. Tako Šeparović smatra da je pojam „medicinsko pravo“ **obuhvatniji** od pojma „zdravstveno pravo“ jer pokriva cjelovito područje medicine kao djelatnosti, kao medicinskog (zdravstvenog) čina, kao struke i poziva, umijeća (*ars*) i znanosti (*scientia*).¹⁷

Povijesno gledano, u zapadnoeuropskim državama pružanje zdravstvenih usluga bilo je fokusirano na liječnika, koji je bio profesionalno odgovoran za početnu dijagnozu i cijeli tijek postupka liječenja pacijenta, pa je u tom smislu u prvom planu bio odnos pacijenta i liječnika, s dominantnom ulogom liječnika. Stoga se držalo da su pretežiti predmet medicinskog prava upravo različiti aspekti odnosa liječnika i pacijenta.¹⁸ Napretkom medicine i timskim radom, odnosno sudjelovanjem u liječenju i drugih zdravstvenih i nemedicinskih (administrativnih) djelatnika pored liječnika, pojam «medicinsko pravo» postao je limitiran i ne može više obuhvatiti i objasniti sve odnose u koje stupaju pacijenti i zdravstveni

¹³ Usp. DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Berlin, 2003., str. 3.

¹⁴ Vidi LAUFS, A. – UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrecht*, Munchen, 2002., str. 4.; KLARIĆ, P., *Odgovornost za štete u medicini*, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

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

¹⁶ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 19.

¹⁷ Tako ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopравни pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 3.

¹⁸ Vidi GIESEN, D., *International Medical Malpractice Law*, London, 1988.; KENNEDY, I. – GRUBB, A., *Medical Law – Text with Materials*, London, 1991.; MORGAN, *Issues in Medical Law and Ethics*, London, 2001.

djelatnici u obavljanju zdravstvene djelatnosti, a posebno stoga što pacijent nema više podređenu ulogu (*patient as consumer*). Zbog toga pojam «zdravstveno pravo» (*health law*), odnosno «pravo zdravstvene zaštite» (*health care law*), kao sadržajno širi, sve više potiskuje naziv «medicinsko pravo». Primjer za to možemo naći i u korištenju pojma zdravstveno pravo u propisima (smjernicama) Europske unije, izmjenama naziva specijaliziranih časopisa iz *Medical Law* u *Health Law* i sl.¹⁹

Zdravstveno pravo može se **definirati** kao skup pravnih pravila kojima se regulira provođenje i pružanje odgovarajuće, potrebne, pravno priznate i neophodne zdravstvene zaštite stručnim obavljanjem zdravstvene djelatnosti od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika. Ono u **užem smislu** obuhvaća skup pravnih pravila kojima se regulira sadržaj, način obavljanja, opseg te struktura provođenja zdravstvene djelatnosti od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika, tj. posebna pravna pravila koja reguliraju sadržaj, opseg, ovlaštenike i način obavljanja liječničke, stomatološke, farmaceutsko-biokemijske i sestrinske djelatnosti, dok u **širem smislu** obuhvaća skup pravnih pravila i drugih grana prava kojima se uređuju i sva ostala pitanja koja na izravan ili neizravan način proizlaze ili nastaju u postupku pružanja zdravstvene zaštite.²⁰ U nekoliko proteklih desetljeća zdravstveno pravo prepoznato je kao zasebno područje prava. Zdravstveno pravo razvilo je vlastita načela i zasebne pravne izvore, kodificirana su pravila (bio) medicinske etike, a zdravstveno pravo postalo je dijelom studijskih programa na brojnim sveučilištima u svijetu.²¹

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

4/ Prilikom pojmovnog i sadržajnog objašnjenja „medicinskog prava“ svakako treba ukazati i na njegov odnos prema sudskoj medicini. Pojmovi „sudska

¹⁹ Tako i opširnije o tome kod HERVEY, T. K. – Mc HALE, J., *Health Law and the European Union*, Cambridge, 2004., str. 6.-21.

²⁰ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 20.

²¹ Vidi SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, «Frontiers of European Health Law», Yearbook 2002., str. 76.

medicina“ i „medicinsko pravo“ nisu sinonimi. Sudska medicina (engl. *Forensic Medicine*, njem. *Recht Medizin*) je **grana medicine** koja se, najčešće za potrebe suda, bavi utvrđivanjem činjenica kao što su, primjerice, nastupanje smrti, ozljede i sl.²² Sudska medicina je medicinska disciplina koja povezuje dvije različite struke i znanosti – medicinu iz kruga bioloških znanosti i pravo kao predstavnika društvenih znanosti, a temeljni joj je zadatak pružanje pomoći pravnoj struci u slučajevima kad u pravnim postupcima treba riješiti različite medicinske probleme.²³ Znanja iz sudske medicine služe uglavnom za razjašnjavanje pravnih problema iz domene zdravlja i bolesti, života i smrti ljudi.²⁴ Možemo zaključiti da sudska medicina predstavlja, zapravo, pravo u medicini, a medicinsko pravo predstavlja medicinu u pravu.²⁵ Sudska se medicina se naziva i **forenzičkom medicinom**. Često se kao sinonim koristi i pojam «pravna medicina», koja u sebi uključuje i **sudsku psihopatologiju** i **medicinsku kriminalistiku**.²⁶

II/ ODNOS BIOETIKE I MEDICINSKOGA PRAVA

1/ Prije detaljnije razrade pojma i sadržaja medicinskog prava, trebalo bi, ipak, radi pojašnjenja i usporedbe osvrnuti se ukratko i na pojam «bioetika».

Pojam «**bioetika**» nastaje u 20. stoljeću, a tek posljednjih desetljeća postaje i općeusvojeni naziv nove grane suvremene etike.²⁷ U Bioetičkoj enciklopediji «bioetika» se definira kao sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu prirodnih znanosti i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju.²⁸ Danas se bioetika nerijetko poistovjećuje s **medicinskom etikom**, odnosno s **novom medicinskom etikom**, jer se drži da su ti pojmovi sinonimi.²⁹ S druge strane, postoji i mišljenje da to nije u potpunosti

²² *Ibid.*, str. 3.

²³ Vidi ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004., str. 1.

²⁴ Tako JELAČIĆ, O., *Osnove sudske medicine za studente prava*, Split, 1981., str.5.

²⁵ Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 21.; RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo u svetu i kod nas*, „Pravni informator“, 2002., br. 9. str. 1.

²⁶ Tako RAMLJAK, A. – VESEL, J., - *Pravna medicina*, Banja Luka, 1986., str. 17.-18. O pravnoj medicini vidi i kod MARIĆ, J. – LUKIĆ, M., *Pravna medicina*, Beograd, 1998.

²⁷ Tako VISKOVIĆ, N., *Kakva bioetika?*, poglavlje u knjizi Nikola Visković «Sumorne godine – nacionalizam, bioetika, globalizacija», Split, 2003., str. 212.

²⁸ Usp. *Introduction*. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed., New York, 1995., str. XXI. Tako i opširnije o tome kod HLAČA, N., *O bioetici u povodu potpisa u Vijeću Europe dvaju međunarodnih dokumenata s bioetičkim sadržajima*, «Vladavina prava», god. II., 1998., br. 3-4, str. 45.-52., SORTA-BILAJAC, I., *Od eutanazije do distanazije*, Rijeka, 2005., str. 15.-28.; MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 76.

²⁹ Tako i opširnije kod ŠEGOTA, I., *Nova medicinska etika (bioetika)*, Rijeka, 2000., str. 1. i dalje. O pojmu «globalna bioetika» vidi kod MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 77.

točno jer se tvrdi da je bioetika mnogo više od medicine i medicinskih znanosti,³⁰ jer globalno sagledava dobrobit čovjeka u kontekstu poštivanja prirode, te, pored medicinske etike, uključuje i etiku okoliša, religijsku etiku, socijalnu etiku i dr.³¹ I prema mišljenju Callahana, pojam «bioetika» ne podrazumijeva i ne promatra ljudsko zdravlje i kvalitetu života isključivo u medicinskom smislu jer bi takvo shvaćanje bilo preuko da obuhvati šira i sporna pitanja suvremene etike.³² U definiciju bioetike, ponekad se, pored medicinske etike ubrajaju sudska medicina i profesionalna deontologija.³³

U teoriji i praksi (bio)medicinske etike, često se može susresti pojam **klinička bioetika**, koji se odnosi na moralno odlučivanje tijekom svakodnevne brige za (konkretnog) pacijenta i etička pitanja koja iz toga proizlaze, a klinička bioetika to čini u okviru šireg interdisciplinarnog područja bioetike koje obuhvaća i filozofiju, teologiju, pravo i dr.³⁴

2/ Zbog značenja i aktualnosti bioetike i medicinskog prava kod zaštite i promicanja prava pacijenata, ali i uređenja rada i statusa zdravstvenih djelatnika, odnos ovih dviju znanstvenih disciplina i znanstvenih područja postao je predmetom brojnih rasprava i istraživanja.³⁵

Tako, primjerice, postoji mišljenje da bioetika, kao suvremena interdisciplinarna grana medicinske znanosti, čija je djelatnost utemeljena na zaštiti ljudskih prava u medicini, uključuje u sebi i sudske medicinu, profesionalnu deontologiju, ali i zdravstveno pravo *sensu strictiori* i zdravstveno pravo u širem smislu. Drugim riječima, drži se da je zdravstveno/medicinsko pravo, kao sadržajno uži pojam, dio bioetike.³⁶ Svakako, postoji i suprotno mišljenje.³⁷

³⁰ Vidi JONSEN A. R. – JAMETON A., *Medical Ethics*, In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed., New York, 1995., str. 1624., podatak kod SORTA-BILAJAC, I., *Od eutanazije do distanazije*, Rijeka, 2005., str. 17.

³¹ Usp. ŠEGOTA, I., *Van Rensselaer Potter II – «otac» bioetike*, Bioetički svesci 1999., 6, str. 14.-21.

³² Tako CALLAHAN, D., *Bioethics*, In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed., New York, 1995., str. 1624., podatak kod SORTA-BILAJAC, I., *Od eutanazije do distanazije*, Rijeka, 2005., str. 18.

³³ Vidi *Medicinski leksikon*, Zagreb, 1990., str. 106.

³⁴ Tako SORTA-BILAJAC, I., *Od eutanazije do distanazije*, Rijeka, 2005., str. 19. Vidi i FLETCHER, J. C. – BRODY, H., *Clinical Ethics*, In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed., New York, 1995., str. 399.-402.

³⁵ Vidi MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 45.-461., CAPRON, A. M., *Law and Bioethics*, *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 3., str. 1329.-1335., ZATTI, P., *Bioetica e diritto*, «Rivista italiana di medicina legale, 1995., br. 17, str. 11ss. I dr.

³⁶ O tome primjerice kod RADOVANČEVIĆ, LJ., *(Ko)relacije bioetike i zdravstvenog prava*, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanog u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008., Program i sažeci, str. 15.

³⁷ Tako, primjerice, postoji mišljenje da profesionalna medicinska etika čini temeljni dio medicinskog prava. Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Zagreb, 007., str. 15. Vidi i MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 458.

Uvažavajući naprijed navedena mišljenja, držimo, ipak, da **niti je medicinsko/zdravstveno pravo dio bioetike, niti je bioetika dio zdravstvenog/medicinskog prava**. Naime, medicinsko pravo i bioetika dvije su **zasebne znanstvene grane i zasebna znanstvena područja** koja se, svako sa svog aspekta, bave istraživanjem i uređenjem odnosa na području medicine/zdravstva.³⁸ Medicinsko pravo je znanstvena disciplina koja pripada znanstvenom području **društvenih znanosti**, polju prava, dok bioetika pripada znanstvenom području **humanističkih znanosti**, polju filozofije, grani etike.³⁹

Međutim, držimo neprijepornim da bioetika može postojati kao samostalna znanstvena disciplina, a razlog prije svega treba tražiti u izričaju «interdisciplinarna impostacija», jer je to njezin specifikum.⁴⁰ Vodeći računa o stalnom razvitku i policentričnom sustavu znanstvene djelatnosti i visokog obrazovanja, moguće je i u budućnosti nužno uspostaviti interdisciplinarna znanstvena područja koja će omogućiti suradnju znanstvenika i znanstvenih organizacija iz više različitih znanstvenih područja, polja i grana u ostvarivanju većeg broja problemski povezanih znanstvenih projekata. Ovo područje moguće je sada utvrditi samo načelno, kao znanstveno područje različitih znanstvenih područja i polja, a znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja mogu se utvrditi u svakomu pojedinom predmetu (kao npr.: znanost o sustavima i kibernetika, kognitivne znanosti, Life Sciences, Behavioural Sciences i sl.). Znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja uspostavljaju se, pak, temeljem obrazloženog zahtjeva, a odluku o utvrđivanju polja donosi Nacionalno vijeće za znanost.⁴¹ U tom bi pravcu svakako trebalo biti usmjereno i uređenje odnosa medicinskog prava i bioetike i njihov položaj u sustavu znanstvenih područja, polja i grana.

3/Medicinska etika i (medicinsko) pravo nerijetko se međusobno nadopunjuju. Pojedini odnosi i problemi koji se pojave u području medicinske djelatnosti mogu biti predmetom interesa i medicinskog prava i bioetike. Štoviše, nekada je zajednički pristup nužan da bi se navedeni odnosi mogli kvalitetno urediti, odnosno da bi se uočeni problemi mogli kvalitetno riješiti. Spomenuli bismo samo nekoliko primjera poput: eutanazije, kloniranja, patentiranja gena i matičnih stanica, liječničke tajne i sl.

³⁸ Tako, primjerice, Matulić drži da: «bioetika i biopravo jesu i ostaju dvije razdvojene stvarnosti, ali intimno povezane i međuovisne, gdje svaka sfera ostaje autonomna i nealterirana u svojoj domeni, ali bezuvjetno legitimira utjecaj jedne na drugu». MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 458.

³⁹ Vidi Pravilnik o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama, «Narodne novine», br. 76/05., čl. 4. točke 5.02. i 6.01.05. Medicinska etika dio je opće znanstvene discipline koja se bavi jednim od bitnih područja ljudskog življenja – problematikom morala. ZNIDARČIĆ, Z., *Medicinska etika 1 – Uvod, Svrha raspravljanja o medicinskoj etici*, Zagreb, 2004., str. 11.

⁴⁰ Tako MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 76.

⁴¹ Arg. *Pravilnik o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama*, čl. 5.

Posebno je značajna i nužna suradnja pripadnika ovih znanstvenih područja kod donošenja propisa kojima se uređuju odnosi u području zdravstva. Bioetika sa svojim etičkim sudovima o konkretnom ponašanju pomaže pravu i pravnoj znanosti u artikuliranju adekvatnih zakonskih normativa.⁴²

4/ Značajni predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između liječnika (zdravstvenog radnika) i pacijenata u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni, nego je i **etički**. U njemu su moralni i pravni obziri pomješani u znatno većoj mjeri nego što je to slučaj s ostalim pravnim odnosima među ljudima. Liječnik (zdravstveni djelatnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti.⁴³ Etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila. Međutim, odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, već su i pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac odredbom čl. 120. ZOZZ-a digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije.⁴⁴ Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je nepriježno da je medicinska etika izvor medicinskog prava.⁴⁵ Kada se etički postulati i pravila ponašanja u području medicine urede pravnim normama, tada dolazi do **preklapanja**, odnosno svojevrsne **simbioze bioetike i medicinskog prava** i pri tome je najmanje značajno je li bioetika postala dijelom medicinskog prava ili je, pak, obrnuto. Bioetika, za razliku od etike, insistira da temat svog proučavanja legalno kodificira.⁴⁶

5/ Treba kazati da medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine. Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su **kontrolirani**

⁴² Više kod MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 453.

⁴³ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo u svetu i kod nas*, „Pravni informator“, 2002., br. 9. str. 1.

⁴⁴ Usp. KLARIĆ, P., *Odgovornost za štete u medicini*, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

⁴⁵ Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 24.

⁴⁶ Tako MUZUR, A. – RINČIĆ LERGA, I., *Etika i bioetika: sličnosti i razlike u odnosu prema pravu*, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanog u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008., Program i sažeci, str. 14.

ponajviše **pravilima morala i medicinske etike i deontologije**. Tako, na određeni način, bioetika **preuzima ulogu prava** u uređenju odnosa iz područja medicine, dok se ti odnosi konačno ne urede pravnim normama. S druge strane, pravne norme daju bioetičkim postulatima i teorijama potrebnu praktičnost i opću primjenjivost.⁴⁷ Već od samih početaka bioetike bila je razvidna nužnost i neodgodiva potreba za angažmanom pravne znanosti i prava u tematikama i problematikama koje bioetika prihvaća kao svoj materijalni objekt, a pogotovo se danas javlja potreba ozbiljnog i studioznog pravno-znanstvenog promišljanja o brojnim bioetičkim temama.⁴⁸

Drugim riječima, snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi.⁴⁹ Medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine.⁵⁰ Danas je uobičajeno da na području (bio)medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija.⁵¹ Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše normativnom sviješću općeg morala i znanstvene i medicinske deontologije. Kašnjenje pravne intervencije na području medicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini.⁵² U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

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

6/ Konačno, medicinsko pravo i bioetika imaju zajednički cilj – humanost, odnosno promicanje i zaštitu temeljnih ljudskih prava u obavljanju medicinske

⁴⁷ Tako BOGDANIĆ, M., *Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava*, referat na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

⁴⁸ Usp. MATULIĆ, T., *Bioetika*, Zagreb, 2001., str. 452.

⁴⁹ Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopравни pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 5.

⁵⁰ Tako JELAČIĆ, O., *O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. XIV, 1997., str. 236.

⁵¹ Usp. VISKOVIĆ, N., *Država i pravo*, Zagreb, 1995., str. 219.

⁵² Tako i podrobnije o tome kod VISKOVIĆ, N., *Bioetika i biomedicinsko pravo*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 32, 1995., br. 1-2, str. 78.-82.

djelatnosti. To je svakako i razumljivo jer se te dvije struke bave **najznačajnijim ljudskim vrijednostima**, kao što su život i zdravlje čovjeka, svaka na svoj način.⁵³

III/ PREDMET PROUČAVANJA MEDICINSKOG PRAVA

Područje medicinskog/zdravstvenog prava vrlo je opsežno s tendencijom širenja, jer zdravstvena djelatnost, kao **predmet proučavanja** medicinskog prava, svakim danom postaje sve razvijenija, a pitanja i problemi koji iz te djelatnosti proizlaze postaju sve brojniji.⁵⁴ Što se predmeta medicinskog prava tiče, norme medicinskog prava u pravilu su vezane i odnose se na tri subjekta: čovjeka (bolesnika, pacijenta) i njegova temeljna prava (na zdravstvenu zaštitu, odnosno život, zdravlje i sigurnost); liječnika i druge zdravstvene djelatnike (a posebno na njihovu odgovornost); te bolnice i druge zdravstvene ustanove u kojima pacijenti ostvaruju svoje pravo na zdravstvenu zaštitu, kao i na zdravstveni sustav u cjelini i njegovo uređenje i djelotvorno funkcioniranje.⁵⁵

Usto, zaseban predmet medicinskog prava je i **zdravstveno osiguranje** i s tim u svezi pravo čovjeka na zdravstvenu zaštitu, financiranje zdravstva.⁵⁶ Tako je odredbom čl. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju («Narodne novine», broj 85/06., 105/06, 118/06., dalje - **ZOZO**) propisano da se njime uređuje sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba osiguranih prema ZOZO-u, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite.

U našem pravu **predmet zdravstvenog** prava proizlazi iz same definicije zdravstvene djelatnosti koja je dana u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine», broj 121/03., 48/05., 85/06., dalje - **ZOZZ**). Tako se propisuje da zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (ZOZZ, čl. 2.), a zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri

⁵³ Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 5.

⁵⁴ Tako BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 20.

⁵⁵ Usp. ŠEPAROVIC, Z., *Granice rizika – Etičkopравни pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 4.

⁵⁶ *Ibid.*, str. 4.

pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom (ZOZZ, čl. 23.).

IV/ PRAVNI IZVORI MEDICINSKOG PRAVA

1/ Medicinsko pravo je skup raznorodnih pravila, koja pripadaju različitim granama prava, a zajedničko im je da uređuju odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti. Izvori medicinskog prava brojni su s tendencijom da budu sve brojniji, a usto su i disperzirani. Stoga držimo da bi bilo nužno provesti kodifikaciju na području medicinskog prava, što bi dovelo do bolje preglednosti relevantnih propisa, njihove učinkovitije primjene i veće pravne sigurnosti.

Izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u više skupina: propise koji **izravno** uređuju odnose koji nastaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti, te propise iz drugih područja prava (primjerice, ustavnog, građanskog, građanskog procesnog, kaznenog,⁵⁷ kaznenog procesnog, radnog i socijalnog, upravnog, obiteljskog, međunarodnog i sl.), koji dijelom (**posredno**) uređuju pojedina pitanja vezana za odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti.⁵⁸

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

2.1. Zakoni koji predstavljaju temeljni **izravni izvor medicinskog prava** jesu:

a/ Zakon o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine», broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14), kojim se uređuju: načela, mjere, način provođenja te organizacija zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite te sadržaj, način obavljanja i nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti (ZOZZ, čl. 1. st. 1.);

b/ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju («Narodne novine», broj 80/13, 137/13), kojim se uređuje: sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba

⁵⁷ O tzv. medicinskom kaznenom pravu detaljnije kod KOROŠEC, D., *Medicinsko kaznensko pravo*, Ljubljana, 2004.

⁵⁸ Šeparović navedene izravne izvore medicinskog prava naziva izvorima medicinskog prava u užem smislu, dok ostale pravne izvore medicinskog prava koji se odnose na «zdravstveni čin», naziva izvorima medicinskog prava u širem smislu. ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 4.

osiguranih prema ovom zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, čl. 2.);

c/ Zakon o liječništvu («Narodne novine», broj 121/03., 117/08.), kojim se uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj (Zakon o liječništvu, čl. 1.);

d/ Zakon o zaštiti prava pacijenata («Narodne novine», broj 169/04., 37/08.), kojim se određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava. Pacijentom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije (Zakon o zaštiti prava pacijenata, čl. 1.);

e/ Zakona o dentalnoj medicini (ranije Zakon o stomatološkoj djelatnosti) («Narodne novine», broj 12/03., 117/08., 120/09.), kojim se uređuju ustrojstvo te uvjeti za obavljanje stomatološke djelatnosti kao službe koja osigurava pružanje stomatološke pomoći osobama u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja (Zakona o stomatološkoj djelatnosti, čl. 1.);

f/ Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti («Narodne novine», broj 121/03., 117/08.), kojim se uređuju načela, način organiziranja i provođenja medicinsko-biokemijske djelatnosti, kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju diplomirani inženjeri medicinske biokemije pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom (Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, čl. 1.);

g/ Zakona o ljekarništvu («Narodne novine», broj 121/03., 142/06., 35/08., 117/08.), kojim se uređuje način organiziranja i provođenja ljekarničke djelatnosti kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom (Zakona o ljekarništvu, čl. 1.);

h/ Zakona o sestrinstvu («Narodne novine», broj 121/03., 117/08., 57/11.), kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na medicinske sestre na odgovarajući način primjenjuju se i na osobe sa zanimanjem medicinski tehničar (Zakona o sestrinstvu, čl. 1.);

i/ Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi («Narodne novine», broj 124/11.), Ovim se Zakonom određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te propisuje postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika kao i procjena zdravstvenih tehnologija, a sve radi osiguranja i smanjivanja rizika po život i zdravlje pacijenata, određuju se i načela te sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje kvalitete socijalne skrbi te postupak akreditacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi (i/ Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, čl. 1.).

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

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

3/ Pored zakona, izravni izvor medicinskog prava su i vrlo brojni (provedbeni) **podzakonski propisi**, koje ponajviše donose Ministarstvo zdravstva i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Podzakonskim se propisima obično razrađuju pitanja koja su samo općenito, načelno regulirana zakonom. Zbog njihove brojnosti spomenuli bismo, primjera radi, samo neke od njih: **Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama** („Narodne novine“, broj 25/13, 82/15.); **Uredba o dodatku na plaće doktora medicine i doktora stomatologije** („Narodne novine“, broj 44/05., isp. 45/05.); **Uredba o dodacima na plaće za pojedine poslove zaposlenih u zdravstvu** („Narodne novine“, broj 20/03. i 4/03.); **Uredba o osnivanju Hrvatskog zavoda za medicinu rada** («Narodne novine», broj 10/96., 13/96.); **Pravilnika o krvi i krvnim sastojcima** («Narodne novine», br. 14/99.); **Pravilnik o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti** („Narodne novine“, broj 128/06.); **Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika** („Narodne novine“, broj 33/94., 53/98., 64/98., 97/99., 84/01. i 43/03.); **Pravilnik o mjerilima za priznavanje naziva primarijus** („Narodne novine“, broj 66/05.); **Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika, medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti** („Narodne novine“, broj 90/04.); **Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta** („Narodne novine“, broj 6/96., 29/97., 1/98., 45/99., 121/99., 112/00., 87/02., 150/02., 7/03.); **Pravilnik o uvjetima,**

organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći („Narodne novine“, broj 146/03.); **Pravilnik o praćenju nuspojava lijekova i medicinskih proizvoda** („Narodne novine“ 29/05.); **Pravilnik o kriterijima za dodjelu naziva referentnog centra Ministarstva zdravstva** („Narodne novine“, broj 33/94., 34/97.); **Pravilnik o kriterijima i načinu razvrstavanja bolnica i bolničkih djelatnosti u kategorije** („Narodne novine“, broj 5/76.); **Pravilnik o načinu razvrstavanja lijekova te propisivanju i izdavanju lijekova** („Narodne novine“, broj 123/05.); **Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi** («Narodne novine», broj 175/03.); **Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu** («Narodne novine», broj 76/02.); **Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja** („Narodne novine“, broj 9/05.); **Plan zdravstvene zaštite republike hrvatske** («Narodne novine», broj 49/04.); **Osnovna mreža zdravstvene djelatnosti** («Narodne novine», broj 188/04.); i dr.

4/ Samo dio pravnih pravila nalazi se u pravnim propisima kojima se izravno i jedino uređuje medicinska djelatnost i status njezinih djelatnika, dok je drugi dio pravila medicinskog prava raspoređen, odnosno nalazi se u brojnim drugim **zakonskim i podzakonskim tekstovima koji pripadaju različitim područjima prava, a jednim dijelom uređuju i područje medicinskog prava.**⁵⁹

Ustav Republike Hrvatske («Narodne novine», broj 41/01 – pročišćeni tekst, 55/01., 76/10, 85/10, 05/14), sadrži i neke odredbe kojima se na izravan ili neizravan način uređuju i odnosi na području medicinskog prava. Tako Ustav svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (Ustav, čl. 58.), te propisuje da svatko ima pravo na zdrav život. Usto, propisuje da je država dužna osigurati uvjete za zdrav okoliš, te da je svatko dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, posvećivati osobitu skrb zaštititi zdravlja ljudi (čl. 69.). Nadalje, propisuje da svako ljudsko biće ima pravo na život (Ustav, čl. 21.), te da nitko ne smije biti podvrgnut bilo kakvu obliku liječničkih pokusa bez svoje privole (Ustav, čl. 23.). Koliko značenje Ustav daje zaštiti zdravlja može se najbolje vidjeti iz odredaba čl. 16. i 50. Ustava prema kojima se sva druga ustavna prava i slobode mogu ograničiti, ako je to potrebno radi zaštite zdravlja.⁶⁰

Kao neizravne izvore medicinskog prava spomenuli bismo i sljedeće zakone: **Zakon o obveznim odnosima** («Narodne novine», broj 35/05., 41/08, 125/11, 78/15); **Kazneni zakon** («Narodne novine», broj 125/11, 144/12, 56/15, 61/15); **Zakon o zaštiti tajnosti podataka** („Narodne novine“, broj 108/96.); **Zakon o tajnosti podataka** („Narodne novine“, broj 79/07, 86/12.); **Zakon o zaštiti osobnih podataka**

⁵⁹ Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo u svetu i kod nas*, „Pravni informator“, 2002., br. 9. str. 1.

⁶⁰ Tako KLARIĆ, P., *Odštetno pravo*, Zagreb, 2003., str. 379.

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

5/ Osim propisa koje donosi država, izvor medicinskog prava je i tzv. **staleško pravo**, a čine ga propisi koje, uz eventualno odobrenje nadležnog organa (ministarstva), donose razne profesionalne udruge i organizacije zdravstvenih djelatnika (primjerice, liječnička, ljekarnička, stomatološka ili sestrinska komora, udruga inženjera medicinske radiologije i dr.),⁶¹ deklaracije međunarodnih strukovnih organizacija i sl., a kojima se uređuje ponašanje zdravstvenih djelatnika prilikom obavljanja svoje profesije, međusobni odnosi članova pojedine profesije/komore, odnos prema pacijentima, društvu, kao i druga prava i dužnosti.⁶² Staleško pravo rezultat je samostalnosti strukovnih organizacija unutar zdravstvenog sustava koje na temelju zakonskih ovlasti mogu donositi podzakonske opće akte kojima reguliraju temeljna pitanja iz područja njihove struke.⁶³ Propisi staleškog prava ograničenog su dosega jer važe isključivo za članove komore/udruge određene profesije, a ne obvezuju pacijente i treće osobe, ali im ipak mogu jamčiti određena prava.⁶⁴ Autonomno staleško pravo pojavljuje se najčešće u obliku **statuta** strukovnih komora,⁶⁵ te **pravila pojedine medicinske profesije**, odnosno **kodeksa etike i/ili deontologije** pojedine profesije.

⁶¹ U Republici Hrvatskoj djeluju *Hrvatska liječnička komora, Hrvatska stomatološka komora, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora medicinskih biokemičara*, koje su strukovne organizacije zdravstvenih radnika sa statusom pravne osobe (arg. ZOZZ, čl. 189.). Ako posebnim zakonom nije drukčije određeno, zdravstveni radnici visoke stručne spreme i medicinske sestre koji obavljaju zdravstvenu djelatnost na području Republike Hrvatske, obvezno se učlanjuju u navedene komore (ZOZZ, čl. 190.).

⁶² U tom smislu RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 23.

⁶³ Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 41.

⁶⁴ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 23.

⁶⁵ Vidi Statut Hrvatske liječničke komore, («Narodne novine» br. 47/04.); Statut Hrvatske stomatološke komore («Narodne novine», broj 44/04., 69/06.); Statut Hrvatske ljekarničke komore, od 27. svibnja 2004. godine; Statut Hrvatske komore medicinskih sestara, od 1. listopada 2003. (izmjene 18. rujna 2005.); Statut Hrvatske komore medicinskih biokemičara, od 29. studenog 1994. godine, izmijenjen 23. siječnja 2004. godine.

Značajni predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između liječnika (zdravstvenog radnika) i pacijenata u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni, nego je i **etički**. U njemu su moralni i pravni obziri pomješani u znatno većoj mjeri nego što je to slučaj s ostalim pravnim odnosima među ljudima. Liječnik (zdravstveni djelatnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti.⁶⁶ Etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila. Međutim, odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, već su i pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac odredbom čl. 120. ZOZZ-a digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije.⁶⁷ Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je neprijeporno da je medicinska etika izvor medicinskog prava.⁶⁸

Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim **kodeksima**. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni djelatnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Najstarija kodifikacija liječničke etike je Hipokratova zakletva.⁶⁹ U Republici

⁶⁶ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo u svetu i kod nas*, „Pravni informator“, 2002., br. 9. str. 1.

⁶⁷ Usp. KLARIĆ, P., *Odgovornost za štete u medicini*, «Informator», br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002., male stranice, str. 3.

⁶⁸ Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 24.

⁶⁹ Hipokratova zakletva drevni je dokument i temelj je medicinske etike. Nastala je u V. stoljeću prije Krista. Hipokrat je postavio temelje moderne medicine, oslobađajući je od religije, nametanja kulta čovjeka i uvođenjem znanstvenog načela promatranja čovjeka i prirode. Hipokrat je u zakletvu unio temeljna deontološka načela koja su u to vrijeme važila u Grčkoj. Vidi NIKOLIĆ, S., *Etika zdravstvenih radnika danas*, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90. Polagali su je prilikom stupanja na dužnost svi liječnici koji su pripadali Hipokratovom društvu Asklepiada. Cjeloviti tekst Hipokratove zakletve objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII. Zdravstveni djelatnici najčešće se susreću sa Ženevskom formulacijom Hipokratove zakletve, u kojoj su naglašene obveze koje, prema iskustvima iz prethodna dva svjetska rata, nisu poštivane. Usp. NIKOLIĆ, S., *Etika zdravstvenih radnika danas*, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90. Usvojena je u Ženevi, 1948. godine, dopunjena na 22. Skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1968., i 35. skupštini u Veneciji, 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII.-XXIV. I *Međunarodni kodeks liječničke etike nalaže* : “Liječnik je dužan držati u tajnosti sve što zna o bolesniku,

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

6/ Pravni izvor medicinskog prava kojeg nije donio zakonodavac predstavlja i tzv. autonomno pravo. Autonomni izvori prava su oni koje je donio (ili je barem sudjelovao u njihovom donošenju) subjekt na kojeg će se oni i primjenjivati. Kod tih su izvora adresant i adresat pravne norme iste (pravne) osobe. Autonomni su izvori oblik samoregulacije i samoobvezivanja, u granicama slobode koju im je dao zakonodavac. Oni imaju karakter prava jer su popraćeni državnom sankcijom, ali kroz te norme dolazi do izražaja volja i odluka subjekta na kojeg se primjenjuju.⁷⁰ Na području zdravstvene djelatnosti to bi najčešće bili statuti, pravilnici, poslovnici, kolektivni ugovori, rješenja i drugi opći akti zdravstvenih ustanova (bolnice, lječilišta, domovi zdravlja, zavodi, poliklinike i sl.) te trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

7/ Ubrzanim razvitkom medicinskog prava povećava se i broj njegovih pravnih izvora, i to ne samo na nacionalnoj razini, nego i na međunarodnoj razini.⁷¹ I međunarodne izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u one kojima se izravno uređuje područje medicinskog prava, te one iz drugih područja koji dijelom (posredno) uređuju pojedina pitanja iz područja medicinskog prava. Tako se najvažnija pitanja i načela iz područja medicinske djelatnosti inkorporiraju i u konvencijama o ljudskim pravima kao što je, primjerice, *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda* iz 1950. godine. Što se međunarodnih izvora medicinskog prava tiče, naveli bismo, primjerice, sljedeće: *Konvencija Vijeća*

čak i nakon njegove smrti". Usvojen je u Londonu 1949. godine, te dopunjavan dva puta: na skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1986., i Veneciji 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIV-XXV. Usp. DOURAKI, T., *Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights*, «Pravni život», god. LI, 2002., br. 9, str. 183.

⁷⁰ Podrobnije kod BOŠKOVIĆ, Z., *Pravni nadzor u području farmacije*, JAHR, vol. 3, 2012., br. 6, str. 473.

⁷¹ Tako MEMETEAU, G., *Droit medical*, Paris, 1986., str. 19.

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

Osim višestranih međunarodnih sporazuma, međunarodni izvor medicinskog prava mogu biti i bilateralni sporazumi. Tako su **međunarodni bilateralni sporazumi** izvor i hrvatskog medicinskog prava, kako oni koje je sklopila Republika Hrvatska, tako i oni koje je preuzela sukcesijom od bivše SFR Jugoslavije. Spomenuli bismo, primjerice, *Temeljni sporazum između Vlade Republike Hrvatske i Svjetske zdravstvene organizacije o uspostavi tehničko-savjetodavne suradnje* («Narodne novine – Međunarodni ugovori», broj 5/06.); *Sporazum o suradnji u oblasti zdravstvene zaštite SFRJ i ČSSR* («Službeni list – Međunarodni ugovori i drugi sporazumi», br. 6/64.) (sukcesija); i *Konvenciju između Vlade FNRJ i Vlade NR Mađarske o sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti* («Službeni list – Međunarodni ugovori i drugi sporazumi», br. 9/58.) (sukcesija).

8/ Medicinska djelatnost podvrgnuta je i sudskoj kontroli s ciljem da se osigura i zajamči da će se zdravstveni djelatnici u obavljanju svoje profesije pridržavati važećih standarda svoje struke te da će postupati s dužnom pozornošću. Granice dužne pažnje i odgovornosti određuju sudovi u svojim odlukama, pa je neprijeporno da je **sudska praksa** od iznimnog značenja za medicinsko pravo, a posebno jer puno pitanja koja nastaju u odnosima između zdravstvenih djelatnika i pacijenata nisu precizno i jednoznačno ili nisu uopće uređena pisanim pravnim pravilima.⁷²

Sudsku praksu sačinjava niz sudskih presuda kojima se pravna norma primjenjuje na isti način. Sudskom praksom kao izvorom prava naziva se donošenje više suglasnih presuda od strane istog suda o istom pravnom pitanju na temelju kojih se ustaljuje obvezujuća pravna norma. Sudska praksa nije izravan, nego neizravan izvor prava. Naime, rješavajući konkretan slučaj, sudac se ne može pozvati niti na koju svoju raniju presudu, niti pak na presudu višeg suda kao na neki propis. Ni pravna shvaćanja usvojena na sjednicama sudskih odjela ili na općim sjednicama Vrhovnog suda ne vezuju sudove odnosno odjele koji nisu sudjelovali u njihovu usvajanju. Sudska odluka nema u nas karakter presedana. Sudskoj praksi ne može se dati ono značenje koje ona ima u zemljama gdje postoji precedentno pravo. Odluke viših sudova formalno ne obvezuju niže sudove, ali stvarno je neizbježno da niži sudovi o njima vode račune iz različitih razloga (psihološki, odgovornost se prenosi na više sudove, čije se stajalište poštuje, i dr.). Odluka višeg suda djeluje na niži sud snagom svoje uvjerljivosti. Razumije se da sudac koji je uvjeren da je viši sud donio ispravnu presudu neće u konkretnom sličnom slučaju donositi drukčiju presudu, pa je utoliko i sudska praksa (engl. *cases*, franc. *jurisprudence*, njem. *Rechtssprechung*) neizravan izvor prava. Čak i u uvjetima iscrpnog reguliranja pisanim pravilima, kreativnoj funkciji sudske prakse ostaje značajna uloga u interpretaciji pravnih pravila. Naročito kad se radi o tekstovima koji zbog svoje nepotpunosti, nedorečenosti, praznina ili nedosljednog tretiranja određenih pitanja nužno iziskuju stvaralački doprinos onih koji ih primjenjuju.⁷³ Unatoč činjenici što sudska praksa, prema izloženome, ne predstavlja općevažeci izvor prava, odluke sudova u konkretnim predmetima izvor su prava za subjekte na koje se njihova pravomoćnost odnosi.⁷⁴ Sudska odluka djeluje kao izvor prava za same stranke za koje je u konkretnom slučaju donesena (*res iudicata facit ius*

⁷² Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 25. U sudskoj praksi medicinskog prava formirani su sudski (pravni) standardi poput dužne pozornosti liječnika kao standarda profesionalnog ponašanja, liječničke greške, opća pravila o teretu dokazivanja pretrpjela su izmjene i sl.

⁷³ Vidi TRIVA, S. - BELAJEC, V. - DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 1986., str. 37.

⁷⁴ *Ibid.*, str. 37.

inter partes).⁷⁵ Možemo zaključiti, iako sudska praksa nije *de iure* izvor prava, ona *de facto* može biti izvor prava.

Osim što sudska praksa na području medicinskog prava ima iznimno značenje u popunjavanju pravnih praznina, ima i veliki utjecaj na prihvaćanje novih pravnih ideja i stajališta, kao i na zakonodavnu djelatnost (*de lege ferenda*), do te mjere da postoji mišljenje, i to ne samo u SAD-u nego i u zemljama Zapadne Europe, da je medicinsko pravo u velikoj mjeri djelo sudske prakse. Posebno se to odnosi na područje odgovornosti zdravstvenih djelatnika gdje su sudovi, tumačeći i prilagođavajući opća pravna pravila, tijekom vremena izgradili moderni sustav odgovornosti medicinskih djelatnika.⁷⁶

9/ Pravna znanost utječe na zakonodavca, na sudsku/arbitražnu praksu, na stvaranje i odgoj pravника, ali i ostalih djelatnika. Metode provedbe toga utjecaja su **neposredne** (poznati pravници i drugi znanstveni radnici sudjeluju u radu savjetodavnih tijela zakonodavca, sude kao članovi sudskih i arbitražnih vijeća, djeluju kao eksperti kada na zahtjev suda daju pravno ili drugo stručno mišljenje itd.), ili **posredne** (članci, studije, znanstvena djela, znanstvene kritike normativnih propisa, prijedlozi za dopune, izmjene ili donošenje novih propisa i sl.). Znanstvena djela u kojima se teorijski obrađuju pravni problemi imaju veliko značenje za razvitak pravne znanosti, izravno utječu na stručno i znanstveno uzdizanje pravničkog kadra, ali nemaju snagu izravnog pravnog izvora. Pravna znanost djeluje na sud samo snagom svoje uvjerljivosti, ali se sudac ne može u konkretnom slučaju pozvati na neko znanstveno djelo kao zakon. Iako pravna znanost uvelike utječe i na zakonodavca, ni zakonodavac se pri donošenju propisa ne poziva na stajalište doktrine, kao takve, ili istaknutih pravника. Zato je pravna znanost danas samo neizravan izvor prava.⁷⁷ S druge strane, znanstvena i stručna djela iz područja prava imaju znatan utjecaj na stvaranje primjenu i izmjene pravnih pravila. Pravna znanost komentira, sistematizira, obrađuje i analizira pojedina pitanja s gledišta postojećeg prava, *de lege lata*, i daje prijedloge i upućuje na rješenja koja bi zakonodavac i sudska praksa ubuduće trebali imati u vidu (*de lege ferenda*). Znanstvenici i stručnjaci za pitanja medicinskog prava trebali bi redovito sudjelovati u pripremnim radovima za izradu i donošenje novih propisa iz područja medicinskog prava. Usto, pozitivni pravni propisi iz područja medicinskog prava predmet su stalnog znanstvenog proučavanja i tumačenja, što pomaže utvrđivanju pravnog smisla tih propisa, a time i ispravnoj primjeni propisa u konkretnim slučajevima. Tako pravna znanost, iako nije izravni izvor prava,

⁷⁵ Tako VEDRIŠ, M. - KLARIĆ, P., *Građansko pravo*, Zagreb, 1998., str. 23.

⁷⁶ Usp. LAUFS, A. – UHLENBRUCK, W., *Handbuch des Arztrecht*, Munchen, 2002., str. 4.

⁷⁷ Vidi VEDRIŠ, M. - KLARIĆ, P., o. c., str. 23.

posredno ima veliki uticaj na sudsku praksu i na zakonodavno reguliranje, pa joj se ne može osporiti zapaženu ulogu koju ima na razvitak medicinskog prava.

V/ NAČELA MEDICINSKOG PRAVA

Iz sadržajne strukture pojma medicinskog prava i temeljnih ciljeva zdravstvene politike nužno proizlaze i dvije vrste temeljnih načela medicinskog prava – **načela pružanja zdravstvene zaštite i načela provođenja zdravstvene zaštite**.⁷⁸

U našem pravu načela pružanja zdravstvene zaštite sadržana su ponajprije u odredbama čl. 11.-15. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (ZOZZ, čl. 10.).

1/ Načelo sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite - Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom (ZOZZ, čl. 11.), ali i sve osobe koje se zateknu ili nalaze na njezinu području.⁷⁹ Ovim se načelom stvaraju ujedno i zakonske pretpostavke za realizaciju populacijske orijentacije nove zdravstvene politike koja teži očuvanju i unapređenju zdravlja, produljenju trajanja i poboljšanja kvalitete života populacije i pojedinaca.⁸⁰

2/ Načelo kontinuiranosti zdravstvene zaštite - Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu

⁷⁸ Tako BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 27. Što se načela provođenja **zdravstvene djelatnosti** tiče, **Babić-Roksandić** drže da su zajednička za sve zdravstvene struke jer naglašavaju specifičnosti zdravstvene djelatnosti u cjelini, te posebno navode sljedeća načela: 1/ Načelo o zdravstvenoj djelatnosti kao o djelatnosti od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku; 2/ načelo cjeline ljudskog života; 3/ načelo humanosti zaštite prava pacijenata; 4/ načelo integriteta zdravstvenih radnika; 5/ načelo savjesnog obavljanja zdravstvene djelatnosti; 6/ načelo adekvatne, kvalitetne i stručne zdravstvene usluge; 7/ načelo zakonitosti u obavljanju zdravstvene djelatnosti; te 8/ načelo čuvanja profesionalne tajne. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 31.-34. ŠEPAROVIĆ navodi sljedeća načela medicinskog prava: 1/ Načelo jamstva prava čovjeka na primjerenu zdravstvenu zaštitu uz poštivanje dostojanstva pacijenta, njegove volje da slobodno izabere liječnika, slobodu odlučivanja s pravom samoodlučivanja, uz jednakost pred zakonom; 2/ načelo odgovornosti liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika za primjeren zdravstveni postupak zaštite i liječenja; 3/ načelo o zdravstvenoj djelatnosti kao djelatnosti od interesa za RH; 4/ načelo o posebnoj brizi za ugrožene i posebno osjetljive skupine i pojedince (djeca, mladež, trudnice, stari, žrtve rata i dr.); 5/ načelo o pravu na život u zdravu okolišu. ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 5.

⁷⁹ Vidi u tom smislu Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca, „Narodne novine“, broj 114/97.

⁸⁰ Usp. JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, rad u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 15.

stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen (ZOZZ, čl. 12.).

3/ Načelo dostupnosti zdravstvene zaštite - Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti (ZOZZ, čl. 13.). Sustav treba biti dostupan svim građanima po načelu jednake dostupnosti, uvažavajući pravo na zdravlje i zdrav život kao temeljno ljudsko pravo.⁸¹

4/ Načelo cjelovitog pristupa (u primarnoj) zdravstvenoj zaštiti - Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unapređenjem zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom (ZOZZ, čl. 14.). Zamišljeno je da osigura slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije koji kod građana provodi mjere za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti te liječenje i rehabilitaciju do razine radne osposobljenosti.⁸²

5/ Načelo specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti - Načelo specijaliziranog pristupa osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi (ZOZZ, čl. 15.). Ovo načelo zapravo afirmira pružanje zdravstvenih usluga u skladu s razvitkom i dostignućima medicinske znanosti te materijalnim mogućnostima društva u cjelini.^{83 84}

6/ Treba napomenuti da se obveznim zdravstvenim osiguranjem jamče i osiguravaju pod jednakim uvjetima svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti, a na način i pod uvjetima utvrđenim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (vidi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, čl. 1. st. 2.).

⁸¹ *Ibid.*, str. 15.

⁸² Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Sustav zdravstvene zaštite te prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite*, «Informator», broj 4838-4839., od 19. i 22. srpnja 2000. godine, str. 9.

⁸³ *Ibid.*, str. 9.

⁸⁴ Tako i podrobnije o načelima kod BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 27.-34. i ŠEPAROVIC, Z., *Granice rizika – Etičkopравни pristupi medicini*, Zagreb, 1998., str. 5.; KOROŠEC, D., *Medicinsko kaznensko pravo*, Ljubljana, 2004., str. 34.-38.; JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, rad u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 14.-15.; BOŠKOVIĆ, Z., *Sustav zdravstvene zaštite te prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite*, «Informator», broj 4838-4839. od 19. i 22. srpnja 2000. godine, str. 9.

VI/ UMJESTO ZAKLJUČKA – ZNAČAJ MEDICINSKOG PRAVA

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

Zbog svoje interdisciplinarnosti medicinsko pravo je vrlo kompleksno, pa zahtijeva od **pravnika barem elementarno poznavanje medicinske problematike, ali i obrnuto.**⁸⁵ Posebno se akcent postavlja na poznavanje medicinske prakse i visokih standarda i dostignuća u području medicinske djelatnosti, jer je to, među ostalim, dovelo i do znatnog širenja instituta odgovornosti zdravstvenih djelatnika, ne samo u pogledu stručnog, *lege artis* postupanja, nego i u pogledu iskazivanja dužne pažnje i poštivanja tuđih i vlastitih prava tijekom obavljanja zdravstvene djelatnosti.⁸⁶

2/ Medicinska i pravna struka svugdje u svijetu su dvije elitne, iznimno cijenjene struke. To se može vidjeti i po **načinu školovanja** pripadnika tih dviju struka (integrirani studij), i po njihovom **statusu** u društvu, koji svakako uključuje i **imovinski status**. Financijski, odnosno ekonomski status nije zanemariv jer je to jedan od preduvjeta za te dvije struke da njihovi pripadnici mogu kvalitetno i predano (koncentrirano) raditi svoj humani posao. To je svakako i razumljivo jer se te dvije struke bave **najznačajnijim ljudskim vrijednostima**, kao što su život i zdravlje. Na žalost, kod nas to nije slučaj.

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

⁸⁵ Upravo zbog povezanosti ove dvije struke, liječnicima je u svakodnevnom radu potrebno (prethodno) elementarno poznavanje pravnog aspekta, odnosno mogućih negativnih pravnih posljedica njihova rada, posebno jer često odluke moraju donositi u trenu. Liječnici su sve više izloženi kaznenim prijavama, građanskim tužbama i stegovnim postupcima zbog eventualnih propusta i grešaka u njihovom radu.

⁸⁶ Tako MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pravo kao garant vršenja medicine*, «Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo», septembar/decembar 2001., str. 15.

i u raznim domaćim i inozemnim izvješćima i analizama prozivani i spominjani s negativnim konotacijama. Sve je to dovelo do toga da je danas u našoj javnosti stvoreno uvjerenje i predrasuda kako gotovo nitko nije dobar liječnik i pravnik, a da su svi potkupljivi.

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

Drugi razlog ovog negativnog trenda prema pripadnicima ovih dviju struka vidimo i u **načinu donošenja propisa iz područja zdravstva**. U njihovom donošenju u raznim fazama i na razne načine sudjeluju osobe koje u pravilu nisu najbolje upoznate s područjem koje ti propisi trebaju urediti, niti imaju temeljna pravna, nomotehnička znanja koja bi jamčila da ti propisi budu organska cjelina, da ne budu u koliziji s drugim propisima te da budu provedivi u praksi. A te propise (nacrte i prijedloge) bi trebali u velikoj mjeri pisati stručnjaci koji imaju znanja iz područja medicine, iz područja prava, kao i iz područja bioetike, a pri tome nije od presudnog značenja u kojem području imaju veća znanja. Zato smatramo da je medicinsko pravo, odnosno **zajednički rad medicinske i pravne struke** jedan od preduvjeta i načina za povratak ugleda i statusa ovih dviju struka koji im tradicionalno pripada, a koji sada u nas zasigurno nemaju, barem ne na onoj razini na kojoj bi trebali imati.

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

Bez pretenzija da obuhvatimo sve poslove koje bi **specijalisti medicinskog prava** mogli obavljati, odnosno **kompetencije** koje bi mogli i trebali steći izobrazbom, slobodni smo nabrojati neka od znanja, odnosno neke od potencijalnih **poslova i zadataka** specijalista medicinskog prava: znanja o osnovnim izvorima

medicinskog prava, o ugovornom aspektu odnosa liječnik ili ustanova ili trgovačko društvo – pacijent, o pretpostavkama odgovornosti za štete u medicini, o pravnoj regulativi medicinski potpomognutog začeća, doniranja tkiva i organa, o pravnom uređenju uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja i medicinski potpomognutog začeća, o pravnom uređenju zaštite osoba s duševnim smetnjama, pravnom uređenju prekida trudnoće, ugovoru o medicinskim uslugama, informiranom pristanaku pacijenta, odgovornosti za štete u medicini, osiguranju od odgovornosti, zdravstvenom osiguranju, o pravima i dužnostima liječnika s posebnim naglaskom na liječničku tajnu i vođenje liječničke dokumentacije, o uvjetima provođenja biomedicinskih istraživanja nad ljudima, o kaznenoj odgovornosti liječnika, o zaštiti potrošača kroz kazneno pravo, o odgovornosti za prijevarno postupanje u pružanju zdravstvenih usluga, o etičkim i pravnim problemima kloniranja i pobačaja, o pravnim aspektima intenzivne medicine s posebnim osvrtom na pitanja vezana uz eutanaziju, o pravnoj zaštiti HIV pozitivnih osoba odnosno osoba s AIDS-om, o inkriminacijama vezanim uz ovisnost, o upotrebi biomedicinskih spoznaja u kaznenom pravu i kriminologiji, o kaznenim djelima iz područja zdravstva (nesavjesno liječenje, samovoljno liječenje, nepružanje medicinske pomoći), o problematici pravne odgovornosti u uvjetima timske rada na relaciji liječnik, medicinska sestra, pacijent; o liječničkom zvanju i načelima obavljanja liječničke djelatnosti; pravima i obvezama liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti; vrednovanju liječničke djelatnosti; radu i ustroju Hrvatske liječničke komore; Kodeksu medicinske etike i deontologije te disciplinskoj odgovornosti liječnika, o postupku sudske zaštite i ostvarivanja individualnih prava pacijenata; izvanparničnim, ovršnim i stečajnim postupcima u području zdravstva te ostvarivanju prava pacijenata i udruga za zaštitu pacijenata u postupku pred ustavnim sudom RH i pred Sudom za ljudska prava Vijeća Europe, prisilnoj hospitalizaciji, oduzimanju i vraćanju poslovne sposobnosti, parnicama radi utvrđivanja očinstva i materinstva, značaju medicine u predistražnom postupku, fiksiranju dokaza i donošenju presude, ulozi DNK u istraživanju kaznenih djela, ovlasti policije i tijela kaznenog postupka na tjelesne preglede okrivljenika i drugih osoba, na uzimanje mokraće, krvi, povjerljivih medicinskih uzoraka, analizu genetskog materijala, primjene medicinskih intervencija za potrebe kaznenog postupka, prisilnom liječenju pritvorenika, medicinskim uzrocima nesposobnosti okrivljenika da sudjeluje u kaznenom postupku, pravu na suodlučivanje, na obaviještenost; na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka; na pristup medicinskoj dokumentaciji; na povjerljivost; na održavanje osobnih kontakata; na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove; na privatnost; na naknadu štete; o nastanku i razvoju zdravstvenih sustava kroz povijest, modelima financiranja

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

4/ Sve to nužno traži i odgovarajući **proces naobrazbe** polivalentnih stručnjaka koji će moći udovoljiti tim složenim zahtjevima.⁸⁷

4.1. Osim što bi trebali biti podrobno upoznati s pravnim propisima i pravnom praksom iz područja zdravstva, **pravnici** bi trebali biti barem na općenitoj razini upućeni u medicinsku problematiku,⁸⁸ kroz odgovarajući **proces naobrazbe polivalentnih stručnjaka** koji će moći udovoljiti tim zahtjevima. Temeljne spoznaje o tome pravnici bi mogli steći tijekom studiranja iz kolegija medicinsko/zdravstveno pravo, sudska medicina, sudska psihijatrija/psihopatologija i sl.⁸⁹

⁸⁷ Podrobnije kod GOSIĆ, N., *Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj*, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

⁸⁸ Podrobnije kod Gosić, N. (2008). *Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj*, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu *Bioetika i medicinsko pravo* u Rijeci.

⁸⁹ Usp. JELAČIĆ, O., *O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima*, «Zbornik radova

Na žalost, medicinsko/zdravstveno pravo, kao ni bioetika,⁹⁰ ne izučavaju se sustavno kao zasebni obvezni kolegiji na našim pravnim fakultetima,⁹¹ dok se, suprotno, pod raznim nazivima, s različitim sadržajem i opsegom, te s različitim nastavnim programima, ponegdje nalaze u studijskim programima medicinskih i nekih drugih stručnih, preddiplomskih, diplomskih i poslijediplomskih studija, što držimo iznimno značajnim i pozitivnim.⁹² Međutim, postoji mišljenje da unatoč tome njihova zastupljenost u studijskim programima medicinskih fakulteta nije zadovoljavajuća s obzirom na realno stanje koje se najbolje očituje kroz veliki broj tužbi protiv liječnika, opadanje interesa studenata za studiranje fakultetima zdravstvenih usmjerenja te malu ili gotovo nikakvu zainteresiranost za kirurške, anesteziološke, ginekološke i druge „rizične“ specijalizacije.⁹³

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

4.2. Značajan iskorak na planu izobrazbe stručnjaka iz područja medicinskog prava uradio je Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu ustrojavanjem **poslijediplomskog specijalističkog studija «Medicinsko pravo»**, koji ima za cilj obrazovanje specijalista medicinskog prava, kako bi mogli obavljati vodeće i najsloženije poslove u zdravstvenim ustanovama, pravosuđu, visokoškolskim i drugim obrazovnim ustanovama, institutima te državnim i drugim javnim institucijama. Studij mogu upisati pristupnici koji su diplomirali na sveučilišnom studiju prava. Studij mogu upisati i pristupnici koji su diplomirali na medicinskom fakultetu ili na nekom od društvenih fakulteta: nakon upisa navedeni pristupnici moraju prije polaganja drugih ispita odslušati predavanja iz predmeta «Uvod u

Pravnog fakulteta u Splitu», god. XIV, 1997., str. 236.

⁹⁰ Jedna od najznačajnijih uloga bioetike upravo je njezina edukacijska uloga. Malo je vjerojatno da će zakonodavac pravnim normama u potpunosti urediti sve, često i prijeporne odnose u obavljanju medicinske djelatnosti, ako sama medicinska profesija jasno ne definira svoje ciljeve i načela. Ovo je posebno značajno zbog trenda zanemarivanja humanističkih u korist znanstvenih ciljeva u medicini. Tako BOGDANIĆ, M., *Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava*, referat na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

⁹¹ Na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu izvodi se izborni kolegij *Medicina i pravo*, a na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu izvodi se izborni kolegij *Zdravstveno pravo*.

⁹² Primjerice, u svom studijskom programu Medicinski fakultet u Osijeku ima kolegije *Pravo na život* i *Kako primijeniti Hipokratovu prisegu*; Visoka zdravstvena škola u Zagrebu, Studij inženjera medicinske radiologije u planu ima (u planu) kolegij *Zdravstveno pravo*; Medicinski fakultet u Rijeci ima kolegije *Medicinska etika i bioetika* i *Etika zdravstvene skrbi*; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu – Stručni studij Medicinske radiologije izvodi kolegij *Zdravstveno pravo i etika* i dr. Usto, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu izvode se i *Medicinska etika*, *Etika u zdravstvu*, *Filozofija i bioetika u zdravstvenoj njezi*.

⁹³ Usp. ŽUNIĆ, L.J., *Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike*, seminarski rad – neobjavljeno, Split, 2009., str. 8.

pravo». Završetkom poslijediplomskog specijalističkog studija «Medicinsko pravo», stječe se zvanje i kompetencije specijalista medicinskog prava, odnosno točnije specijaliste medicinskog prava. Polaznik stječe multidisciplinarno (pravno-medicinsko-etičko) znanje i vještine koje omogućuju kritičku analizu i sposobnost primjene stečenih specifičnih znanja iz područja medicinskog prava u praksi. Polaznici koji steknu diplomu moći će obavljati složene i zahtjevne poslove viših razina odgovornosti u: zdravstvu, pravosuđu, javnoj administraciji (lokalnog, regionalnog, nacionalnog i međunarodnog značenja), profesionalnim i strukovnim udruženjima, obrazovnim institucijama, institutima, ustanovama kao samostalni eksperti iz područja medicinskog prava i dr. Na studiju se izvode obvezni kolegiji: Građansko pravo i medicina, Medicina i kazneno pravo, Liječničko pravo, Medicinsko građansko procesno pravo, Medicina i kazneni postupak, Pravo pacijenata, Sudska medicina, Uprava u zdravstvu, Radno i socijalno pravo u zdravstvu, te izborni kolegiji: Integrativna bioetika, Osobna prava, Zakonodavstvo na području lijekova, Pravno uređenje inventivne djelatnosti u medicini, Zdravstvena ekologija i medicina rada, CSI Split - Medicinska kriminalistika, Sudska psihijatrija, Sindikalno pravo u zdravstvu, Financiranje javnog zdravstva.⁹⁴

4.3. Treba kazati da **medicinska struka** ima znatno veću tradiciju i uspostavljene sustave provođenja i kontrole izobrazbe i usavršavanja zdravstvenih djelatnika, negoli što je to slučaj s pravnom strukom. Štoviše, načini i dužnost permanentnog usavršavanja zdravstvenih djelatnika uređeni su i kogentnim normama. Osiguranje odgovarajućeg stupnja profesionalnosti postiže se, između ostalog, i tzv. postupkom **trajne medicinske izobrazbe** u kojem sudjeluju svi liječnici kojima je izdano Odobrenje za samostalan rad - licenca. Svaki liječnik kojemu je Hrvatska liječnička komora izdala licenciju mora sudjelovati na raznim oblicima stručnih skupova (kongresi, simpoziji, tečajevi, stručni sastanci i slično, a trajno usavršavanje moguće je i putem pisanja i objavljivanja znanstvenih i stručnih članaka), kako bi pratio suvremena dostignuća unutar struke. Trajna medicinska izobrazba dakle, obuhvaća kontinuirano praćenje razvoja medicinske znanosti i stjecanje novih znanja i vještina (Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku trajne medicinske izobrazbe i provjere stručnosti liječnika Hrvatske liječničke komore, čl. 1.). Sudjelovanjem u postupku trajne medicinske izobrazbe liječnik ostvaruje uvjete za obnavljanje licence.⁹⁵ Liječniku koji udovoljava uvjetima za obavljanje liječničke djelatnosti propisanim zakonskim i podzakonskim aktima, Hrvatska liječnička komora treba izdati Odobrenje za samostalan rad – licencu

⁹⁴ Vidi Studijski program poslijediplomskog specijalističkog studija „Medicinsko pravo“, Split, 2008.

⁹⁵ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 103.

(Zakon o liječništvu, čl. 13.). Odobrenje za samostalan rad – licenca javna je isprava kojom liječnik dokazuje svoju stručnu osposobljenost za samostalno obavljanje liječničke djelatnosti. Iako diploma medicinskog fakulteta dokazuje da je osoba stekla zvanje liječnika, licencom se dokazuje da osoba zadovoljava i ostale uvjete koje je zakonodavac predvidio za obavljanje liječničke djelatnosti (na primjer položen državni/stručni ispit). Licencija se izdaje na ime i prezime liječnika s rokom važenja, u pravilu, šest godina. Liječnik ima pravo i obvezu stručno se usavršavati kroz čitav radni vijek.⁹⁶ Uzevši u obzir nezaustavljiv i svakodnevni razvitak medicinske znanosti, trajna medicinska izobrazba liječnika nameće se kao *conditio sine qua non* za obavljanje liječničke djelatnosti. Obzirom da liječnici prilikom pružanja zdravstvene zaštite preuzimaju razne rizike koji proizlaze iz, primjerice, efikasnih, ali opasnih lijekova te iz sve kompliciranijih medicinskih aparata,⁹⁷ potreba trajne medicinske izobrazbe potpuno je opravdana. U Republici Hrvatskoj trajna medicinska izobrazba obvezna je za sve liječnike koji rade na poslovima neposredne zdravstvene zaštite i kojima je izdano Odobrenje za samostalan rad – licencija. Svi oblici trajne medicinske izobrazbe na kojima sudjeluju liječnici boduju se prema bodovnom sustavu iz Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajne medicinske izobrazbe i provjere stručnosti liječnika Hrvatske liječničke komore. Sudjelovanje u oblicima trajne medicinske izobrazbe može biti aktivno (predavači) i pasivno („slušači“). Aktivnim i pasivnim sudionicima dodjeljuje se različit broj bodova, odnosno aktivno sudjelovanje vrednuje se većim brojem bodova od pasivnog sudjelovanja. Redovnu licenciju liječnik može obnoviti ukoliko je u tijeku trajanja redovne licencije skupio najmanje 120 bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe (v. čl. 20. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad – licence Hrvatske liječničke komore). Sakupljeni broj bodova liječnik dokazuje potvrdnicama koje izdaje Hrvatska liječnička komora. Potvrdnica je dokument odnosno potvrda kojom se potvrđuje sudjelovanje na stručnom skupu i koja sadrži: službeni naziv organizatora skupa, mjesto i datum održavanja skupa, naziv skupa, broj dodijeljenih bodova za aktivne i pasivne sudionike, ime i prezime te broj licence liječnika kojemu se izdaje potvrdnica, žig i potpis predsjednika Hrvatske liječničke komore i žig i potpis organizatora (v. čl. 13. Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajne medicinske izobrazbe i provjere stručnosti liječnika Hrvatske liječničke komore). Ukoliko liječnik ne sakupi potreban broj

⁹⁶ Tako JEREN, T., *Problemi u objektivnom ocjenjivanju vrijednosti trajne izobrazbe liječnika*, Zbornik radova simpozija „Bolnički liječnici u zdravstvu Republike Hrvatske i očuvanje njihova digniteta, Opatija, 2008., str. 33.

⁹⁷ Vidi KURTOVIĆ, A., *Pretpostavke kažnjavanja liječnika*, „Liječnička pogreška – medicinski i pravni aspekti“, Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije, Medicinski i Pravni fakultet u Splitu, Split, 2007., str. 94.

bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe, za obnovu licencije dužan je pristupiti provjeri stručnosti pred Ispitnom komisijom Komore (v. čl. 21. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad – licence Hrvatske liječničke komore). Provjera stručnosti sastoji se u preispitivanju liječničkih znanja odnosno praćenja suvremenih dostignuća unutar liječnikove specijalnosti odnosno opće medicine ako liječnik nije specijalist. Ispitna komisija sastoji se od tri člana, istaknutih stručnjaka iz područja medicine kojim se liječnik bavi (opća medicina, specijalistika odnosno uža specijalnost). Pravo liječnika na trajnu izobrazbu poslodavac bi trebao poštovati i osigurati liječniku odgovarajući broj slobodnih dana (Zakon o liječništvu, čl. 29. i Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, čl. 44.-46.).

Osnovna načela prema kojima se provodi trajna medicinska izobrazba propisana su čl. 2. Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajne medicinske izobrazbe i provjere stručnosti liječnika Hrvatske liječničke komore i njima je, među ostalim, obuhvaćeno i **pravo na slobodan izbor u postupku trajne medicinske izobrazbe, odnosno mogućnost i pravo svakog liječnika na izbor sadržaja i oblika trajne medicinske izobrazbe**. U tom smislu lako je uočiti uzlazni trend izbora usavršavanja zdravstvenih djelatnika upravo na području medicinskog prava. Ovu tvrdnju možemo poduprijeti činjenicama da je veliki broj zdravstvenih djelatnika upisao poslijediplomski specijalistički studij „Medicinsko pravo“, da su bili sudionici ili refrenti na nekoliko znanstvenih i stručnih skupova s tematikom iz područja medicinskog prava (kojima je pokrovitelj bio i ministar zdravstva), da se na medicinskim fakultetima izvodi ili se uvodi u studijske programe kolegij „Medicinsko pravo“ (ili njegove inačice) i sl. Stečena znanja zdravstvenim djelatnicima omogućit će kvalitetnije pružanje pomoći pacijentima (*informed consent*), ali će im svakako koristiti kako bi upoznali i kvalitetnije zaštitili svoja prava (građanska i kaznena odgovornost, liječnička tajna, svjedok, vještak itd.), u obavljanju upravljačkih funkcija i znanstvenog rada i sl.

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

Posebno bismo istaknuli nužnost osnivanja strukovnih udruga koje bi, između ostalog, trebale omogućiti i organizirati stjecanje specijalističkih znanja i kvalifikacija iz područja medicinskog prava (organiziranjem seminara

i polaganjem specijalističkih ispita), donositi pravila struke i etičke kodekse, ostvarivati suradnju s drugim sličnim nacionalnim i inozemnim/međunarodnim udrugama (primjerice, udrugama pacijenata, pravnika u zdravstvu, sudsko-medicinskih vještaka i dr.) i komorama (primjerice, odvjetničkom, liječničkom).

5/ Medicinsko pravo i stručnjaci koji posjeduju znanja iz područja medicinskog prava trebali bi imati značajnu ulogu kod izrade i donošenja novih propisa iz područja zdravstva, te kod usklađivanja naših propisa iz područja zdravstva s propisima međunarodnog prava, odnosno s propisima Europske unije, koji su brojni na ovom području.⁹⁸ Možemo kazati da je danas odnos pacijenta i liječnika sve više protkan pravnim pravilima pa se često koristi termin juridizacija medicine, kao kontinuirani postupak kontrole pružanja zdravstvenih usluga s posljedicom povećanja prava pacijenata i smanjenja ovlasti zdravstvenih radnika.⁹⁹

Malo je vjerojatno da će zakonodavac pravnim normama u potpunosti urediti sve, često i prijeporne odnose u obavljanju medicinske djelatnosti, ako sama medicinska profesija jasno ne definira svoje ciljeve i načela. Ovo je posebno značajno zbog trenda zanemarivanja humanističkih u korist znanstvenih ciljeva u medicini.¹⁰⁰

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

⁹⁸ Tako MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. (2001). *Pravo kao garant vršenja medicine*, Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo, septembar/decembar, str. 16.

⁹⁹ Usp. ŽUNIĆ, L.J., *Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike*, seminarski rad – neobjavljeno, Split, 2009., str. 9.

¹⁰⁰ Tako BOGDANIĆ, M., *Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava*, referat na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.

SUMMARY

MEDICAL LAW - TERM, SOURCES, IMPORTANCE

Medical law is a branch of law related to medical activity. Medical law consists of the set of legal rules governing medical activities, determining the status of persons in this activity, as well as their relationship with the users of their services, or governing the protection of human rights to health, health care and health insurance, responsibility, rights of health care workers and health organizations as well as public activities of special social interest. In this paper, the author pointing out the contents of the term "medical law", their relation to similar and related scientific and technical terms (health law, medical law, forensic medicine, medical ethics, bioethics), legal sources of medical law, principles of medical law, the importance of medical law and education experts in the field of medical law.

Ljubica Žunić, dipl. iur., predavač
Pomoćnica Pročelnika za pravna pitanja
Frane Mihanović, mag. med. rad.,
viši predavač, Pomoćnik Pročelnika za nastavu
Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

PRAVO U ZDRAVSTVU – MOĆ EDUKACIJE U SLUŽBI PREVENCIJE (iskustva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu)

UDK: 614 : 37

614 : 34

Primljeno: 20. listopada 2015.

Prethodno priopćenje

Cilj

Cilj ovog rada je osvijestiti zdravstvene radnike od straha od kazne i kaznene odgovornosti, od disciplinske odgovornosti i naknade štete kojima su izloženi svakodnevno. Ove strahove i neugodne situacije moguće je prevenirati samo obrazovanjem i znanjem, a obrazovanje i znanje ulijevaju sigurnost zdravstvenom radniku i oslobađaju ga straha prilikom obavljanja njegovog poziva, što u konačnici ima kao rezultat uspješno liječenje pacijenta.

Materijal i metode

Zdravstveno (medicinsko) pravo posljednjih se godina u novim planovima i programima sveučilišnih preddiplomskih i diplomskih studija počelo predavati kao samostalan predmet. U Republici Hrvatskoj izvode se studijski programi iz područja zdravstvenih djelatnosti kao binarni sustav obrazovanja, na stručnoj i sveučilišnoj razini. Prilikom izrade nastavnih planova i programa Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (SOZS-a) uvršteni su kolegiji *Osnove zdravstvenog prava*, *Zdravstveno pravo* i *Pravo pacijenta* kao obvezni predmeti.

Rezultati

SOZS provodi suvremeno obrazovanje zdravstvenih radnika usklađeno s europskim i nacionalnim zakonodavstvom, te povisuje standard u pružanju zdravstvene usluge pacijentima, što svakako prvenstveno utječe na zdravlje i dobrobit pacijenta, kao i na kvalitetu pružene usluge uopće. Stručnost, prepoznatljivost i konkurentnost obilježja su ovog modela obrazovanja.

Zaključak

Sustavno i kontinuirano provođenje cjeloživotnog učenja s najnovijim trendovima u pravnoj praksi i znanosti, kao i provedba obveznih kolegija iz područja prava pruža temeljna znanja i pojašnjava pravni okvir postupanja zdravstvenih radnika, što izravno dovodi do poboljšanja zdravstvenih ishoda kako za pojedinca tako i za čitavu zajednicu. Osnovni preduvjet za kvalitetnu zdravstvenu uslugu je kvalitetan zdravstveni radnik, koji je visoko obrazovan s jasno definiranim ishodima učenja.

UVOD

Strategija razvitka Republike Hrvatske¹ ukazuje na suvremene svjetske trendove prema kojima je društvo u 21. stoljeću utemeljeno na novom sustavu vrijednosti, u čijem središtu će biti nematerijalna dobra, prije svega znanja, informacije, ideje, komunikativnost i inteligencija.

Kontinuirani profesionalni razvoj zdravstvenih radnika važan je čimbenik uspješnog razvijanja i održavanja sustava zdravstvene zaštite jedne zemlje. Međutim, standard obrazovanja i standard kvalifikacija te usavršavanja se, zbog učestalih znanstveno-tehnoloških inovacija u medicini i drugim znanostima, a posljedično i u pravu, iz godine u godinu podiže na višu razinu. Ove se promjene i postignuća trebaju kontinuirano pratiti radi uspješnosti u obavljanju posla i sprečavanju rizika od neželjenih posljedica, pa samim tim i izlaganja odgovornostima. Zdravstvena djelatnost je natjerala pravnu znanost da se dinamizira u svojim definiranjima pojedinih postupaka, kao i sudsku praksu da pravne praznine iz područja zdravstva pokrije svojim odlukama.

Svakog zdravstvenog radnika trebala bi interesirati pravna regulativa i sudska praksa iz područja njegovog rada. Na taj način, zdravstveni radnik kojemu je cilj očuvanje i unaprjeđenje zdravlja pacijenta, održava potreban stručni standard i prevenira činjenje pogrešaka.

Strah od kazne i kaznene odgovornosti, od disciplinske odgovornosti i naknade štete sastavni je dio svijesti svakog odgovornog zdravstvenog radnika. Ove je strahove moguće prevenirati samo obrazovanjem i znanjem. A obrazovanje i znanje ulijevaju sigurnost zdravstvenom radniku i oslobađaju ga straha prilikom obavljanja njegovog poziva, što u konačnici ima cilj uspješno liječenje pacijenta.

Sustavno i kontinuirano pružanje mogućnosti održavanja, poboljšavanja, usklađivanja postojećih znanja s najnovijim trendovima u pravnoj praksi i znanosti, može dovesti do poboljšanja zdravstvenih ishoda za čitavu zajednicu.

Iz tog se razloga, kolegiji iz područja zdravstvenog prava moraju uvrstiti kao obvezni predmeti u kurikulumе svih zdravstvenih profesija na svim razinama kvalifikacije.

PRAVO U ZDRAVSTVU

Odnos između pružatelja zdravstvene usluge i njezina primatelja postaje predmet sve intenzivnijeg zanimanja, kako prave struke i znanosti, tako i one

¹ Narodne novine, br. 108/03.

medicinske. Problematiku odnosa zdravstveni radnik - pacijent proučava zdravstveno (medicinsko) pravo koje primjenom općih i posebnih pravila prava pokušava riješiti ili ubuduće predložiti zakonska rješenja, *de lege ferenda*, aktualnih pravno-medicinskih problema. Medicinskim pravom se u posljednjih desetak godina bavi sve više pravnika, kako kod nas, tako i u svijetu. Još odavno postojala je potreba za dodatnim znanjima iz prava i medicine objema strukama, a svakodnevnim razvojem medicine i pomicanjem granica te struke, danas je neophodno poznavanje prava za liječnika i svakog drugog zdravstvenog radnika, isto kao što je i poznavanje medicine potrebno pravniku.²

Zdravstveno (medicinsko) pravo³ posljednjih se godina u novim planovima i programima sveučilišnih preddiplomskih i diplomskih studija počelo predavati kao samostalan predmet. Zdravstveno pravo može se definirati kao skup pravnih pravila kojima se regulira provođenje i pružanje odgovarajuće, potrebne, pravno priznate i neophodne zdravstvene zaštite stručnim obavljanjem zdravstvene djelatnosti ovlaštenih zdravstvenih radnika. Ono u užem smislu obuhvaća skup pravnih pravila kojima se regulira sadržaj, način obavljanja, opseg te struktura provođenja zdravstvene djelatnosti ovlaštenih zdravstvenih radnika, tj. posebna pravna pravila koja reguliraju sadržaj, opseg, ovlaštenike i način obavljanja liječničke, stomatološke, farmaceutsko-biokemijske i sestrinske djelatnosti, te djelatnosti ostalih zdravstvenih struka, dok u širem smislu obuhvaća skup pravnih pravila i drugih grana prava kojima se uređuju i sva ostala pitanja koja na izravan ili neizravan način proizlaze ili nastaju u postupku pružanja zdravstvene zaštite.⁴

Zbog snažnog razvitka medicine, pomiču se granice rizika i svakodnevno se otvaraju brojne pravno neriješene dileme, koje je potrebno pravno regulirati putem pravnih normi.⁵ Pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa, uslijed znanstveno-tehnoloških inovacija, zbog čega nastaju pravne praznine, što ima negativnog učinka na društvo.⁶ Tako, dok se ovi odnosi ne reguliraju pravnim normama, pravila bioetike preuzimaju ulogu prava u uređenju odnosa iz područja medicine⁷.

² Usp. Channing, W., *A medico-legal treatise on malpractice and medical evidence -- a review*, Boston Med Surg J 1860;62:233-41,259-65,300-7, cit: "A doctor who knows nothing of law, and a lawyer who knows nothing of medicine, are deficient in essential requisites of their respective professions."

³ Detaljnije o pojmovima zdravstveno i medicinsko pravo vidjeti u Čizmić, J. *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina 2008, Vol. 44, No. 2, str. 171-185.

⁴ Vidi Babić, T., - Roksandić, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb: Tipex, 2006; str. 20.

⁵ Tako Šeparović, Z., *Granice rizika – etičkopравни pristupi medicini*. Zagreb: Pravni fakultet, 1998;5

⁶ Podrobnije o ovome pogledati kod Visković, N., *Država i pravo*. Zagreb: Birotehnika, 1995; 219 kao i Visković, N., *Bioetika i biomedicinsko pravo*. Split: Pravni fakultet, 1995; str. 78-82.

⁷ Etička pravila i pravila struke nisu pravna pravila, međutim odnos između pacijenta i zdravstvenog radnika nije i ne može biti uređen samo pravnim pravilima. Ovaj odnos je prije svega i etički, a pravo i moral su umreženi više nego u nekim drugim odnosima među ljudima jer se radi o pitanju zdravlja, života i

VRSTE STUDIJA U VISOKOM OBRAZOVANJU ZDRAVSTVENIH RADNIKA U RH

U Republici Hrvatskoj izvode se studijski programi iz područja zdravstvenih djelatnosti kao binarni sustav obrazovanja, na stručnoj i sveučilišnoj razini, a nastava se izvodi na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, pojedinačnim višim i visokim zdravstvenim školama, te kao stručni i sveučilišni studiji pri medicinskim fakultetima (Zagreb, Rijeka, Osijek). U najnovije vrijeme pokrenuti su i izvode se pojedinačni sveučilišni studijski programi: preddiplomski i diplomski sveučilišni studij sanitarnog inženjerstva na Medicinskom fakultetu u Rijeci, diplomski sveučilišni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu te preddiplomski i diplomski sveučilišni studijski programi na Medicinskom fakultetu u Osijeku.

Odgovorne osobe Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilištu u Splitu bile su svjesne važnosti proučavanja prava za buduće zdravstvene radnike pa su prilikom izrade prvih nastavnih planova i programa svih studijskih programa uvrstili kolegij *Osnove zdravstvenog prava* kao obvezatan predmet prve godine preddiplomskih sveučilišnih studija te kolegije *Zdravstveno pravo* i *Pravo pacijenta* kao obvezne predmete na sveučilišnoj diplomskoj razini svih studijskih programa koje Odjel izvodi. Vizija primijene *Bolonjskog procesa*⁸ na studije u visokom obrazovanju zdravstvenih radnika ima za cilj postići harmonizaciju profesionalne edukacije i olakšati moguće migracije diplomanata zdravstvenih studija diljem Europske zajednice. Jedan od uvjeta za ostvarenje ovog cilja je dosezanje obrazovnog statusa zdravstvenih radnika preddiplomske, diplomske i poslijediplomske sveučilišne razine visokog obrazovanja. Osim toga, uzajamno priznavanje stečenih kvalifikacija povećati će mobilnost i mogućnosti

smrti, dakle o iznimno važnim životnim pitanjima. Pravila medicinske struke su značajan dio medicinskog prava koji definiraju obveze zdravstvenih radnika prilikom pružanja usluga iz područja zdravstva, pa ih je zakonodavac uzdigao na razinu pravne norme. O svemu ovome više u Klarić, P., *Odgovornost za štete u medicini.*, Informator 2002;3:5016-7.

⁸ Hrvatska je Bolonjskom procesu pristupila 2001. godine te je sve do danas njegov aktivan sudionik. Svi studijski programi usklađeni su 2005. godine sa zahtjevima Bolonjskoga procesa, a svi studenti koji u Republici Hrvatskoj završavaju bolonjske studije dobivaju ECTS bodove te imaju pravo na dopunsku ispravu o studijima. Hrvatska aktivno provodi implementaciju i ostalih aktivnosti vezanih uz Bolonjski proces, a sustav osiguranja kvalitete, koji je u Hrvatsku uveden 2009. godine, pružio je sveučilištima visoku razinu autonomije.

Glavni cilj Bolonjskoga procesa od njegova pokretanja 1999. godine, bio je stvaranje usporedivog, kompatibilnog i koherentnog sustava visokoga obrazovanja unutar Europskoga prostora visokog obrazovanja. Između 1999. i 2010. godine svi naponi članova Bolonjskoga procesa bili su usmjereni na stvaranje Europskoga prostora visokog obrazovanja koji je ostvaren nakon donošenja deklaracije na Ministarskoj konferenciji u Beču i Budimpešti, u ožujku 2010. godine, na desetu obljetnicu Bolonjskoga procesa. Izvor: web stranice Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta: <http://public.mzos.hr/Default.aspx?sec=2268> (na dan 19. srpnja 2015.)

zapošljavanja zdravstvenih radnika. *Bolonjski proces* također ima za cilj ponuditi mogućnosti nastavak studija studentima na drugim sveučilištima kao i suradnju sveučilišta na istraživačkim projektima

Pokretanjem Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na Sveučilištu u Splitu, po prvi put u Republici Hrvatskoj, prema načelima Hrvatskog modela sveučilišnog obrazovanja zdravstvenih radnika, sveučilišni studiji zdravstvenih profesija usklađuju se s onima u europskom obrazovnom sustavu sukladno zahtjevima *Bolonjske deklaracije* i Europskim kvalifikacijskim okvirom te priručnikom Hrvatskog kvalifikacijskog okvira.⁹

Zdravstvena djelatnost se u Ustavu RH izdvaja kao djelatnost od posebnog državnog interesa za pojedinca i cjelokupno društvo. Zbog izuzetnog društvenog značaja od 2005. godine do danas posebnim zakonima regulirane su zdravstvene profesije sestrinstva, primaljstva, fizioterapije i zdravstvenih radnika (sanitarno inženjerstvo, radiološka tehnologija, radna terapija i medicinsko laboratorijska dijagnostika), uz već prije zakonom reguliranih profesija (medicine, dentalne medicine, veterine i farmacije). U cjelini, svi se ovi zakoni odnose na djelatnosti u području unaprjeđenja i zaštite zdravlja. Zdravstvene profesije su profesije koje s ove četiri gore navedene profesije čine logičnu i funkcionalnu cjelinu, čiji su studijski programi namijenjeni obrazovanju i istraživanju za potrebe unaprjeđenja i zaštite života i zdravlja, kao i stvaranja uvjeta za kvalitetan život i zdravlje. Riječ je o studijskim programima kao što su: sestrinstvo, primaljstvo, fizioterapija, radiološka tehnologija, laboratorijsko medicinska dijagnostika, sanitarno inženjerstvo i radna terapija. U budućnosti je za očekivati otvaranje novih studijskih programa za profesije ortopedske tehnike, dentalne higijene, dentalne protetike, itd.

VRSTE STUDIJA U VISOKOM OBRAZOVANJU ZDRAVSTVENIH RADNIKA U EU

Važno je istaknuti kako su svi zdravstveni studiji u Hrvatskoj susjednim zemljama već organizirani kao sveučilišni studiji, iako je ovaj proces u Europi pokrenut tek 2005. godine. Također treba naglasiti kako je moguće i poželjno sa stručnih prvostupajskih studija prijeći na odgovarajuće sveučilišne, dakako, uz uvjet polaganja razlikovnih ispita koje utvrđuje sastavnica sveučilišta koja izvodi predmetne studijske programe.

⁹ Usp. Mihanović, F., - Žunić, Lj., *Aktualna pravna problematika u zdravstvu, Visoko obrazovanje zdravstvenih radnika na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu*, V. kongres pravnika u zdravstvu, Udruga pravnika u zdravstvu, Zbornik radova, Varaždin, 2012., str. 100.

Većina europskih zemalja zaključila je kako se potrebna razina obrazovanja zdravstvenih radnika može organizirati samo na sveučilištu, uvažavajući specifičnosti pojedinih struka i potreba za posebnim programima (specijalizacijama) kao i mogućnosti stjecanja preduvjeta za nastavak visokog obrazovanja i upisa sveučilišnih studija onih pristupnika koji su završili stručne studije. Posebno je potrebno naglasiti kako su programi Europske zajednice cjeloživotnog obrazovanja (engl. *Lifelong Learning Programme*)¹⁰ usmjereni na sve razine obrazovanja i stručnog usavršavanja. Nastavni planovi i programi trebaju biti temeljeni na kompetencijama i ishodima učenja (engl. *outcome-based/competency based*) kao i prakse utemeljene na dokazima (engl. *evidence based practice*).¹¹

PRAVNI KOLEGIJI KAO DIO OBRAZOVANJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA NA SVEUČILIŠNOM ODJELU ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U SPLITU

Danas se u svakoj profesiji nameće obveza poznavanja zakonskih propisa koji se neposredno i posredno tiču neke struke, jer nas to čini uspješnijima i profesionalnijima u radu. Kako se zdravstveni radnici svakodnevno susreću s pitanjima zdravlja i bolesti, života i smrti, žurnosti u donošenju pravih odluka za dobrobit pacijenta, izlažu se riziku ispravnog odlučivanja i postupanja.

Suvremeno društvo je društvo znanja i svakim danom podiže standard obavljanja naših zanimanja. Odgovornost je na državnim institucijama u smislu educiranja kvalitetnog zdravstvenog kadra, kako o naprecima u medicini, tako i o pravima i obvezama pacijenata te pravima i obvezama zdravstvenih radnika. Isto tako, svaki odgovoran zdravstveni radnik mora težiti podizanju razine znanja i svijesti iz područja svoje svakodnevne djelatnosti.

Studenti prve generacije diplomskog studija Sestrinstvo na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija¹² u anonimnoj anketi koja je provedena na početku i na kraju

¹⁰ Cilj programa za cjeloživotno učenje je stvoriti napredno društvo znanja, održivi ekonomski razvoj, veći broj kvalitetnijih poslova te jaču društvenu koheziju u Europskoj Uniji. Program potiče suradnju obrazovnih institucija širom Europe, mobilnost sudionika obrazovnog procesa, razvijanja tolerancije i multikulturalnosti, a istovremeno i priprema sudionike za uspješno sudjelovanje na europskom tržištu rada. Republika Hrvatska postala je punopravna sudionica Programa za cjeloživotno učenje 1. siječnja 2011. godine. Program za cjeloživotno učenje u Hrvatskoj provodi Agencija za mobilnost i programe EU. Izvor: web stranice Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta: <http://public.mzos.hr/Default.aspx?sec=2935> (na dan 19. srpnja 2015.)

¹¹ Mihanović, F., - Žunić, Lj., *op. cit.* (bilj. 21.), str. 102.

¹² U ak. god. 2011./12. upisano je 29 studenata od kojih većina radi na rukovodećim položajima u zdravstvenim ustanovama: glavne sestre klinika, domova zdravlja, glavni tehničari, stručnjaci u farmaceutskoj djelatnosti i sl., s višegodišnjim radnim iskustvom. Na OŽS-u, diplomski studiji se izvode kao izvanredni studiji, zbog radnih obveza studenata.

njihovog visokoškolskog obrazovanja, iskazali su svoju percepciju o važnosti izučavanja kolegija iz područja društvenih znanosti, s naglaskom na pravne kolegije koji se tiču zdravstva¹³. Naročito su, nakon višegodišnjeg rada i prakse, uvidjeli važnost nastavnog sadržaja koja se obrađuju iz predmeta *Zdravstveno pravo i Pravo pacijenta*. Studenti su iskazali veliku zainteresiranost i za usvajanje znanja iz drugih društvenih predmeta *Sustavi zdravstvenog osiguranja, Informacijski sustavi u zdravstvu, Pedagogija, Didaktika i metodika nastave*. Studenti su bili vrlo aktivni tijekom izvođenja seminarske nastave tijekom koje se obrađuju pojedinačni slučajevi iz njihove prakse, koji se analiziraju s pravnog gledišta u smislu prepoznavanja izloženosti odgovornostima, od kaznene, preko građanske do disciplinske i prekršajne. Usvojena znanja zasigurno će biti od utjecaja na povećanje kvalitete pružene zdravstvene zaštite prema pacijentu, jer educirani zdravstveni radnici u većoj mjeri respektiraju prava pacijenata, što se odražava na općenitu kvalitetu zdravstvene skrbi u jednoj državi. Također, studenti su vrlo visokim ocjenama u anonimnim studentskim anketama ocijenili nastavnike koji sudjeluju u nastavnom procesu iz pravnih predmeta na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu.

Što se tiče preddiplomskih studenata, treba uzeti u obzir činjenicu kako se radi o mladim ljudima koji tek dolaze iz gimnazijskih klupa¹⁴, koji su bez ikakvog iskustva u zdravstvu, stoga takvim studentima nastava iz predmeta *Osnove zdravstvenog prava* koju slušaju na I. godini predstavlja prilično apstraktne pojmove i situacije s kojima će se ovi mladi studenti tek u budućnosti, kroz praksu, susresti.

Medicinske sestre završetkom obrazovanja preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva¹⁵ stječu kompetencije u obrazovnom procesu¹⁶, kompetencije u upravljačkom procesu jer će biti sposobne planirati, upravljati, i rukovoditi zadacima i procesima zdravstvene njege i tehnologijama u procesu zdravstvene njege. One će biti sposobne analizirati podatke i sakupljati statističke informacije na kojima se bazira dugoročno planiranje, za kontrolu i cirkulaciju dokumentacija bolesnika i drugih povjerljivih informacija. Važno je kako će

¹³ Od ak. god. 2012./13. na OZS-u izvodi se nastava sveučilišnih diplomskih studija Fizioterapije i Radiološke tehnologije.

¹⁴ Najveći broj upisanih studenata dolazi iz gimnazija, a vrlo mali broj iz strukovnih zdravstvenih škola. Razlog tomu je što učenici koji su pohađali gimnaziju ostvare bolji rezultat na Državnoj maturi u odnosu na učenike strukovnih škola i bolje se plasiraju unutar upisnih kvota.

¹⁵ Osim preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija *Sestrinstvo*, na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu temeljem važećih dopusnica, izvode se preddiplomski sveučilišni studiji *Fizioterapija, Radiološka tehnologija, Primaljstvo i Medicinsko-laboratorijska dijagnostika* i diplomski sveučilišni studiji *Fizioterapija i Radiološka tehnologija*.

¹⁶ Sukladno važećem Nastavnom planu i programu Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, medicinska sestra sa završenim magisterijem može se izabrati u nastavno zvanje predavača i sudjelovati u nastavi iz područja sestrinstva, kliničkih vježbi kao i posebnih vježbi na modelima i aparatima iz područja zdravstvene njege.

biti osposobljeni za timsko vođenje odjela i klinika gdje će biti odgovorni u odlučivanju i svakodnevnom djelovanju. Integrirajući znanje iz informatike, medicine i medicinske tehnologije, etike i upravljanja, pomagat će u razvijanju sustava koji će doprinijeti uspješnijem liječenju, medicinskom istraživanju, planiranju, promjenama i inovacijama u sustavu te financijskom boljitku organizacijskih jedinica i zdravstvene ustanove u cijelosti. Nadalje, usvojena znanja osposobit će ih za provođenje mjera za kontrolu kvaliteta prema usvojenim međunarodnim standardima iz područja zdravstvene njege te za provođenje marketinga u zdravstvu. Osim navedenih, studenti završetkom diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva stječu kompetencije u stručnom procesu jer će znati stručno provoditi opću njegu, uočiti hitna stanja, poznavati načine rukovanja cjelokupnom medicinskom opremom. Primarni cilj magistarskog obrazovanja sestara je stjecanje sposobnost kritičke i točne procjene, planiranja, interveniranja i evaluacije zdravlja i bolesnih stanja pojedinaca, obitelji i društva općenito. Završetkom ovog studija, medicinske sestre stječu akademski naziv magistar/ magistra struke (sestrinstva). Prvi magistri struke *Sestrinstva* obranili su svoje radove u srpnju 2014. godine. Njima je otvoren put prema poslijediplomskim studijima, odnosno doktoratima iz svoga znanstvenog područja i polja, što do sada nije bilo moguće ostvariti u RH.¹⁷

Sve je ovo navedeno kao očigledan primjer kako se u RH, konkretno na Sveučilištu u Splitu, provodi suvremeno obrazovanje zdravstvenih radnika usklađeno s Direktivom 36/2005/EC i pripadajućim dopunama Europskog parlamenta i Vijeća o priznavanju stručnih kvalifikacija i Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija¹⁸ te povisuje standard u pružanju zdravstvene usluge pacijentima, što svakako prvenstveno utječe na zdravlje i dobrobit pacijenta, kao i na kvalitetu pružene usluge uopće. Ovim postajemo konkurentni u Europi i šire, stručni i prepoznatljivi, jer ovaj model edukacije, prilikom svakog svoga predstavljanja javnosti, izaziva prilično zanimanje stručnjaka iz područja zdravstva i obrazovanja.

Svakako je za naglasiti i važnost poslijediplomskog stručnog studija *Medicinsko pravo* koji se izvodi na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu, jer je za očekivati kako će specijalisti medicinskog prava imati značajnu ulogu u obrazovanju zdravstvenih radnika u RH. Vrlo je vjerojatno kako će magistri gore navedenih zdravstvenih struka, u smislu nastavka svoga obrazovanja, iskazati

¹⁷ Medicinske sestre su nakon završene prvostupničke razine obrazovanja, u cilju sticanja višeg zvanja odlazile u inozemstvo ili upisivale neke druge studije u RH (najčešće defektologiju) kako bi stekle 7. razinu obrazovanja. Zbog toga u RH imamo vrlo mali broj medicinskih sestara s doktoratom znanosti koje sudjeluju u izvođenju nastave na fakultetima zdravstvenih usmjerenja.

¹⁸ Narodne novine, br. 124/09., 45/11. i 74/14.

želju za upisom ovog poslijediplomskog studija koji će im dati dodatna znanja za obnašanje upravljačkih funkcija u stručnom procesu iz područja zdravstva.

ZAKLJUČAK:

Osnovni preduvjet za kvalitetnu zdravstvenu uslugu je kvalitetan, educiran i kompetentan zdravstveni radnik. Poznavanje medicinskog prava i drugih područja društveno-humanističkih znanosti podiže kvalitetu obrazovanja zdravstvenih radnika. RH ima zakonsku obvezu osigurati uvjete za edukaciju zdravstvenih kadrova, a od nedavno je osigurano i postizanje obrazovnog statusa preddiplomske, diplomske i poslijediplomske sveučilišne razine visokog obrazovanja za zdravstvene radnike (koji nisu doktori medicine ili dentalne medicine, op. a.). Doprinos društvu koje ulaže resurse i ima odgovornost u kvalitetnom obrazovanju zdravstvenih radnika je višestruk: zdravstveni radnik je obogaćen u znanju iz područja koje njemu nije primarno, a koje je vrlo bitno, pacijent je kvalitetnije tretiran a neželjene posljedice se svode na minimum. Moć edukacije u službi prevencije direktno se očituje u svakodnevnom radu zdravstvenog radnika zbog podizanja osobnog samopouzdanja u njegovom radu. To direktno utječe na kvalitetu zdravstvene usluge koja se pruža pacijentu, a istovremeno zdravstveni radnik uz pomoć usvojenog znanja sebe može kvalitetno zaštititi od potencijalnih kaznenih progona, naknada štete, disciplinske i prekršajne odgovornosti kojima je svakodnevno izložen u riziku ispravnog odlučivanja i postupanja. Kvalitetan i educiran zdravstveni radnik vrijedi više na tržištu radne snage i olakšana mu je mobilnost tijekom radnog vijeka, a sve to vodi unaprjeđenju i zaštiti zdravlja. Integrirajuće znanje iz pravnih predmeta, komunikacije, etike i upravljanja, pomoći će u unaprjeđenju zdravstvenog sustava u RH te će doprinijeti uspješnijem dijagnosticiranju, liječenju, medicinskom istraživanju, planiranju, promjenama i inovacijama u sustavu te financijskom boljitku organizacijskih jedinica i zdravstvene ustanove u cijelosti.

Autori smatraju kako je potrebno dodatno i svakodnevno raditi i na informiranju pacijenata, radi osiguranja preduvjeta za bolje ostvarenje njihovih prava u praksi. Obrazovanje je moguće započeti s programima prilagođenima mladim pacijentima, srednjoškolcima, jer tako odgajamo „obrazovane pacijente“, potičemo srednjoškolce na kritičko razmišljanje vezano za probleme koje susreću ili će tek susresti u praksi, kako bi isti bili spremni suodlučivati o svom zdravstvenom stanju. U suprotnom, ostaje paternalistički stav u odnosu zdravstveni radnik – pacijent, koji roditelji, u većini slučajeva kroz primjere svojih ponašanja koja su velikim dijelom tradicionalna i paternalistička, prenose na djecu.

Zaključno, autori su mišljenja kako je potrebno nastaviti pratiti učinak obrazovanja iz pravnih predmeta i primjenu stečenih znanja u praksi, kako među studentima tako i diplomantima koji su zaposleni u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u procesu pružanja zdravstvene zaštite.

SUMMARY

THE RIGHT IN HEALTH SYSTEM-THE POWER OF EDUCATION IN SERVICE OF PREVENTION (EXPERIENCE OF UNIVERSITY DEPARTMENT OF HEALTH STUDIES UNIVERSITY OF SPLIT)

Aim

The aim of this paper is to raise health professionals' awareness of fear of punishment and criminal responsibility, disciplinary liability and indemnity that they are exposed to on a daily basis. These fears and unpleasant situations can be prevented only through education and knowledge, since they make health professionals' confident and relieve them of fear of performing their duties, which ultimately results in the successful treatment of patient.

Material and Methods

Health (medical) law has started to be taught as an independent course in the university undergraduate and graduate study programmes. In the Republic of Croatia health study programmes are carried out as a binary system of education, at professional and university level. The courses Basics of Health Law, Health Care Law and Patient's rights were included as mandatory courses in the curricula of the study programmes delivered at the University Department of Health Studies.

Results

UDHS implements modern education for health professionals in line with European and national legislation, and raises the standard in providing health services to patients, which primarily affects the health and well-being of the patient, as well as the quality of services provided. Expertise, visibility and competitiveness characterize this model of education.

Conclusion

Systematic and continuous implementation of life-long learning with the latest trends in legal practice and science, as well as the implementation of mandatory courses in the field of law provides basic knowledge and clarifies legal framework of health professionals' behaviour. It leads directly to improved health outcomes for both the individual and the entire community. The basic prerequisite for quality health services is a quality health professional, highly educated with clearly defined learning outcomes.

Ivica Babić, Opća bolnica Virovitica,
predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata,

ULOGA SINDIKATA U TEORIJI I PRAKSI MEDICINSKOG RADNOG PRAVA

UDK: 331 : 105.44 : 61 (497.5)

349.2 : 61 (497.5)

Primljeno: 15. listopada 2015.

Referat na znanstvenom skupu

Uloga sindikata u teoriji i praksi medicinskog radnog prava u Republici Hrvatskoj ogleda se posredno i neposredno na tri razine kroz: tripartitni socijalni dijalog, bipartitni socijalni dijalog odnosno kolektivno pregovaranje te zaštitu kolektivnih i individualnih radni prava članova sindikata neposredno. Misija sindikata definirana je programom i normativnim aktima sindikata sukladno pozitivnim pravnim pravilima. Temeljna zadaća sindikata je štititi socijalni status te kolektivni i individualni, status prije svega, svojih članova. Sindikati svojim djelovanjem neposredno promiču, ugovaraju i štite kolektivna radna prava, odnosno individualna radna prava članova sindikata. Posredno promiču i štite kolektivna radna prava svih radnika u djelatnosti zdravstva jer poslodavac uvijek poseže za proširenom primjenom pravnih pravila te ih primjenjuje na sve zaposlenike u javnom sektoru uključujući i djelatnosti zdravstva. Sindikati su posebno zainteresirani za što povoljniju cijenu rada, kvalitetne uvjete rada i učinkovitu zaštitu na radu. Obzirom na specifičnost djelatnosti zdravstva, pridržavanje kodeksa medicinske etike i deontologije u svakodnevnoj praksi te pravo na kontinuiranu stručnu izobrazbu radnika je *conditio sine qua non*. Temeljno pravo na sindikalno organiziranje, kolektivno pregovaranje i štrajk zajamčeno je konvencijama, međunarodnim pravom i nacionalnim zakonodavstvom. Praksa u Republici Hrvatskoj nerijetko nije sukladna pravnoj stečevini i standardima Europske unije.

Ključne riječi: *socijalni dijalog, kolektivno pregovaranje, kolektivni ugovor, radno pravo.*

Autor u ovom članku iznosi mišljenje o ulozi sindikata u teoriji i praksi u Republici Hrvatskoj. Razmatra tri osnovne razine djelovanja sindikata, kroz koje sindikati ostvaruju sindikalnu misiju. Osvrće se na: tripartitni socijalni dijalog, bipartitni socijalni dijalog te kolektivnu i individualnu zaštitu prava članova sindikata.

1. UVOD

Republika Hrvatska je tijekom perdpripristupnih pregovora s Europskom unijom usklađivala svoje zakonodavstvo s europskom pravnom stečevinom i europskim pravnim standardima. Također je ratificirala međunarodne konvencije kojima

se jamči sloboda sindikalnog organiziranja i djelovanja. Ulogu i prava sindikata definirala je Ustavom Republike Hrvatske, Zakonom o radu i Zakonom o reprezentativnosti poslodavaca i sindikata.

Europska Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, Opća deklaracija o pravima čovjeka (Opća skupština UN 1948.), Europska socijalna povelja, Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima i Konvencije Međunarodne organizacije rada broj 87 i 98. jamče pravo na sindikalno organiziranje i slobodu sindikalnog djelovanja kao jedno od temeljnih ljudskih prava.

2. TRIPARTITNI SOCIJALNI DIJALOG

Pod socijalnim dijalogom podrazumijeva se proces stalnog uzajamnoga

djelovanja između socijalnih partnera u cilju zaključivanja kolektivnih ugovora o radu kojima se utječe na određene varijable ekonomske i socijalne naravi, kako na mikro, tako i na makro razinama. Tripartitni dijalog podrazumijeva interakciju sve tri strane: sindikata, udruga poslodavaca i vlasti kao ravnopravnih i nezavisnih partnera, koji pokušavaju pronaći rješenja za pitanja od zajedničkog interesa. Tripartitni socijalni dijalog treba razlikovati od civilnog dijaloga između predstavnika različitih socijalnih skupina u društvu. Bitna je razlika u tome što u tripartitnom dijalogu nužno sudjeluju vlast i predstavnici socijalnih partnera (organizacije radnika i organizacije poslodavaca). Kroz tripartitni socijalni dijalog vlast uključuje socijalne partnere u proces donošenja odluka u skladu s ustavno-pravnim poretком države, a koje su u nadležnosti vlasti. Posljedično, pitanja o kojima se raspravlja u sklopu tripartitnog socijalnog dijaloga obično su općenitija i šira u odnosu na pitanja o kojima se raspravlja kroz bipartitni socijalni dijalog. Koja će pitanja biti primarno u domeni bipartitnog, a koja primarno u domeni tripartitnog socijalnog dijaloga, značajno ovisi i o tradiciji industrijskih odnosa u pojedinoj zemlji. Međunarodna organizacija rada (MOR) socijalni dijalog definira kao bilo koji oblik pregovora, savjetovanja ili razmjene informacija između predstavnika vlade, poslodavca i radnika (tripartitni socijalni dijalog).

3. BIPARTITNI SOCJALNI DIJALOG

Bipartitni socijalni dijalog je dijalog između poslodavca i radnika o pitanjima od zajedničkog interesa iz domene ekonomske i socijalne politike. To podrazumijeva kolektivno pregovaranje između sindikata i udruge poslodavaca/poslodavca na

razini djelatnosti ili razini poduzeća. U *širem smislu* kolektivno pregovaranje je proces pregovaranja glede interesa, koji uključuje sve vrste dvostranih i trostranih rasprava o problemima vezanim uz rad koji izravno ili neizravno pogađaju radnike. Kolektivno pregovaranje u *užem smislu* uključuje postupak pregovaranja između poslodavaca i predstavnika posloprimaca, kao i sporazum koji sadrži obvezujuća pravila. Pregovori mogu biti formalizirani između sindikata, udruga poslodavaca i države, no i neformalni, povremeni i nestalni kontakti.

Socijalni dijalog je bilo koji nekonfliktan odnos između poslodavaca/udruga poslodavaca i sindikata, odnosno udruga poslodavaca, sindikata i države, na bilo kojoj razini. Socijalni dijalog su sukobljavanja, neslaganja i zahtjevni pregovori. Bitna je volja da se kroz duži ili kraći proces dođe do sporazuma i obostrano prihvatljivih rješenja. Za uspješan socijalni dijalog potrebno je minimalno uvažavanje između sudionika i njihova spremnosti prihvatiti legitimne interese drugih. Ako se tijekom socijalnog dijaloga dogodi sukobljavanje, bitno je koristiti se prihvatljivim i legitimnim sredstvima. Kolektivna radna prava zaposlenih u djelatnosti zdravstva u Republici Hrvatskoj u javnom sektoru ugovorena su: Temeljnim kolektivnim ugovorom za službenike i namještenike u javnim službama i **Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja uključujući važeće dodatke navedenih kolektivnih ugovora. Kolektivnim ugovorima definirano je:** opće odredbe, mirno rješavanje sporova, štrajk, tumačenje ugovora, izmjena te otkaz i obnova ugovora, radni odnosi, radno vrijeme, odmori i dopusti, naknada štete, prestanak ugovora o radu, plaća, ostala materijalna prava, prava te obveze i ovlasti sindikata i sindikalnih povjerenika, uvjeti rada.

4. ZAŠTITA KOLEKTIVNIH I INDIVIDUALNIH RADNIH PRAVA

Nerijetko u Republici Hrvatskoj Vlada kao poslodavac krši kolektivna radna prava. Uvođenjem radne obveze i zabranom prava na štrajk Hrvatskom liječničkom sindikatu uskraćeno su temeljno prava na: štrajk, kolektivno pregovaranje. Posredno, izmjenom Zakon o reprezentativnosti poslodavaca i sindikata dovedeno je u pitanje pravno na sindikalno organiziranje. Iako je presudom Ustavnog suda i Europskog suda za ljudska prava Hrvatskom liječničkom sindikatu potvrđeno pravo na štrajk u praksi Vlada kao poslodavac zloupotrebljava svoju poziciju izvršne vlasti se i na taj način neprimjereno i neprihvatljivo obračunava sa sindikatima. Sporost u rješavanju kolektivnih radnih sporova koje se vode na Vrhovnom sudu RH i Općinskom radnom sudu u Zagrebu te individualnih radnih sporova diljem Hrvatske dovodi radnike u nepovoljniju položaj u odnosu na poslodavca.

Suprotno europskoj praksi radni sporovi traju neprimjereno dugo. Sindikalnim posredovanjem i sindikalnim alatima svakodnevno se rješavaju sporovi. Dio sporova neizbježno završava na sudu gdje sindikati, preko odvjetnika, pružaju pravnu pomoć svojim članovima. Neefikasnost Inspektorat rada dodatno otežava zaštitu radnih i drugih prava radnika.

SUMMARY

THE ROLE OF TRADE UNIONS THEORY AND PRACTICE OF MEDICAL LABOUR LAW

The role of trade unions in the theory and practice of medical labor law in Croatia is reflected directly and indirectly through the three levels: tripartite social dialogue, bipartite social dialogue and collective bargaining and the protection of collective and individual employment rights of trade union members immediately. The mission of trade unions is defined program and normative acts of trade unions in accordance with applicable legal rules. The basic task of trade unions is to protect the social status and the collective and individual, status above all, of its members. Unions promote their actions directly, protect and negotiate collective labor rights, and labor rights of individual union members. Indirectly promote and protect collective labor rights of all workers in the sector of health because the employer always reaches for the extended application of legal rules and applies them to all employees in the public sector, including health activities. Unions are particularly interested in a more favorable labor costs, good working conditions and effective protection at work. Given the specificity of the activities of health care, adherence to the code of medical ethics and deontology in daily practice and the right to continuous professional training of workers is a *conditio sine qua non*. The fundamental right to form trade unions and bargain collectively and strike is guaranteed by conventions, international law and national legislation. Practice in the Republic of Croatia is often not in line with the *acquis* and EU standards.

Keywords : *social dialogue , collective bargaining , collective agreements , labor law .*

5. LITERATURA

- Ustav RH NN 85/10, 5/14,
- Zakon o radu NN 93/14,
- Zakon o reprezentativnosti poslodavaca i sindikata NN 93/14,
- Temeljni kolektivni ugovor za službenike i namještenike u javnim službama NN 141/2012,
- **Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja NN 143/13,**
- N. Bodiraga-Vukobrat, S. Laleta, Posebnosti kolektivnog pregovaranja...
- Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. v. 28, br. 1 (2007),
- D. Bagić, Tripartitni socijalnidijalog, 2015., Zagreb,
- Europska Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda,
- Opća deklaracija o pravima čovjeka (Opća skupština UN 1948.),
- Europska socijalna povelja,
- Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima,
- Konvencije Međunarodne organizacije rada broj 87 i 98
- **Case of Hrvatski liječnički sindikat v. Croatia,** The European Court of Human Rights *application no. 36701/09*, www.hls.hr
- Odluka o ukidanju radne obveze zdravstvenim djelatnicima visoke stručne spreme, NN 2/14.

Miran Cvitković, dr.med.
Klinika za pedijatriju KBC Zagreb

MEDICINSKO PRAVO – NEPOSREDNA PRIMJENA U STRUKOVNIM ORGANIZACIJAMA

UDK: 61 : 349

061.23 : 614.2(497.)

Primljeno: 20. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Pravo i medicina znanstvene su discipline koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značaja. Medicina čuva čovjekovo zdravlje, dok pravo uređuje i štiti ljudska prava vezano uz zdravlje. Medicinsko pravo razvilo se iz potrebe bolje interakcije spomenutih struka u ključnim situacijama uređivanja mnogih kompleksnih medicinskih pitanja upravo putem pravnih normi. Komore predstavljaju iznimno važan institucionalizirani oblik strukovnog udruživanja i osnovane su radi zaštite interesa svojih članova (zdravstvenih radnika) i kao takve predstavljaju bitan element u definiranju zdravstvene politike. Osim što djeluju interesno i zaštitnički, Komore uređuju i na polju prava i dužnosti članova u obavljanju svojih profesija, međusobnih odnosa te relacije prema pacijentima. Svoje ovlasti Komore ne bi mogle kvalitetno provoditi bez korištenja znanja i mogućnosti koje daje medicinsko pravo. Medicinsko-pravne norme kojima je zakonski regulirano područje zdravstvene djelatnosti i zaštite, usko su isprepletene sa strukovnim pravilima koje je nemoguće promatrati izolirano i izvan medicinsko-pravnog aspekta. Komore na neposredan način osiguravaju provedbu odredbi medicinskog prava donošenjem podzakonskih propisa kojima detaljnije razrađuju pojedine medicinsko-pravne institute te osim što ih možemo smatrati provediteljima zakonskih (medicinsko-pravnih) odredbi, s druge ih strane možemo smatrati i samostalnim kreatorima medicinskog prava jer imaju ovlast svojim podzakonskim propisima detaljnije razrađivati zakonske odredbe. Utvrđivanje standarda profesije u teorijskom, i normativna postupanja različitih subjekata u procesnom pogledu, u postupcima pružanja zdravstvene zaštite, osnov je djelokruga postupanja Komora kao novog pristupa u sagledavanju i utvrđivanju poslovanja Komora u zdravstvu, pri čemu predmetno nikako ne bi bilo moguće bez snažnog upliva i utjecaja medicinskog prava.

POJAM MEDICINSKOG PRAVA

Medicina i pravo vjerojatno predstavljaju povijesno najstarije znanstvene discipline koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značaja. Zajednički cilj im je humanost jer se brinu o životu i zdravlju ljudi kao i ljudskom dostojanstvu, pri čemu medicina to izvršava na jedan način, a pravo na drugi.¹ Pri tome medicina i pravo imaju mnogo dodirnih točaka, isprepliću se u nekim svojim segmentima i interdisciplinarnog su karaktera, no neosporno je da je riječ o različitim strukama s različitim zakonitostima, standardima i pravilima

postupanja, i premda mogu dijeliti polje rada, činjenica je da ne mogu sasvim samostalno i adekvatno odgovoriti na mnoge probleme, pitanja i zahtjeve iz domene druge struke.

Upravo u tom procijepu nastala je nova grana prava koja predstavlja poseban ali danas sasvim prirodan spoj medicine i prava, koja se razvila iz potrebe bolje interakcije dviju struka u situaciji snažnog i ubrzanog razvoja moderne medicinske znanosti koju paralelno ne prati i pravna znanost, a pri čemu se otvara potreba za uređivanjem mnogih kompleksnih pitanja vezanih uz život i smrt, zdravlje i bolest, prava pacijenata, dužnosti i odgovornosti liječnika, upravo putem pravnih normi.²

Medicinsko pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost, a u posljednjih nekoliko desetljeća medicinsko pravo postoji i afirmiralo se kao zasebna disciplina pravne znanosti i kao zasebna grana prava.^{3,4} Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga.⁵ Također se može reći da se njima uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija i organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa.² Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze. Na ovom području pravo i medicina se susreću i teže zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrjednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajnog dijela zaštite ljudskih prava.^{1,6,7}

Obzirom na svoj opseg, medicinsko pravo u užem smislu obuhvaća pravna pravila koja uređuju odnose u obavljanju zdravstvene odnosno medicinske zaštite. Gledano u širem smislu, medicinsko pravo obuhvaća i druge propise kojima se ne uređuju izravno odnosi u obavljanju zdravstvene djelatnosti, ali su u svezi s njim, kao što su, primjerice, propisi o prometu i izdavanju lijekova, osiguranju od odgovornosti, medicinskim proizvodima i sl.⁸

Bitna značajka medicinskog prava je da ga ne čine samo državni propisi (zakoni i podzakonski akti) već i staleški propisi, profesionalne smjernice, protokoli i standardizirani medicinski postupci. Sukladno tome, može se reći da je medicinsko pravo ona grana prava koja obuhvaća skup heteronomnih (državnih) i autonomnih (staleških) pravnih pravila i pravnih odnosa koji nastaju ili se pravno priznaju u obavljanju zdravstvene (medicinske) djelatnosti u koje ljudi stupaju radi očuvanja svog života i zdravlja.⁹

IZVORI MEDICINSKOG PRAVA

Medicinsko pravo ne egzistira kao zaokruženi sustav normi skupljenih u jednom ili više zakonskih akata. Samo jedan dio njegovih pravila nalazi se u propisima koji se odnose isključivo na medicinsku djelatnost i njezine djelatnike. Drugi dio je raspoređen po mnogim zakonskim tekstovima koji pripadaju različitim područjima prava (npr. ustavnom, kaznenom, građanskom, upravnom, radnom, međunarodnom itd.), pri čemu se većina pravnih problema nalazi u građanskom i kaznenom pravu.⁹

Medicinsko pravo je skup raznorodnih pravila koja pripadaju različitim granama prava, a zajedničko im je da uređuju odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti. Izvori medicinskog prava su brojni i disperzirani, i pripadaju dvjema skupinama: i) propisi koji izravno uređuju odnose koji nastaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti; ii) propisi iz drugih područja prava, npr. ustavnog, građanskog, kaznenog, radnog, upravnog, obiteljskog i sl., koji dijelom (posredno) uređuju pojedina pitanja vezana za odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti.¹⁰

Primjeri temeljnih zakona koji predstavljaju izravni izvor medicinskog prava su Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata, Zakon o dentalnoj medicini, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Zakon o ljekarništvu, Zakon o sestrinstvu, Zakon o primaljstvu, Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti i Zakon o djelatnostima u zdravstvu. Nadalje, u ostale izravne izvore spadaju primjerice Zakon o lijekovima, Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, Zakon o krvi i krvnim pripravcima, Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu te jedan od najstarijih zakona iz područja medicinskog prava, Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva iz 1991., a koji je preuzet iz bivše SFR Jugoslavije. Obzirom da jednim dijelom zakon datira čak iz 1978. i obzirom na okvir kojeg regulira, nije više sasvim primjeren sadašnjem vremenu.

Nadalje, izvor medicinskog prava čine i mnogobrojni podzakonski propisi koji u načelu egzaktnije definiraju one segmente koji nisu dostatno razrađeni, već su samo općenito regulirani i određeni zakonom. Primjere predstavljaju Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika, Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi, Pravilnik o krvi i krvnim sastojcima, Pravilnik o praćenju nuspojava lijekova i medicinskih proizvoda, Pravilnik o načinu razvrstavanja lijekova te propisivanju i izdavanju lijekova i mnogi drugi.

Drugi dio izvora medicinskog prava čine propisi koji se nalaze u drugim područjima prava koji nisu isključivo i samo vezani uz to područje, kao što je to primjerice Ustav Republike Hrvatske, Kazneni zakon, Zakon o parničnom postupku, Zakon o obveznim odnosima, Zakon o zaštiti osobnih podataka, Zakon o kaznenom postupku, Zakon o parničnom postupku, Zakon o sanitarnoj inspekciji i sl.

Ovdje je svakako potrebno spomenuti i sudsku praksu, pravne izvore na međunarodnoj razini kao i samu pravnu znanost. Za sudsku praksu poznato je da sama po sebi ne čini općeprihvaćeni izvor prava, no snagom svoje uvjerljivosti i autoriteta onih koji je donose i praksom koja proizlazi iz nje, ona ipak na neizravan način predstavlja i određeni izvor prava.⁹ Hrvatska ne spada u onaj krug zemalja u kojoj sudska odluka ima obilježje presedana, no to ne umanjuje njenu ulogu posebice u prokreaciji novih pravnih ideja i stajališta.

Osim heteronomnih izvora medicinskog prava, posebno važnu grupu čine autonomni izvori odnosno staleško pravo.^{7,9,11} Naime, dužnosti liječnika i ostalih zdravstvenih radnika unutar profesionalnog obavljanja svoje djelatnosti i odnosi prema pacijentu, nisu niti mogu biti u cijelosti utvrđeni zakonom kojeg donosi država, već i pravilima medicinske struke i etike. Staleško pravo čine svi oni propisi koje donose profesionalne udruge i organizacije zdravstvenih radnika, prvenstveno Komore, a odnose se na prava i dužnosti članova u obavljanju svojih profesija, međusobne odnose te relacije prema pacijentima odnosno korisnicima njihovih usluga.

Staleško pravo u načelu se propisuje u obliku raznih pravilnika i poslovnika, pri čemu temeljne akte predstavljaju statuti i etički/deontološki kodeksi strukovnih Komora odnosno pojedinih profesija. Po svom karakteru staleško pravo je ograničeno, jer se reflektira i vezano je samo za članove određene Komore, i nije obvezujuće za treće osobe, primjerice pacijente. Uprkos toj značajci kao i činjenici da etička i druga pravila struke nisu sama po sebi pravna pravila, zakonodavac im je dao ulogu i funkciju pravne norme za koje je, u slučaju kršenja istih, utvrdio i određene disciplinske (stegovne), građanskopravne i kaznenopravne sankcije. Upravo iz činjenice da nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnim sankcijama, proizlazi i dokaz da je i medicinska etika jedan od izvora medicinskog prava.⁵

U medicini se moralne i pravne dužnosti liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika toliko isprepliću da ih nije lako uvijek međusobno odijeliti ili razdvojiti, a praksa pokazuje da to ponekad i nije moguće, a ni svrhovito. U osnovi profesionalnog postupanja liječnika (zdravstvenog djelatnika) leži pravilo *Primum non nocere*, kao i pravilo da je dobrobit pacijenta liječnikova prva, osnovna i najveća briga, pri

čemu je s druge strane istovremeno jasno istaknuta činjenica da je pravno dužan pridržavati se načela medicinske etike. Nepobitno je da pravna znanost ne može u cijelosti i u svim segmentima adekvatno slijediti ovako brzi razvoj medicine, no upravo tu i leži jedinstvena vrijednost medicinskog prava koje unutar svojih okvira sintetizira i kreira materiju sagledavajući je u cjelini, a ne raslojavajući je pritom na ponekad neodjeljive dijelove.

ODNOS IZMEĐU MEDICINE I PRAVA

Temeljni začeci osnova odnosa medicine i prava u modernom društvu postavljeni su u dvadesetom stoljeću, nakon II svjetskog rata, kroz Opću deklaraciju o ljudskim pravima UN (1948), Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini (Oviedo 1997), te uz to i kasnije kroz razne ostale nacionalne i međunarodne izvore prava.

Pravo i medicina su velike znanstvene discipline koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značaja. S jedne strane medicina čuva čovjekovo zdravlje, dok s druge strane pravo, posebice njegova nova grana - medicinsko pravo, uređuje i štiti ljudska prava u vezi sa zdravljem, prepoznajući to kao posebno važan segment zaštite ljudskih prava uopće.¹² Teško je naći dvije znanstvene discipline koje su tako različite, a opet tako upućene jedna na drugu kao što su medicina i pravo. Naime, premda mogu dijeliti polje rada, činjenica je da ne mogu sasvim samostalno i adekvatno odgovoriti na mnoge probleme i zahtjeve iz domene druge struke, a bez da si u radu međusobno ne pomažu i surađuju.

Pri tome je uloga pravnika da dublje uđu u probleme s kojima se medicina svakodnevno susreće, dok je zadatak liječnika i ostalih zdravstvenih radnika veće razumijevanje pravnih i zakonskih okvira i normi koji se odnose na djelatnost s kojom se bave, te pomoć u njihovom boljem oblikovanju i implementaciji.^{12,13} Područja zajedničkog djelovanja medicine i prava su brojna (npr. nesavjesno liječenje, transplantacija dijelova ljudskog tijela, nadri liječništvo, ljudski genom, klinička ispitivanja lijekova, pravo pacijenata, izdavanje lijekova i odgovornost ljekarnika, eutanazija, protupravni prekid trudnoće, informirani pristanak, liječnička greška itd.), i s vremenom ih je sve više.

Iako je pravna struka oduvijek uređivala mnoge ljudske djelatnosti, medicina je dugo vremena bila poprilično izolirana od toga. Kao što je navedeno ranije, tek od prošlog stoljeća pravo se u većoj mjeri počelo uplitati u medicinsku djelatnost i sami međuodnos liječnika (zdravstvenog djelatnika) i pacijenta. Spomenuta privilegiranost medicine postupno se gubila, a mišljenje da liječnici

moгу samostalno osigurati kontrolu nad svojim profesionalnim radom i etičkim postupanjem prema pacijentima, neminovno se povlačilo pred nastupom novih okolnosti. Prevladao je stav da je značaj medicinske djelatnosti toliki da se ne može ostaviti bez vanjske kontrole, a takav stav je dobrim dijelom proistekao iz okvira same medicine.^{9,14} Naime, brzi razvoj tehnologije i znanosti doveo je do velikog porasta vrste i broja raznoraznih intervencija i modernih postupaka i metoda liječenja, a time i povećanog rizika za pacijente od istih, a s druge strane, prisutno jačanje i proširivanje prava pacijenata omogućilo je veću i značajniju ulogu pacijenta u procesu liječenja, uključujući pravo na suodlučivanje, pravo na obavještenost, pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, pravo drugo mišljenje, pravo na odbijanje dijagnostičkog ili terapijskog postupka, pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove, pravo na naknadu štete i sl.¹⁵

Rezultat navedenih zbivanja je bio višestruk. S jedne strane uspostavljeni su primjereniji pravni okviri medicinske djelatnosti, što je između ostalog pridonijelo i većoj zaštiti i pravnoj sigurnosti korisnika zdravstvenih usluga uključujući i mogućnost naplate štete zbog liječničke greške, no s druge strane to je pridonijelo porastu uzajamnog nepovjerenja, *juridizacije* medicine i širenju tzv. "defensive medicine".

Pojam defenzivne medicine odnosi se na praksu preporučivanja dijagnostičkog i/ili terapijskog postupka koji ne predstavlja nužno najbolji izbor za pacijenta, već uglavnom ima ulogu zaštititi liječnika od potencijalne odgovornosti i tužbe od strane pacijenta, a upravo je nastao kao refleksija na povećanje broja tužbi.

Juridizacija medicine je pojam koji se odnosi na kontinuirani postupak kontrole pružanja zdravstvenih usluga. Riječ je o prevođenju medicinskih postupaka u pravne radnje odnosno podvođenje pod pravo. Posljedica je povećanje prava pacijenata, a smanjenje ovlasti zdravstvenih radnika pri čemu postupci zdravstvenih radnika bivaju podložni procjeni stručnosti, pravovremenosti, ispravnosti i svrsishodnosti.^{12,16}

Tranzicija u odnosu medicine i prava vidi se i u promjeni same prirode odnosa liječnik-pacijent. Međusobno povjerenje i dalje ostaje jedna od temeljnih značajki tog odnosa, ali ne i jedina. Sigurnost pacijenta postaje sve važnija kategorija, zakonodavac je sadržaj i opseg pružanja zdravstvene zaštite digao na razinu pravne norme čije kršenje povlači za sobom određene sankcije, u javnosti se zdravlje gotovo imperativno percipira kao nedodirljiva datost i konstanta, neuspjesi liječenja često rezultiraju sumnjom u propuste ili pogreške u liječenju, a nekad normalno prihvaćane životne pojave kao bolest i smrt postaju utužive i izvor sudskih sporova.

Posebnost odnosa i interakcija medicine i prava reflektira se i u situacijama kad ne postoji odgovarajuća usklađenost etičkih pravila ili načela i pravnih normi kako ih je odredio zakonodavac, a što liječnike (zdravstvene djelatnike) može dovesti u dilemu pa i zabludu. Problemi su u načelu dvovrsni - u jednom slučaju problem može nastupiti jer određeni medicinski segment nije pokriven odnosno uređen odgovarajućim pravnim okvirom, a u drugom slučaju postoji raskorak između etičkih načela i zakona, odnosno ono što je profesiji etički prihvatljivo, zakonski nije na taj način dozvoljeno. U prvom slučaju, etička načela su ta koja mogu ili trebaju nadopuniti nepostojeći ili nepotpuni pravni okvir, no u drugom slučaju zakonska norma je prevladavajuća. Naime, svaki čovjek pa i liječnik, dužan je poštovati zakone i ne može ih po svom nahođenju mijenjati. U tom slučaju određenu iznimku za liječnika ponekad može činiti institut priziva savjesti, no i to samo unutar točno definiranih okolnosti.

U konačnici, može se potvrditi da se s napretkom medicine i s povećanjem dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, povećavaju i pravni zahtjevi liječnikovoj pažnji i liječničkom umijeću. Istovremeno, zakonodavac je propisao da je u procesu donošenja odluka i izbora dijagnostike i odgovarajućeg liječenja liječnik samostalan u postupanju sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke. Sve navedeno čvrsto govori u prilog daljnjem razvijanju i jačanju odnosa medicine i prava, kao i činjenica da medicinske radnike i bolesnike zakonodavac tretira kao partnere koji su pravno jednaki i samostalni.^{17,18}

KOMORE U ZDRAVSTVU I MEDICINSKO PRAVO

Komore predstavljaju iznimno važan institucionalizirani oblik strukovnog udruživanja i organizacije i osnovane su radi zaštite interesa svojih članova. Komore u zdravstvu štite prava i zastupaju interese članova zdravstvenih radnika i kao takve su bitan element, čimbenik u definiranju zdravstvene politike. Osim što djeluju interesno i zaštitnički, Komore ureduju i na polju prava i dužnosti članova u obavljanju svojih profesija, međusobnih odnosa te relacije prema pacijentima odnosno korisnicima njihovih usluga. Navedene poslove, bilo u sklopu javnih ovlasti ili ostalih stručnih poslova, Komore ne bi mogle kvalitetno provoditi bez korištenja znanja i mogućnosti koje daje medicinsko pravo.¹⁹

U hrvatskom sustavu zdravstva djeluje osam komora. Godine 1995., na temelju članka 43. stavka 1. Ustava Republike Hrvatske (»Narodne novine« br. 56/90) i članka 171. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine« br. 75/93., 11/94., 1/97 – pročišćeni tekst, 117/97., 95/00. i 129/00), nakon 50

godina mirovanja liječnika komora obnavlja svoj rad pod novim imenom Hrvatska liječnička komora.

Po uzoru na Hrvatsku liječnički komoru osnivane su temeljem istog Zakona redom: Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine (prije Hrvatska stomatološka komora). Nadalje, temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/3, 22/14, 154/14) osnovana je potom Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta, te Hrvatska komora zdravstvenih radnika kao posljednja Komora u sustavu zdravstva.

Glavom XIX „Komore“ Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sve navedene komore dobile su potvrdu legitimiteta, a svi zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost na području RH, obvezu učlanjenja u Komore. Sustav zdravstva prepoznao je bitnost da se zdravstvene djelatnosti obavljaju kroz sustav profesija, a da osobe koje će obavljati navedene djelatnosti ispunjavaju jasne kriterije i standarde u sadržaju i obliku obrazovanja i stručne osposobljenosti. Zato je omogućeno ali i obligatno svim zdravstvenim radnicima da samostalno obavljaju svoj posao u okviru vlastitih profesija. Sustav je prilagodio odnose na isti način i kod vrednovanja zanimanja, jer su svi oni koji obavljaju djelatnosti u sustavu zdravstva, a koje se ne tiču istih profesija, nezdravstveni radnici koji nemaju obligaciju ali ni ovlast staleških komorskih učlanjenja i tako postavljenih kriterija. Iz navedenog je očito da se kriteriji i standardi profesija u zdravstvu ne uređuju, a niti se mogu odgovarajući urediti, bez temelja i okvira koje daje medicinsko pravo.

Još veća razina bitnosti predmetnog očitovala se kroz donošenje tzv. strukovnih zakona koji su precizno i jasno definirali osim komorskih ovlasti, način i ovlast rada, odnosno obavljanja pojedinih zdravstvenih djelatnosti. Kad se predmetni zakoni detaljnije proučavaju i analiziraju, vidljivo je također da ne bi bilo moguće donijeti ih u odgovarajućim okvirima, a bez oslonca koje upravo pruža medicinsko pravo. Posebni zakoni koji su temeljni izvori komorskih prava jesu:

Zakon o liječništvu (NN br. 121/03, 117/08) kojim se uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj. Zakonom o liječništvu formalno je definirana Hrvatska liječnička komora kao samostalna i neovisna strukovna organizaciju sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Komora u okviru svojih djelatnosti predstavlja liječnike u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu.

Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN br. 121/03, 117/08) kojim se uređuju načela, način organiziranja i provođenja medicinsko-biokemijske djelatnosti, kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistar medicinske biokemije pod uvjetima i na način propisan istim Zakonom. Ovim zakonom definirana je Hrvatska komora medicinskih biokemičara kao samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Zakon o ljekarništvu (NN br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08) kojim se uređuje način provođenja i organiziranja ljekarničke djelatnosti kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije pod uvjetima i na način propisan istima Zakonom. Ovim zakonom Hrvatska ljekarnička komora definirana je kao samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima, koja u okviru svoje djelatnosti predstavlja magistre farmacije u RH i inozemstvu.

Zakon o sestrinstvu (NN br. 121/03, 117/08, 57/11) kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti i kompetencije, kontrola kvalitete i stručni nadzor na radom medicinskih sestara. Istim zakonom Hrvatska komora medicinskih sestara je definirana kao strukovna samostalna organizacija medicinskih sestara sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima, koja promiče, zastupa i usklađuje interese medicinskih sestara pred državnim i drugim tijelima u RH i u inozemstvu.

Zakon o primaljstvu (NN br. 120/08, 145/10) kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom primalja u Republici Hrvatskoj. Zakonom o primaljstvu Hrvatska komora primalja definirana je kao strukovna samostalna organizacija primalja sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora promiče, zastupa i usklađuje interese primalja pred državnim i drugim tijelima u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu.

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti (NN br. 120/08) kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Istim Zakonom Hrvatska komora fizioterapeuta je definirana kao samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora predstavlja i zastupa interese fizioterapeuta, fizioterapeutskih

tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji obavljaju poslove u fizikalnoj terapiji na području Republike Hrvatske.

Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN br. 87/09) kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom zdravstvenih radnika djelatnosti sanitarnog inženjerstva, zdravstvene radiološko tehnološke djelatnosti, djelatnosti radne terapije i medicinsko-laboratorijske djelatnosti. Ovim zakonom Hrvatska komora zdravstvenih radnika definirana je kao samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora predstavlja i zastupa 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

Shodno zakonskim propisima, poglavito Zakona o ustanovama (NN br. 76/93, 29/97, 47/99, 35/08) Komore su statusno određene kao ustanove (Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora zdravstvenih radnika), ili kao pravne osobe po posebnom zakonu (Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta).

Strukovnim zakonima definiran je djelokrug Komora u sustavu zdravstva. Statutom Komora utvrđen je detaljnije djelokrug i opis poslova Komora, a koji se u načelu dijeli na poslove javnih ovlasti i stručne poslove Komore. Poslovi javnih ovlasti imaju poseban značaj i čine osnovu poslovanja Komore, a predstavljaju poseban oblik javne vlasti koje država može povjeriti odnosno podijeliti nedržavnim subjektima, dakle i pravnim osobama, da postupaju u ime države, a sastoji se u autoritativnom obavljanju određenih poslova od javnog interesa. Ovakva podjela djelatnosti Komore na poslove javnih ovlasti i stručne poslove predstavlja tradicionalan pristup i način shvaćanja djelokruga rada, ovlasti i poslovanja Komora, i u današnjem vremenu i praksi ovakvo posezanje i ustrajanje na striktnim razlikovanjem predmetnog sve češće pokazuje određene nedostatke.

Stalni progres i unapređivanje samog sustava zdravstvene zaštite generalno, novih sustava i standarda pružanja zdravstvene zaštite i neposrednih postupaka u pružanju zdravstvene zaštite, porast primatelja usluga i redefiniranje pozicija zdravstvenih radnika, potreba temeljitijeg i kompleksnijeg sustava obrazovanja i osposobljavanja zdravstvenih radnika, uspostava i provođenje načela usklađivanja standarda profesija i zanimanja na širem tržištu rada, jačeg i sustavnijeg nadzora obavljanja djelatnosti s ciljem zaštite pacijenta i lociranja granica dužnosti kao i jasnim definiranjem ovlasti i odgovornosti zdravstvenih radnika u okružju i procesima timskog i multidisciplinarnog pružanja usluga, predstavlja nove izazove s kojima se Komore susreću.¹⁹

Komora u takvom sustavu treba imati jasnu poziciju koja joj je i načelno dana zakonskim propisima (iako ta načelna ovlast nikako ne može biti isključivi kriterij oko koje bi se izgrađivao sustav jasnih i nedvojbenih ovlasti Komore), a stožerno mjesto u tome nesumnjivo zauzima medicinsko pravo. Jednako tako predmetno možda i ne bi predstavljalo problem kad bi svi predmetni poslovi nedvojbeno bili i ostali utvrđeni kao poslovi Komore. Problem može nastati kad bi se pojedini elementi ovlasti pokušali delegirati nekim drugim tijelima, kao što problem može predstavljati i što se pojedini poslovi vezani za interese članova i njihovih profesija u svom izvornom obliku još uvijek nalaze pod nadležnošću više različitih državnih i drugih tijela.

Dakle tendencija izgrađenog komorskog sustava trebala bi biti usmjerena na objedinjavanje svih poslova iz djelokruga zaštite interesa profesije i njenih članova na jednom mjestu, kroz jednu nadležnu instituciju, koja bi svoje poslovanje usklađivala kontinuirano i svakodnevno potrebama promjena i razvitka profesija. Komora bi trebala biti relevantan čimbenik, partner ostalim institucijama koje na neposredan ili posredan način utječu na definiranje profesija u sustavu zdravstva. Ovakvo partnerstvo upravo i jasno proizlazi kako iz samog djelokruga rada Komora, tako i vrlo zahtjevne i visoke specifičnosti profesija svojih članova koje zastupaju, pri čemu upravo Komore raspolažu svim potrebnim znanjima i resursima kojima podržavaju, olakšavaju i usmjeravaju interakciju istih s ostalim subjektima u sustavu, uključujući u tome i ključno mjesto medicinskog prava kao jednog od temelja za predmetne aktivnosti, kako bi sinergistički djelovale s ostalim institucijama i nadležnim tijelima, a sve u svrhu kontinuiranog procesa poboljšavanja zdravstvenog sustava u cjelini.

U svemu navedenom potrebno je u teorijskom i praktičnom smislu utvrditi poveznicu koja će prije svega omogućiti lakše shvaćanje svakom pojedincu, profesionalcu i pacijentu kao i samom sustavu, koje su mogućnosti, postupci i posljedice različitih situacija i odnosa proisteklih iz pružanja zdravstvene zaštite.

Vakuum nedefiniranih situacija kontinuirao i sustavno opterećuje i ugrožava sustav zdravstvene zaštite, poglavito ako su nosioci istih situacija pružatelji i primatelji usluga. Ključ raslojavanja takvih zamršenih i nedefiniranih situacija leži u povezivanju, različitih disciplina koje u praktičnom smislu treba provoditi Komora, a jasan primjer poveznice predstavlja upravo medicinsko pravo.¹⁹ Širenjem aspekta i implementacijom medicinskog prava u diferentnim dijelovima iste cjeline, Komora neposredno utječe na rad profesija i pojedinih zdravstvenih radnika u smislu očuvanja i zaštite interesa istih i zaštite prava pacijenata, te u konačnici vodi i boljitku zdravstvenog sustava u cjelini.

Naime, medicinsko-pravne norme sadržane u zakonima kojima je regulirano područje zdravstvene djelatnosti i zdravstvene zaštite, usko su isprepletene sa strukovnim pravilima svake pojedine zdravstvene djelatnosti (liječničke, ljekarničke, sestrinske, medicinsko-biokemijske, stomatološke itd.) tako da je danas gotovo nezamislivo strukovna pravila (primjerice, etička i deontološka načela) promatrati izolirano, bez da se uzme u obzir i medicinsko-pravni aspekt. U tom smislu, Komore kao staleško-strukovne organizacije, u okviru svoje nadležnosti, na neposredan način osiguravaju provedbu odredbi medicinskog prava upravo donošenjem svojih podzakonskih propisa kojima detaljnije razrađuju pojedine medicinsko-pravne institute. Dakle, Komore u sustavu zdravstva (Hrvatska liječnička komora, Hrvatska sestrinska komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora primalja, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora zdravstvenih radnika te Hrvatska komora fizioterapeuta), osim što, s jedne strane, možemo smatrati provediteljima zakonskih (medicinsko-pravnih) odredbi, s druge ih strane možemo smatrati i samostalnim kreatorima medicinskog prava jer imaju ovlast svojim podzakonskim propisima detaljnije razrađivati zakonske odredbe, odnosno samostalno određivati smjer daljnjeg razvitka pravne norme.

U konačnici se može reći da Komore u zdravstvu jesu nedvojbeno bitni čimbenici kreiranja zdravstvene politike u širem smislu, a isto se ogleda u njenom pozicioniranju u sustavu zdravstva kao zastupnika i zaštitnika interesa pojedinih zdravstvenih radnika, kao i u svakodnevnom provođenju delegiranih javnih ovlasti. Čvrsti temelj spomenutog pozicioniranja kao i provođenja svih navedenih aktivnosti, neosporno čini medicinsko pravo.

Kapital delegiranih javnih ovlasti daje Komorama za pravo da meritorno odlučuju o svim bitnim pitanjima za interese zdravstvenih radnika, njenih članova, kao i odgovornostima istih, a teret spomenutog opet u velikoj mjeri nosi medicinsko pravo. Kontinuirane promjene u odnosima u pružanju zdravstvene zaštite omogućuje Komorama kao ovlaštenim stručnim strukovnim organizacijama

da prilagođavaju sustav zdravstva novim vrijednosnim sustavima. Takve nove situacije pružit će zdravstvenim radnicima jasno mjesto u okviru vlastitih ovlasti i odgovornosti u obavljanju poslova djelatnosti profesija, te sukladno tim pružiti najveću moguću zaštitu pacijentima kao krajnjim korisnicima usluga zdravstvene zaštite. I ovo kao i prethodno, isključivo je moguće ispuniti unutar okvira koje zacrtava i zadaje medicinsko pravo. Utvrđivanje standarda profesije u teorijskom, i normativa postupanja različitih subjekata u procesnom pogledu, u postupcima pružanja zdravstvene zaštite osnov je djelokruga postupanja Komora kao novog pristupa u sagledavanju i utvrđivanju poslovanja Komora u zdravstvu, pri čemu predmetno nikako ne bi bilo moguće bez snažnog upliva i utjecaja medicinskog prava.¹⁹

SUMMARY

MEDICAL LAW - IMMEDIATE APPLICATION IN PROFESSIONAL ORGANIZATION

Law and medicine are scientific disciplines that take care for the greatest human rights and values of particular importance. Medicine protects health, while the law regulates and protects human rights in relation to health. Medical law has evolved from the necessity of better interaction of these professions in particular situations when complex medical issues need specific regulation through legislation. Chambers represent a very important institutional form of professional organization and were established to protect the interests of its members (health professionals) and represent an important element in defining health policy. In addition, the Chamber governing in the field of rights and duties of the members in the settings of their professional activities, relationships, and relationships to patients. Powers of the Chamber could not be implemented without the use of high-quality knowledge and opportunities provided by the medical law. Medical-legal norms managing and related to area of healthcare activities, are closely intertwined with autonomous professional rules that can not be observed apart and out of the medical-legal aspects. Chambers will directly ensure the implementation of the medical law provisions by bringing subordinate provisions in more detail and as that they can be accepted as implementers of legal (medico-legal) provisions, on the other hand they can be considered as independent makers of medical law because of their power to elaborate and manage legislation under its by-laws. Establishing the standards of the profession in theoretical terms and the norms of acting in processual term within health care management and procedures, is the basis of the Chamber activities scope as a new approach in considering and determining the business area of Chamber in the health sector, where the subject could not been possible without the strong influence and the impact of medical law.

LITERATURA:

1. Radišić J. Medicinsko pravo. Beograd: Nomos, 2004;5.
2. Šeparović Z. Granice rizika – etičkopravni pristupi medicini. Zagreb: Pravni fakultet, 1998;5.
3. Šeparović Z. Granice rizika – etičkopravni pristupi medicini. Zagreb: Pravni fakultet, 1998;3.
4. Zečević D. Sudska medicina i deontologija. 4. obnovljeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2004;1-5.
5. Radišić J. Medicinsko pravo. Beograd: Nomos, 2004;21-24.
6. Mujović-Zornić H. Pravo kao garant vršenja medicine. Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo. 2001;15.
7. Čizmić J. Medicinsko pravo-pojam, izvori i načela. U: Janković S, Čizmić J, ur. Liječnička pogreška-medicinski i pravni aspekti. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Pravni fakultet, 2007;11-36.
8. Klarić P. Odštetno pravo. 4.izmijenjeno i prošireno izdanje. Zagreb: Narodne novine, 2003;378
9. Bošković Z. Medicinsko pravo-pojam i izvori. U:Medicina i pravo. Zagreb: Pergamena, 2007;21-36.
10. Čizmić J. Bioetika i medicinsko pravo. Medicina 2008;44:171-185
11. Babić T, Roksandić S. Osnove zdravstvenog prava. Zagreb: Tipex d.o.o., 2006;14
12. Mujović-Zornić H, (2013), Medicinsko pravo – interdisciplinarnost i saradnja, [Internet], <raspoloživo na: <http://www.ius.bg.ac.rs/prof/Materijali/dramar/h.mujovic.medicinsko%20pravo.pdf>>, [pristupljeno 10.10.2015]
13. Jadro D, Hrabrić M, Kramarić D. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. U: Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu, 2003;14.
14. Šeparović Z. Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini. 3. izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Informator,1998;10
15. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine, 169/04, 37/08
16. Žunić Lj. Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike. Radiološki vjesnik 2009;4:4-10.
17. Bošković Z. Odnos između pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga. U:Medicina i pravo. Zagreb: Pergamena, 2007;64-70.
18. Zakon o liječništvu. Narodne novine, 121/03, 117/08
19. Matijaščić Žugaj P, Cvitković M, Klarić A. Komore u zdravstvu. U: Aktualna pravna problematika u zdravstvu. VIII Kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem. Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu, 2015;162-82

Mr. sc. Ante Klarić, dipl.iu 
Hrvatska komora zdravstvenih radnika

MEDICINSKO PRAVO – OSNOV DEFINIRANJA STRUKOVNIH KOMORSKIH PRAVA

UDK: 61 : 349

614. 2(497.5)

Primljeno: 20. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Medicinsko pravo –osnov definiranja strukovnih komorskih prava. Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojim se uređuju instituti i odnosi u području zdravstva, a koji se tiču obavljanja zdravstvenih djelatnosti, reguliranja profesija, utvrđivanja prava, obveza i odgovornosti zdravstvenih radnika te korisnika usluga –pacijenata. Medicinsko pravo obuhvaća više užih grana prava od kojih je jedno i strukovno (komorsko) pravo kao poseban skup pravnih pravila kojim se utvrđuju i definiraju kriteriji profesija i štite interesi zdravstvenih radnika u obavljanju zdravstvenih djelatnosti. Izgrađen sustav zdravstva podrazumijeva utvrđen sustav relevantnih pravnih propisa i normativa donesenih od strane zakonodavca, državne vlasti, međunarodnih propisa, te internih strukovno-organizacijskih propisa i mjerila. Strukovno pravo svoj izvor može tražiti u normativnom i procesnom djelovanju strukovnih organizacija Komora u zdravstvu. Razvijen sustav medicinskog prava u teorijskom i praktičnom smislu doprinosi stvaranju preduvjeta u izgradnji učinkovitog sustava strukovnog prava kao temelja standarda profesija i djelatnosti zdravstvenih profesija.

Ključne riječi: *medicinsko pravo, strukovno pravo, Komora, zdravstvo*

UVOD

Medicinsko pravo je institut koji povezuje dva najstarija znanstvena područja medicinu i pravo. Veza između medicine i prava jasno se iskazuje u sadržaju i cilju bavljenja istima, a to je intencija i tendencija činiti dobro. Ta humana orijentacija i vječna perspektiva afirmativnog djelovanja učinila je stručnjake koji se bave navedenima profesijama prepoznatljivim faktorima društvenog života. U skladu s tim dvije profesije su se tijekom niza godina samostalno obavljale i razvijale svaka sa svojim zakonitostima i vrijednosnim sadržajima kako u teorijskom tako i u praktičnom smislu i pogledu.

Medicina je pronašla svoj prostor u neposrednom pružanju zdravstvene zaštite i skrbi osobama u preventivnom, dijagnostičkom, terapijskom obliku. Pravo je pronašlo svoj prostor u definiranju, pružanju i zaštiti temeljnih materijalnih i nematerijalnih prava svakom pojedincu ali i zajednici. Zajednički interes obaju područja zasnovan je na elementu zaštite, pomoći. Pomoći nekom ili ga zaštititi

od bolesti kao negativnog čimbenika po ljudski integritet i zdravlje, ili zaštititi nekog od drugog oblika zla, nepogode, nepravde zauvijek će poticati stručnjake medicine i prava da se bave tim djelatnostima i profesijama.

Medicinsko pravo označavao bi sa te strane pojam koji bi područje prava obogatio ili nadopunio novom specijalnošću, tj. grupom pravnih normi, pravila i zakonitosti, te s druge strane područje medicine kao sustava u kojem su tim istim pravilima i normama utvrđeni određeni standardi i zakonitosti u pružanju zdravstvene zaštite.

Medicinsko pravo označavalo bi u punom smislu riječi granu prava koja se odnosi na zdravstvenu djelatnost¹ kao skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, njihov međusobni odnos, te odnos prema korisnicima njihovih usluga, zaštita prava osobe na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i osiguranje zdravlja, ovlasti i odgovornosti osoba koje obavljaju zdravstvenu djelatnost, zdravstvenih radnika, ili pak uopćeno sustav organizacije zdravstva².

U širem smislu a sukladno medijima i prostoru djelovanja, medicinsko pravo obuhvaćalo bi sljedeće grane prava:

- Pravo i mjere sustava zdravstvene zaštite
- Strukovna prava zdravstvenih radnika, prava profesija
- Radna, sindikalna medicinska prava
- Pravo zdravstveno-medicinskog osiguranja
- Medicinsko ugovorno pravo
- Građansko i kazneno medicinsko pravo
- Prava pacijenata i korisnika zdravstvenih usluga
- Farmakološko pravo i druga srodna prava.

U pravilu nije moguće točno i decidirano jasno navesti apsolutno sva područja prava u kojem bi medicinsko pravo u širem smislu predstavljalo temelj teorijskog i praktičnog djelovanja.

Zdravstvo, odnosno medicina je sustav koji je iznimno velik i razvijen u svim modernim društvima. Takav sustav da bi se održavao potrebno je da bude jasno definiran i postavljen u svim svojim segmentima određenim normativima i zakonitostima. Osim toga on je konstantno i svakodnevno promijenjiva kategorija zavisna od različitih varijabli (tehničko tehnološkog razvitka, jačanja svijesti humanijeg društva, razvoja i moći edukacije, itd.) koje nužno dovode da potrebe

¹ Vidi ŠEPAROVIĆ, Z, Granice rizika-Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998., 5.

² Vidi ČIZMIĆ, J., BABIĆ, T., ROKSANDIĆ, VIDLIČKA, S, Liječničko pravo, Split, 2009. 4-9

normiranja novih situacija, odnosa, prilika i stanja. Dakle nije moguće stvarno i postojano uokviriti sve vrste pravnih pravila i područja prava koja bi stvorila jasno definiranu sliku instituta i pojma medicinskog prava.

STRUKOVNO PRAVO

Element medicinskog prava je i strukovno (komorsko, staleško) pravo³. Strukovno pravo označavalo bi skup pravnih pravila kojima se definiraju i utvrđuju struke, tj. profesije u sustavu zdravstva, djelatnosti, uvjeti i načini obavljanja djelatnosti u zdravstvu, ovlaštenja, dužnosti i odgovornosti u obavljanju zdravstvenih djelatnosti, način organizacije i zaštita prava pripadnika struke, odnosno profesije u sustavu zdravstva, itd.

Djelatnosti u zdravstvu utvrđene su kao zdravstvene djelatnosti i druge djelatnost koje se obavljaju radi omogućavanja obavljanja zdravstvenih djelatnosti⁴.

Zdravstvene djelatnosti obavljaju isključivo i jedino su ovlašteni obavljati zdravstveni radnici pod određenim strogo i jasno definiranim uvjetima i okolnostima.

Zdravstveni radnici su osobe koje su stekle temeljno obrazovanje na zdravstvenim učilištima i visokim zdravstvenim učilištima.

Da bi zdravstveni radnici mogli obavljati zdravstvene djelatnosti moraju ispunjavati još dodatna tri ključna elementa, kriterija:

- biti stručno osposobljeni
- imati ishodovano odobrenje za samostalan rad (licencu)
- trajno se stručno usavršavati i educirati.

Stručno osposobljeni zdravstveni radnici su oni koji nakon završenog školovanja, srednjoškolskog, dodiplomskog, ili diplomskog studija uspješno obave pripravnički staž u zdravstvenim ustanovama, te polože stručni ispit pri nadležnom ministarstvu zdravstva.

Zdravstveno obrazovno usmjerenje, obavljen pripravnički staž, te položen stručni ispit opći su uvjeti⁵ stjecanja odobrenja za samostalni rad (licence).

³ Vidi ČIZMIĆ, J., BABIĆ, T., ROKSANDIĆ, VIDLIČKA, S, Liječničko pravo, Split, 2009. ,29-30.

⁴ Vidi JADRO, D., HRABRIĆ, M., KRAMARIĆ.D., Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb,2003.

Vidi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14), čl 24.-35.

⁵ Opći uvjeti stjecanja odobrenja za samostalan rad propisani su općim aktima Komora koji uređuju postupke izdavanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad.

Samostalno obavljati poslove u okviru i djelokrugu zdravstvenih djelatnosti ovlašteni su jedino zdravstveni radnici s ishodoivanjem odobrenjima za samostalan rad (licencama). Odobrenja za samostalan rad (licence) nisu trajna kategorija, već ih zdravstveni radnici moraju nakon određenog razdoblja (u pravilu šestogodišnjeg) obnavljati. Obnavljanje odobrenja za samostalan rad odvija se sustavnim i kontinuiranim trajnim stručnim usavršavanjem zdravstvenih radnika kroz razne oblike: kongrese, simpozije, stručne skupove, radionice itd.

U sustavu zdravstva osim navedenih zdravstvenih djelatnosti i zdravstvenih radnika koji su ovlašteni iste obavljati, postoje i djelatnosti koje se obavljaju kao pomoćne djelatnosti, odnosno suportirajuće djelatnosti s ciljem omogućavanja i osiguravanja obavljanja i provedbe zdravstvenih djelatnosti ili kao dio zdravstvenih djelatnosti. Takve djelatnosti u okviru svoje struke obavljaju i zdravstveni suradnici nezdravstveni radnici koji nisu uvjetovani strogim pravilima obrazovanja, osposobljavanja i usavršavanja.

Strukovno medicinsko pravo dakle tiče se u prvom redu zdravstvenih profesija, odnosno pripadnika tih profesija. U središtu proučavanja navedene grane medicinskog prava je propisivanje standarda navedenih profesija, uvjeta pod kojim se obavljaju djelatnosti istih profesija, te kriterija kojima moraju udovoljavati pripadnici tih profesija.

Izvori strukovnog medicinskog prava jesu u prvom redu tzv. strukovni zakoni.

Zakon o liječništvu (NN br. 121/03, 117/08) kojim se uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj.

Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN br. 121/03, 117/08) kojim se uređuju načela, način organiziranja i provođenja medicinsko-biokemijske djelatnosti, kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistar medicinske biokemije pod uvjetima i na način propisan istim Zakonom.

Zakon o ljekarništvu (NN br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08) kojim se uređuje način provođenja i organiziranja ljekarničke djelatnosti kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije pod uvjetima i na način propisan istim Zakonom.

Zakon o sestrinstvu (NN br. 121/03, 117/08, 57/11) kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti i kompetencije, kontrola kvalitete i stručni nadzor na radom medicinskih sestara.

Zakon o primaljstvu (NN br. 120/08, 145/10) kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom primalja u Republici Hrvatskoj.

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti (NN br. 120/08) kojim se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj.

Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN br. 87/09) kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom zdravstvenih radnika djelatnosti sanitarnog inženjerstva, zdravstvene radiološko tehnološke djelatnosti, djelatnosti radne terapije i medicinsko-laboratorijske djelatnosti.

Svim navedenim zakonima utvrđene su Komore kao nadležna tijela za kontrolu i nadzor obavljanja gore spomenutih djelatnosti navedenih profesija, te kao institucije nadležne za zastupanje interesa svojih članova, zdravstvenih radnika, pripadnika određene zdravstvene profesije.

Predmetnim strukovnim zakonima jasno su i nedvojbeno definirane prije svega:

- zdravstvene djelatnosti
- ovlaštenici obavljanja zdravstvenih djelatnosti-zdravstveni radnici
- svi opći i posebni uvjeti kojima moraju udovoljiti zdravstveni radnici (obrazovanje, osposobljavanje i usavršavanje)
- prava i odgovornosti zdravstvenih radnika u samostalnom obavljanju djelatnosti
- način organiziranja zdravstvenih radnika radi zaštite svojih interesa i interesa profesije u obavljanju navednih djelatnosti

Strukovno pravno obuhvaća u užem smislu skup pravnih pravila kojim je jasno i precizno definiran odnos zdravstveni radnik-zdravstvena djelatnost, te njegova prava i obveze u obavljanju iste djelatnosti.

U širem smislu obuhvaćalo bi utvrđivanje jasnih kriterija i normativa profesije zdravstvenih radnika te utjecaj i položaj profesije u sustavu zdravstva i kreiranju zdravstvene politike, te odnosa prema primateljima usluga-pacijentima.

Kao iznimno bitan čimbenik i izvor strukovnog prava jesu Komore, odnosno njeni opći akti.

Kako je prije rečeno Komore su neovisne strukovne organizacije zdravstvenih

radnika osnovane strukovnim zakonima radi sustavne zaštite interesa i prava njenih članova. U istom cilju Komore donose opće akte kojima se detaljno i precizno uređuju i propisuju svi elementni strukovnog medicinskog prava: način, uvjeti, djelokrug, kriteriji za obavljanje pojedine zdravstvene djelatnosti, obveze, prava, odgovornosti zdravstvenih radnika, Kodeks postupanja zdravstvenih radnika u obavljanju djelatnosti, tj. Kodeks etike i deontologije, način evidentiranja članova, vođenje svih podataka o članovima bitnim za obavljanje djelatnosti, način suradnje s nadležnim tijelima u utvrđivanju standarda obavljanja djelatnosti i poslova u okviru istih djelatnosti.

Institut Komora u zdravstvu ima svoje početke u pokušajima pojedinaca da zaštite svoje interese na tržištu rada u pružanju usluga međusobnim grupiranjem i intencijom stvaranja pravilnosti i standarda u obavljanju djelatnosti takvih struka. Kroz povijest prepoznata su bila razna cehovska udruženja⁶ u predmetnom pogledu. Dakle pojedinci pripadnici određene struke grupirali su se i formalno organizirali s ciljem zaštite svojih pojedinačnih prava, a tako i posredno prava i interesa cijele struke. Moć organizacije u predmetnom pogledu dovela je do potrebe utvrđivanja stogih kogentnih pravila unutar nje same, te između pripadnika pojedine struke, kao i jasnih kriterija djelovanja takve zajednice na društveno-političkom, odnosno tržišnom prostoru. Za to je trebalo donijeti i utvrditi niz zakonitosti djelovanja koje je reproduciralo norme i standarde djelatnosti kojima se ta ista struka bavi, kao i jasne kriterije kojima moraju udovoljiti pripadnici predmetne struke i novi članovi iste zajednice da bi mogli nesmetano i opravdano obavljati navedenu djelatnost. Predmetno pozicioniranje dovelo je do činjenice da su pripadnici predmetnih struka kroz institucije svojih čvrstih organizacija neposredno ili posredno djelovale na jasno definiranje pojma, sadržaja i oblika djelatnosti, te uvjete i načine, ovlaštenja i odgovornosti pripadnika struke u obavljanju istih djelatnosti.

Cijeli postupak navednog organiziranja postao je također slijediv i prepoznat u sustavu zdravstva.

Današnja situacija pokazuje da u sustavu zdravstva postoje jasno definirane djelatnosti koje se mogu nazvati zdravstvenima, te da postoje jasno utvrđeni i pozicionirani pripadnici raznih zdravstvenih struka koji mogu i trebaju obavljati iste djelatnosti na jasan i nedvojbeno definiran i pravnim normama utvrđen način. Posljedica tako organiziranog stanja je da sustav zdravstva funkcionira na svakodnevnom i kontinuiranom provođenju zdravstvene djelatnosti koje obavljaju

⁶ Usp. TUCAK, A, FATOVIĆ-FERENČIĆ, S, Povijesni razvoj Medicinskog fakulteta Osijek, Osijek 2010.

zdravstveni radnici pripadnici više zdravstvenih profesija⁷. Inicijativu potrebe

⁷ Usp. KNEŽIĆ-Popović, D., Istorija slobodnih profesija od Artes Liberales do savremenog doba, Strani pravni život 2/2008, Beograd, 7-28.

MATULIĆ, T., Identitet, profesija i etika sestrinstva, BS 77 (2007.), br. 3, 727–744

Popis reguliranih profesija u RH (temeljem članka 72. stavka 1. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija – NN 124/09, 45/11), Vlada RH 2013.

Zdravstvo:

- Doktor medicine
- Doktor medicine specijalist
- Doktor dentalne medicine
- Doktor dentalne medicine specijalist
- Dentalni tehničar
- Dentalni asistent
- Ljekarnik
- Ljekarnik specijalist
- Farmaceutski tehničar
- Prvostupnik primaljstva
- Primalja
- Primalja - asistentica
- Medicinska sestra opće njege
- Medicinska sestra-medicinski tehničar
- Prvostupnik sestrinstva
- Diplomirana medicinska sestra/medicinski tehničar
- Magistar sestrinstva
- Medicinska sestra/medicinski tehničar specijalist
- Prvostupnik sestrinstva specijalist
- Medicinski biokemičar
- Medicinski biokemičar specijalist
- Prvostupnik fizioterapije
- Diplomirani fizioterapeut
- Fizioterapeutski tehničar
- Maser - kupeljar
- Prvostupnik sanitarnog inženjerstva
- Diplomirani sanitarni inženjer
- Magistar sanitarnog inženjerstva
- Sanitarni tehničar
- Prvostupnik medicinsko- laboratorijske dijagnostike
- Zdravstveno laboratorijski tehničar
- Inženjer medicinsko- laboratorijske dijagnostike
- Inženjer medicinske radiologije
- Prvostupnik radiološke tehnologije
- Prvostupnik medicinske radiologije
- Radiološki tehničar

postojanja profesionalizma u sustavu zdravstva prepoznao je zakonodavac ne samo na prostoru Hrvatske već i u cijelom modernom svijetu⁸, na način da je pravila strukovnih organizacija podigao i na razinu državne vlasti, te je zakonskom regulativom utvrdio načelne kriterije organiziranja profesije i načina obavljanja zdravstvene profesije. Osim tako postavljenih načelnih i okvirnih stručnih poslova, zakonodavac je tako organiziranim profesijama delegirao dio javne vlasti, povjerivši određene državne poslove strukovnim zdravstvenim organizacijama. Tako su formalno i faktički kreirane moderne strukovne organizacije, tj. Komore⁹ u sustavu zdravstva.

Komore imaju presudan i odlučujući utjecaj u kreiranju strukovnog prava, tako da je normativna djelatnost i međunarodna aktivnost Komora temljeni izvor strukovnog prava. Kao posredan i nimalo nebitan izvor strukovnog prava jesu

- Prvostupnik radne terapije

⁸ Usp. BUKOVČAN, T, Želim odabrati koga ću voljeti i kamo ići na liječenje" – aktivizam u istraživanju

komplementarne i alternativne medicine u Hrvatskoj, Etnološka istraživanja/Ethnological Researches, FF Zagreb, Zagreb. 2008., 12/13,63-76

⁹ Zakonom o liječništvu (NN br. 121/03, 117/08) formalno je definirana Hrvatska liječnička komora kao samostalna i neovisna strukovna organizaciju sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora u okviru svojih djelatnosti predstavlja liječnike u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu.

Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN br. 121/03, 117/08) Hrvatska komora medicinskih biokemičara samostalna je i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Zakonom o ljekarništvu (NN br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08) Hrvatska ljekarnička komora samostalna je i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima, koja u okviru svoje djelatnosti predstavlja magistre farmacije u RH i inozemstvu.

Zakonom o sestrištvu (NN br. 121/03, 117/08, 57/11) Hrvatska komora medicinskih sestara je strukovana samostalna organizacija medicinskih sestara sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima, koja promiče, zastupa i usklađuje interese medicinskih sestara pred državnim i drugim tijelima u RH i u inozemstvu.

Zakonom o primaljstvu (NN br. 120/08, 145/10) Hrvatska komora primalja jest strukovna samostalna organizacija primalja sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Komora promiče, zastupa i usklađuje interese primalja pred državnim i drugim tijelima u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu.

Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti (NN br. 120/08) Hrvatska komora fizioterapeuta jest samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora predstavlja i zastupa interese fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji obavljaju poslove u fizikalnoj terapiji na području Republike Hrvatske.

Zakonom o djelatnostima u zdravstvu (NN br. 87/09) Hrvatska komora zdravstvenih radnika jest samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Komora predstavlja i zastupa 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

i procesne odluke i rješenja koje donose komorska tijela, te pravna tumačenja i stavovi komorskih tijela kod tumačenja i utvrđivanja standarda obavljanja djelatnosti profesije¹⁰.

Djelatnost Komora dakle možemo podjeliti:

Poslovi javnih ovlasti

Stručni poslovi Komore

Takozvani stručni poslovi Komore jesu:

- sustavno očuvanje i unapređenje društvenog položaja i ugleda profesija u svakom obliku i sadržaju,
- predlaganje i utvrđivanje standarda i normativa obavljanja profesije,
- utvrđivanje Kodeksa etike i deontologije u obavljanju profesije te kontinuirano praćenje i nadziranje njegovog provođenja te sankcioniranje kršenja predmetnih načela,
- aktivna suradnja s fakultetima te stručnim zdravstvenim društvima s ciljem definiranja i unaprijeđenja standarda profesija
- organiziranje , nadziranje trajnog stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika,
- davanje mišljenja u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi,
- zastupanje zdravstvenih radnika kod sklapanja ugovora sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te društvima za osiguranje u cilju vrednovanja rada u postupku formiranja cijena zdravstvenih usluga,
- predlaganje osnovne mreže zdravstvene djelatnosti,
- davanje prijedloga i stručnih mišljenja kod pripreme propisa koji imaju utjecaj na razvoj medicinske zdravstvene struke, zdravstvene zaštite i profesije.

Značaj poslovanja Komora čine poslovi javnih ovlasti.

Javne ovlasti načelno znače poseban oblik javne vlasti koje država može povjeriti odnosno podijeliti nedržavnim subjektima, dakle i pravnim osobama, da postupaju u ime države, a to su javne ustanove, agencije, društva i druge pravne osobe u djelatnostima koje čine sustav javnih službi. To pravo javnih ovlasti tim

¹⁰ Kao posredne izvore strukovnog prava u širem smislu prava mogu se spomenuti i svi drugi propisi , odnosno pravni akti kojima zakonodavac, ili druga nadležna tijela pod utjecajem državne moći utvrđuju pojedine elemente i institute vezano za uvjete i načine obavljanja zdravstvenih djelatnosti

subjektima povjerava odnosno dodjeljuje država, a sastoji se u autoritativnom obavljanju određenih poslova od javnog interesa.¹¹

Povjeravanje¹² javnih ovlasti može se odnositi na različite poslove od javnog interesa, ali se uglavnom svodi na tri vrste pravnih poslova:

normiranje određenih društvenih odnosa

rješavanje u pojedinačnim upravnim predmetima

obavljanje upravnih radnji

Država je dakle, odlučila delegirati javne ovlasti u sustavu zdravstva kao posljedicu shvaćanja da je svrsishodnije da određene poslove države obavljaju nedržavni subjekti na autoritativan način i u ime javne vlasti. Komore za obavljanje predmetih poslova imaju formalno ovlaštenje tj. normu zakonodavca kojim je izražena volja države da podjeli obavljanje javnih ovlasti zastupnicima pojedine profesije smatrajući da isti mogu najbolje provoditi predmetne poslove kao i da se svi poslovi vezani za određenu profesiju obavljaju na jednom nadležnom mjestu.

Delegirane javne ovlasti odnose se na:

1. vođenje javnih registara
2. izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad,
3. obavljanje stručnog nadzor nad radom zdravstvenih radnika,
4. određivanje najniže cijene rada privatnih zdravstvenih radnika,
5. odobravanje pojedinačne cijene usluga privatnih zdravstvenih radnika,
6. priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija.

Osnov poslovanja Komore čine javne ovlasti. Javne ovlasti obavljaju se i provode u pravilu po načelima upravnog postupka.

Vođenje registra podrazumijeva ovlast i odobrenje registriranja svih članova, zdravstvenih radnika određene profesije sa svim relevantnim osobnim podacima

¹¹ Zakonom o sustavu državne uprave (NN br. 150/11, 12/13) dana je mogućnost pravnim osobama koje sukladno posebnim propisima imaju javne ovlasti, u povjerenim im poslovima državne uprave:

1. rješavati u upravnim stvarima u prvom i drugom stupnju kad su im ti poslovi zakonom izrijekom stavljeni u nadležnost,

2. voditi očevidnike određene zakonom i drugim propisima i izdavanje propisanih uvjerenja i drugih potvrda,

3. obavljati i druge poslove državne uprave koji su im zakonom izrijekom stavljeni u nadležnost.

¹² Subjekti kojima je država povjerila obavljanje javnih ovlasti uvijek djeluju autoritativno u odnosu na druge subjekte, a što je nužno da bi doneseni akti i poduzete radnje imale snagu pravnih učinaka.

Ne postoji razlike u pravnoj prirodi upravnog akta kojeg donosi tijelo državne uprave, kao državni subjekt, i upravnog akta kojeg donosi drugi subjekt na temelju javnih ovlasti. Poslovi od javnog interesa su pod posebnim patronatom države pa se njihov rad kontinuirano nadzire.

koji uključuju podatke o stupnju i vrsti obrazovanja i poslova koje je zdravstveni radnik ovlašten obavljati i koje obavlja.

Izdavanje odobrenja za samostalan rad podrazumijeva ovlast Komori davati pisane potvrde o ovlaštenju pojedinom zdravstvenom radniku za obavljanjem djelatnosti svoje profesije. Općim aktima Komora propisani su uvjeti kojima mora udovoljavati pojedini zdravstveni radnik da bi mogao obavljati samostalno poslove djelatnosti pojedine profesije, što znači da svaki zdravstveni radnik mora ispunjavati određene zakonom propisane opće i posebne specifične uvjete za obavljanjem predmetnih poslova. Postupak izdavanja licenci i obnavljanja licenci strogo je i strikno propisani određenim procesnim pravilima, kao i posebnim dodatnim uvjetima kojima moraju udovoljiti članovi da bi mogli obnoviti svoju licencu nakon određenog vremena. Licenca ili odobrenja za samostaln rad nisu trajne kategorije već su propisani kriteriji udovoljavanja uvjetima da se ista obnove nakon propisanog razdoblja, u pravilu šestogodišnjeg. Svaki zdravstveni radnik mora kontinuirano obnavljati svoja znanja te se stalno educirati i trajno usavršavati. Komora je propisala uvjete i sadržaje i načine stručnih usavršavanja koja se provode sustavno i konstantno u različitim oblicima (kongresi, tečajevi, radionice i dr.) u organizaciji Komora ili stručnih društava, zdravstvenih ustanova ali sve pod komorskim nadzorom. Takve oblike stručnih usavršavanja Komora vrednuje kao uvjet obnavljanja licenci tj. nastavka kontinuiteta osposobljenosti obavljanja određene profesije. Komora je svoje članove ograničila na postupanja sukladno postavljenim standardima struke, te poštivanju etičkih i deontoloških načela prilikom svakog rada odnosno obavljanja poslova u okviru djelatnosti profesije. Svaki otklon strogo se kažnjava, tj. procesuiru se, tako da nikome nije dopušteno da djelatnost profesije obavlja na proizvoljan način van postavljenih i jasno definiranih okvira stručnosti i profesionalnosti.

Određivanje najniže cijene rada, kao i pojedinačnih cijena usluga kao iznimno bitna ovlast s pozicije da struka sama ima ovlast procijeniti koju cijenu rada zaslužuje pojedini zdravstveni radnik u sustavu zdravstva, kao i koliko se može i treba vrednovati usluga koju on pruža primateljima usluga, tj. pacijentima.

Stručni nadzori kvalitete i stručnosti obavljanja poslova pojedinih zdravstvenih radnika, kao i poštivanja etičkih načela postavljeni su kao posebno iznimno bitna javna ovlast Komorama. Sustav je dao ovlast zdravstvenim radnicima određene profesije da mogu samostalno obavljati poslove djelatnosti, čime ih je jasno pozicionirao u sustavu zdravstva kao nezaobilazan čimbenik u pružanju zdravstvene zaštite i zaštite zdravlja. Dajući im navedenu ovlast državni sustav je na poticaj strukovnih organizacija s isključivim ciljem zaštite interesa profesije

kao cjeline, utvrdio i kriterije obavljanja poslova djelatnosti, kao i nadzor nad obavljanjem istih poslova u skladu s utvrđenim i postavljenim normativima. Svaki otklon procesuirao se iz razloga da profesije bude neokrnjene u obavljanju poslova njene djelatnosti. U okviru stručnih nadzora nadzire se i utvrđuju se uvjeti rada u kojim poslove djelatnosti profesije obavljaju zdravstveni radnici, želeći jasno definirati i kriterije u kojima se poslovi profesije jedino mogu adekvatno i stručno profesionalno obavljati. Zato stručni nadzor ima i šire okvire i posljedično utječe na šire aspekte i više čimbenika u sustavu zdravstva, ali uvijek s jednim istim ciljem pružanja najbolje moguće zaštite primateljima usluga, tj. pacijentima.

Posljednja definirana djelatnost u okviru javnih ovlasti je priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija kao poseban element utvrđivanja standarda i ujednačavanja kvalifikacija profesija. Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN br. 82/15) utvrđene su profesije iz sustava zdravstva kao regulirane profesije, te su primjenom europskog zakonodavstva utvrđeni kriteriji automatskog priznavanja pojedinih profesija (doktori medicine, stomatologije, magistri farmacije, medicinske sestre, primalje) kao i provedbe općeg sustava priznavanja kod ostalih zdravstvenih profesija. Cilj je omogućavanja zdravstvenim radnicima pristupu tržištu rada na području Europske unije, kao i utvrđivanja shodno tome zajedničkih okvirnih kompetencija poglavito za struke i profesije iz sustava zdravstva. Komore u predmetnom pogledu kao osnovna regulatorna tijela imaju jasnu ulogu, i poziciju temeljnog čimbenika i moderatora navednih aktivnosti s ciljem usklađivanja standarda profesija te samim tim i zanimanja.

Svi postupci javnih ovlasti vode se po načelu upravnog postupka, što jasno ukazuje potrebu donošenja relevantnih rješenja, odluka. Rješenja, odnosno odluke koje Komora donosi u pojedinim postupcima kad odlučuje u okviru javnih ovlasti o pravnim stvarima, dakle o pojedinačnim pravima i obvezama, imaju ulogu posrednog izvora strukovnog prava. Takvim upravno sudskim rješenjima i odlukama te izvršavanjem istih jednako se utvrđuju određeni kriteriji djelatnosti i struke. Najbolji primjer navedenom jesu postupci utvrđivanja i priznavanja stručnih kvalifikacija te provođenja stručnih nadzora obavljanja djelatnosti. Predmetna rješenja sadržavaju mišljenja i stavove koja su od odlučujuće važnosti za kreiranje jasnih standarda i smjernica profesije i njene djelatnosti.

Suradnja Komora sa državnim i međunarodnim tijelima, kao i svakodnevno izdavanje relevantnih mišljenja vezano za način obavljanja profesije, kompetencije, ovlasti i odgovornosti, neprocjenjiv je izvor strukovnog prava. Obzirom da su načini i mogućnosti obavljanja zdravstvenih djelatnosti nestalne kategorije, kao što je moć edukacije zdravstvenih radnika nepresušna jasno je da se iste kategorije

ne mogu uniformirati odnosno vezati jednoobraznim pravnim pravilima, dakle propisima koji će vrijediti zauvijek. Da bi se postavili pravni standardi koji će biti vrijednosni u određeno vrijeme potrebna je međusobna suradnja te relevantna mišljenja, stavovi i tumačenja nadležnih čimbenika.

UTJECAJ MEDICINSKOG PRAVA NA DEFINIRANJE I RAZVOJ STRUKOVNOG PRAVA

Strukovno medicinsko pravo kako je i prije već naglašeno čini skup svih pravnih propisa koji se odnose na reguliranje uvjeta i načina obavljanja zdravstvene djelatnosti, te statusa, ovlasti i odgovornosti zdravstvenih radnika u obavljanju iste. U širem smislu obuhvaća sve propise koje se na bilo koji način tiču djelatnosti i profesije, bez obzira tko donosi takve propise, a u užem smislu na pravila koja u predmetnom slučaju donose i utvrđuju te promoviraju strukovne organizacije.

U takvoj korelaciji odnosa određeni instituti mogu biti drugačije ili dodatno regulirani¹³, što dovodi do kolizijskih situacija.

Jednako tako obzirom da je zdravstvo kompleksan i konstantno promjenjiv sustav, određeni instituti i situacije su nedefinirane ili nedjelotvorno normirane, što dovodi s druge strane do teorijskih i procesnih pravnih vakuma.

Postavlja se pitanje mogu li se riješiti i kako riješiti predmetne sporne i dvojbene situacije, kako uspostaviti standardan i uokviren sustav strukovnog prava.

Napomenuli smo da je strukovno pravo jedan od standardnih elemenata medicinskog prava, odnosno jedna od grana medicinskog prava usko vezana za pručavanje i prakticiranje odnosa, položaja statusa zdravstvenih radnika u sustavu zdravstva. Kao takvo medicinsko pravo preko svih svojih instituta može doprinijeti pozicioniranju strukovnog prava i jasnoj ulozi strukovnog prava u sustavu zdravstva. Kontinuirano izučavanje i prakticiranje medicinskog prava u svakodnevnim situacijama i odnosima lančanom reakcijom dovodi da generiranja i strukturiranja temeljnih elemenata strukovnog prava. Dakle konkretno normiranje i pravno utvrđivanje različitih instituta, svih korelacija i odnosa između čimbenika sustava zdravstva, te njihovih položaja u donošenju odluka i definiranju zdravstvene politike, utvrđivanju prava, dužnosti, ovlaštenja, sadržaja i granica odgovornosti zdravstvenih radnika, utvrđivanja prava i odgovornosti korisnicima usluga-pacijentima itd., doprinosi stvaranju uređenog sustava zdravstva. To je uloga medicinskog prava. Dakle takav skup svih normi i pravila čini sadržaj i

¹³ Događa se da državna ili druga tijela, preuzimaju ingerenciju odlučivanja o pitanjima koja su po zakonskoj normi pitanja strukovnih organizacija, npr. standardi i procesi te kontroling edukacije odnosno usavršavanja zdravstvenih radnika

cjelinu medicinskog prava. Međutim mnoge situacije, procesi i razni instituti još uvijek nisu normirani i utvrđeni te su ostali izvan sustava forme medicinskog prava, ili su ostali normirani na više različitih načina i oblika. Takvi određeni nenormirani elementi tiču se konkretno odnosa i procesa kod zdravstvenih profesija u obavljanju zdravstvene djelatnosti. Možemo nabrojiti samo neke od brojnih:

- utvrđivanje ovlaštenja i dužnosti zdravstvenih radnika kod poslova i zadataka unutar poslovnog procesa
- utvrđivanje sadržaja i oblika samostalnosti djelovanja pojedinog zdravstvenog radnika
- definiranje minimuma standarda zanimanja i kvalifikacija
- utvrđivanje djelokruga poslovanja i organizacijskih oblika nadležnih tijela
- utvrđivanja međusobnih odnosa u kreiranju učinkovitog sustava zdravstva i zdravstvene politike, itd.

S obzirom na navedeno cilj stručnjaka medicinskog prava bio bi ne zasigurno samo primjenjivati postojeća pravila, već sustavno raditi na projektu stvaranja i kodificiranja instituta medicinskog prava. Uređen sustav medicinskog prava znači i uređen sustav zdravstva. Uređenom sustavu mogu iznimno doprinjeti stručnjaci, teoretičari i provoditelji medicinskog prava. Zato je potrebno da se medicinskim pravom i problematikom medicinskog prava bave makar načelno sve osobe koje rade ili će raditi odnosno djelovati u sustavu zdravstva. Bez osnovnog znanja pravnih instituta medicine ili medicinskih instituta prava u zdravstvu uređen i unaprijeđen sustav jasnih korelacije, odnosa, ovlaštenja i odgovornosti čimbenika na području zdravstva, neće biti moguć niti primjenjiv.

Uređen i unaprijeđen sustav u području strukovnog medicinskog prava bio bi u svakom slučaju kad bi postojao jedan skup normi i pravnih pravila koji bi jasno definirao organizacijske oblike i djelokrug strukovnih organizacija. Kako je prethodno navedeno, temeljni izvori medicinskog strukovnog prava prizlaze iz normativnog djelovanja Komore i komorskih tijela. Isto nije slučaj samo kod nas već je praktikum cijelog svijeta. Precizno utvrđene ovlasti Komora na tragu već postavljenih delegiranih javnih ovlasti može doprinijeti ne samo razvoju medicinskog strukovnog prava, već razvoju i unaprijeđenju samih zdravstvenih djelatnosti i profesija. Isto obuhvaća jasno definiranje sadržaja i oblika zdravstvenih djelatnosti, kao i vještina, znanja i kompetencija za obavljanje istih, utvrđivanje općih i posebnih uvjeta za obavljanje istih, kao i jasno postavljenih granica ovlasti i odgovornosti u obavljanju djelatnosti. Ovako utvrđene sve djelatnosti i djelokrug svih zdravstvenih radnika može doprinijeti uređenom sustavu zdravstva, te jasno postavljenim normama koje će činiti sadržaj i formu

medicinskog prava u punom smislu riječi. Komore kao nositelji određene profesije predstavljaju jedinu kompetentnu instituciju koja može postaviti standarde profesije i potrebe same djelatnosti, pa joj se i navedeno u formalnom smislu mora i omogućiti. Društvo i država moraju prepoznati važnost Komora, dakle time i strukovnog prava u sustavu zdravstva. One predstavljaju profesiju, one zastupaju interese zdravstvenih radnika, a samim tim i djelatnosti koje navedeni obavljaju. Na tim istim djelatnostima zasniva se zdravstvena zaštita i zaštita zdravlja svakog pojedinca i društva u cjelini. Potrebno je javno ukazati da Komore ne štite uske pojedinačne i parcijalne interese, već interese profesije kao cjeline. Stoga iz tog razloga treba im biti omogućeno da aktivno sudjeluju kao kreatori i moderatori zdravstvene politike. Akti, smjernice, rješenja, mjere koje donose Komore u svom svakodnevnom radu temelj je funkcioniranja i djelovanja određene zdravstvene profesije, te je sukus pravnih standarda i normativa učinkovitog i adekvatnog obavljanja djelatnosti predmetne profesije.

Slijedom svega navedenog nikako nije moguće bilo kakvo uplitanje nekih drugih tijela, ili ograničavanje ili parceliranje predmetnih ovlasti i odgovornosti Komore u kreiranju strukovnih prava i standarda. Takvi i slični pokušaji ili tendencije mogu dovesti do negativnih posljedica stvaranja konfuzije i dvostrukih mjerila na području strukovnog prava. To bi značilo da neko drugo tijelo može donositi iste ili dio pravila iz segmenta profesije i njene djelatnosti, što bi predstavljalo problem u shvaćanju i provedbi istih pravila i mjerila. Kako u svim drugim elementima medicinskog prava treba postaviti jasne kriterije tko može i na koji način može biti koordinator i kreator pravnih pravila i mjerila, tako je potrebno postaviti i u komorskom sustavu kod definiranja i primjene strukovnog medicinskog prava.

ZAKLJUČAK

Jasno i nevojbeno postavljeni temeljni instituti medicinskog prava, te kogentnom normom definirana prava i odgovornosti nositelja sustava zdravstva osnov su definiranja poslovanja i djelokruga strukovnih organizacija Komora kao nositelja i moderatora modernog strukovnog prava. Strukovno pravo je skup pravni propisa kojima se utvrđuju interesi i odgovornosti zdravstvenih radnika, članova strukovnih organizacija u obavljanju njihovih profesija i djelatnosti. Ono prozlaži iz aktivnog normativnog i procesnog rada Komore i njenih tijela, koje uključuje donošenje općih akata, provođenje javnih ovlasti i donošenja relevantnih odluka i rješenja, davanje profesionalnih mišljenja, propisivanje standarda profesija, zanimanja i kvalifikacija, utvrđivanje normativa i kriterija stručnog obrazovanja,

stručnog osposobljavanja i stručnog usavršavanja , procesne mjere odgovornosti zdravstvenih radnika , donošenje etičkih i deontoloških pravila, suradnja sa svim nadležnim tijelima u međusobno obvezujućim odnosima ili sporazumnim odnosima vezano za djelatnosti kojima se njihove profesije bave. Logičan slijed ovako postavljenih normativnih, procesnih i stručnih aktivnosti dovodi do spoznaje da su Komore jedine relevantne institucije koje bi u budućnosti morale i trebale organizirano , sustavno i sveobuhvatno obavljati sve poslove koje se tiču zaštite interesa profesije i djelatnosti. Zaštita u formalno sadržajnom smislu značila bi od normiranja svih relevantnih i potrebnih instituta bitnih za definiranje profesije i njene djelatnosti do propisivanja svih standarda i načina učinkovitog obavljanja iste, kao i skrbi i zaštite interesa svih prava i odgovornosti nositelja tih profesija i djelatnosti zdravstvenih radnika, a sve u cilju unaprijeđenja i razvoja sustava zdravstvene zaštite i pružanja učinkovite i adekvatne usuge korisnicima tj. pacijantima. U takovim okolnostima može se razvijati i strukovno pravo u punom smislu riječi kao dio medicinskog prava, a medicinsko pravo u svoj sadržajnoj i formalnoj uopćenosti i prilagodbi svojih instituta društveno tehnološko napretku, potrebi kontinuirane i stalne edukacije, novih načina spoznaja i istraživanja, utjecaja javnog mijenja, kao i kontinuiteta poboljšanja zaštite zdravlja i prava pacijenata, treba biti osnov strukturiranja novog strukovnog prava kao mjerila i temelja razvoja zdravstvenih profesija i njihovih djelatnosti.

SUMMARY

MEDICAL LAW - THE BASIS OF DEFINING THE PROFESSIONAL CHAMBERS RIGHTS

Medical law – defines the rights of the professionally based chamber. Medical law makes a set of legal rules governing the institutes and relations in the field of healthcare and affecting the performance of health services, regulated professions, establishing the rights, obligations and responsibilities of health workers and service users -patients. Medical law includes multiple smaller branches of law in which one has a professional (ventricular) right as a separate set of legal rules establishing and defining the criteria for a profession and protect the interests of health workers in the performance of health services. Established Health System includes defined system of relevant legal regulations and norms adopted by the legislature, state authorities, international regulations and internal professional and organizational regulations and standards. The source of professional right can be looked for in the regulatory process and actions of professional organizations Chamber in health care. The developed system of medical law in theory and in practice contributes to creating the preconditions to building an effective system of vocational law as the basis of standards of professions and activities of the health professions.

Keywords : *medical law , professional law , Chamber , health*

LITERATURA:

Knjiga

- Babić, T, Roksandić, S, Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, 2006.,
Šeparović, Z, Granice rizika-Etičkopravni pristupi medicini, Zagreb, 1998.
Čizmić, J.,Babić, T.,Roksandić Vildlička, S, Liječničko pravo, Split, 2009.
Jadro, D., Hrabrić, M., Kramarić.D., Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb,2003.
Borković, I, Upravno pravo, Zagreb, 2002.
Mecanović, I, Ustrojstvo i djelovanje javnog sektora, drugo, izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Pravni fakultet u Osijeku, Osijek, 2004.
Tucak, A; Fatović-Ferenčić, S, Povijesni razvoj Medicinskog fakulteta Osijek, Osijek 2010

Članak

- Čizmić J. Bioetika i medicinsko pravo. Zbornik radova 9. bioetičkog okruglog stola. Rijeka, 2008. , 171–185.
Knežić-Popović, D.: Istorija slobodnih profesija od Artes Liberales do savremenog doba, Strani pravni život 2/2008, Beograd, 7-28.
Matulić, T., Identitet, profesija i etika sestrinstva, BS 77 (2007.), br. 3, 727–744
Bukovčan, T., Želim odabrati koga ću voljeti i kamo ići na liječenje” – aktivizam u istraživanju komplementarne i alternativne medicine u Hrvatskoj, Etnološka istraživanja/ Ethnological Researches, FF Zagreb, Zagreb. 2008.,12/13:63-76
Krijan, P., Krijan-Žigić, L., Javne ovlasti kao poseban oblik javne vlasti, Informator br. 5461-5462, male stranice, 6.
Medvedović, D., Zakon o ustanovama s kratkim komentarima, napomenama i stvarnim kazalom, Informator, Zagreb, 1995., 14.
Brisky, L., Fatović-Ferenčić, S., Preteče i razvoj visokoškolske medicinske izobrazbe u Dalmaciji: od individualne inicijative do osnutka Medicinskog studija u Splitu. Liječnički vjesnik: glasilo Hrvatskoga liječničkog zbora. 132 (2010) , 9-10; 309-315
Fatović-Ferenčić, S., Tucak, A., U povodu 135 obljetnice osnutka Društva slavonskih liječnika. Medicinski vjesnik. 41 (2009) , 3-4; 13-18
Fatović-Ferenčić, S., Tucak, A.,Od Društva do Studija: proces institucionalizacije medicinskoga obrazovanja u Osijeku. Medicinski vjesnik. 40 (2008) , 1-4; 11-24
Roksandić Vidlička, S., Staleško pravo liječnika , Bioetika i medicinsko pravo, Zbornik radova 9. bioetičkog okruglog stola Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009. 150-170

Zakon

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/3, 22/14, 154/14)

Zakon o sustavu državne uprave (NN br. 150/11, 12/13)

Zakon o liječništvu (NN br. 121/03, 117/08)

Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN br. 121/03, 117/08)

Zakon o ljekarništvu (NN br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08)

Zakon o sestrinstvu (NN br. 121/03, 117/08, 57/11)

Zakon o primaljstvu (NN br. 120/08, 145/10)

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti (NN br. 120/08)

Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN br. 87/09)

Zakona o ustanovama (NN br. 76/93, 29/97, 47/99, 35/08)

Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN br. 82/15)

Dr. sc. Snježana Bagić,
zamjenica predsjednice Ustavnog suda Republike Hrvatske

MEDICINSKO PRAVO U PRAKSI USTAVNOG SUDA REPUBLIKE HRVATSKE

UDK: 342. 56 : 61(497.5)

Primljeno: 10. listopada 2015.

Prethodno priopćenje

Prikaz prakse Ustavnog suda Republike Hrvatske, kroz ne sve, već samo po našoj ocjeni najreprezentativnije odluke Ustavnog suda, i to kako u predmetima apstraktne, tako i u predmetima individualne ustavnosudske kontrole pokazuje da se Ustavni sud u svojoj dosadašnjoj praksi bavio gotovo svim zakonima (i drugim propisima) kojima je uređen sustav zdravstvene djelatnosti i zdravstvene zaštite. Kad je riječ o predmetima apstraktne kontrole, u ocjeni osnovanosti prijedloga polazio je od širine procjene zakonodavca u uređivanju raznih politika u koje spada i zdravstvo, pazeći pri tome da se time ne ugrozi sama bit prava na zdravstvenu zaštitu. Bit prava kao standard koji ne smije biti doveden u pitanje, osnova je odlučivanja Ustavnog suda i u predmetima individualne ustavnosudske kontrole.

I. UVOD

Člankom 58. Ustava Republike Hrvatske¹ propisano je da se svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. Zakonima koji uređuju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenu zaštitu Ustavni sud Republike Hrvatske (u daljnjem tekstu: USRH) se često bavio u svojoj praksi. Zapravo, baza podataka USRH-a pokazuje da gotovo nema zakona (ili njegovih izmjena i dopuna) i/ili pravilnika odnosno drugog propisa iz ovog područja koji nije osporavan pred USRH-om i koji nije bio predmetom njegove ocjene u predmetima apstraktne ustavnosudske kontrole. Stoga ćemo se u ovom radu ograničiti na nekoliko odluka USRH-a u predmetima apstraktne ustavnosudske kontrole u kojima je USRH po našoj ocjeni, iznio važna stajališta vezana za status zdravstvene djelatnosti, prava i obveze zdravstvenih djelatnika, prava i obveze pacijenata kao primatelja usluga i sl.

¹ "Narodne novine" broj 56/90., 135/97., 113/00., 28/01., 76/10. i 5/14.

Za razliku od predmeta apstraktne kontrole, u ukupnom broju predmeta individualne ustavnosudske kontrole (ustavnih tužbi) broj podnositelja koji su osporavali pojedinačne odluke donesene u primjeni propisa iz zdravstvene djelatnosti i zdravstvene zaštite gotovo je zanemariv. Čini se da građani rijetko posežu za ustavnom tužbom kao posljednjom stepenicom u nacionalnom pravnom sustavu u zaštiti svojih temeljnih prava ako, nezadovoljni pojedinačnim odlukama nadležnih tijela smatraju da im je tim aktima povrijeđeno neko pojedinačno pravo ili sloboda. U ovom radu nećemo se baviti razlozima te pojave, iako bi bilo zanimljivo ispitati njezine razloge. Ipak, i u ovom aspektu svoje nadležnosti USRH donio je nekoliko odluka u kojima je zauzeo stajališta koja mogu biti od pomoći korisnicima zdravstvenih usluga koji se nađu u istoj ili sličnoj situaciji.

II. PREDMETI APSTRAKTNE USTAVNOSUDSKE KONTROLE

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti²

1.1. Rješenje broj: U-I-3117/2003³

U ovom rješenju USRH nije prihvatio prijedlog kojim se osporavala ustavnost niza članaka Zakona o zdravstvenoj zaštiti.⁴

Sažeto, i u bitnom, predlagatelj je tvrdio da su osporenim odredbama tog Zakona, osobito člankom 9. stavcima 2. i 5., uvedena bitna ograničenja zdravstvenim radnicima koji obavljaju privatnu praksu u sustavu primarne zdravstvene zaštite, što je dovelo do neustavnog ograničenja njihova rada, vlasništva i poduzetništva. Zbog toga su osporene odredbe u nesuglasnosti s člancima 3., 48., 49., 54. i 134. Ustava Republike Hrvatske.

Iako nije prihvatio prijedlog za ocjenu suglasnosti osporenih odredaba Zakona, riječ je o važnoj odluci USRH-a u kojoj su iskazana važna načelna stajališta o naravi zdravstvene djelatnosti kao javne službe od interesa za Republiku Hrvatsku, koja se stoga ne može smatrati poduzetničkom djelatnošću u smislu članka 49. stavka 2. Ustava, o uspostavi mreže zdravstvene zaštite i podjeli obveza u odnosu na njezino financiranje između države i jedinica lokalne i područne (regionalne)

² "Narodne novine" 150/08., 155/09., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12., 70/12., 144/12., 82/13., 159/13., 22/14. i 154/14.

³ Rješenje USRH-a broj: U-I-3117/2003, U-I-2348/2005 od 28. lipnja 2006. objavljeno u "Narodnim novinama" broj 89/06.

⁴ Članaka 9. stavaka 2. i 5., 73., 82. stavaka 5. i 6., 121., 152. stavka 2. i 197. stavka 1. alineje 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine" broj 121/03., 44/05. - odluka Ustavnog suda i 48/05. - ispravak).

samouprave, te o (ne)dopustivosti primjenjivanja različitih kriterija za obavljanje i financiranje zdravstvene djelatnosti u odnosu na različite (zakonom propisane) organizacijske oblike.

1.1.1. Zdravstvena djelatnost kao djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku i javna služba

Zdravstvena je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku i obavlja se kao javna služba. Zbog toga je zakonodavac dužan pri njezinom ustrojavanju i normativnom uređenju polaziti od temeljnih načela na kojima zdravstvena zaštita mora počivati. Riječ je o sljedećim načelima:

- sveobuhvatnosti (zdravstvena zaštita uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske),
- kontinuiranosti (zdravstvena zaštita mora biti neprekidna za stanovništvo kroz sve životne dobi, a sustav zdravstvene djelatnosti mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen),
- dostupnosti (raspored zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske mora omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti),
- cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (mjere za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti te liječenje i rehabilitaciju moraju biti objedinjene), te
- specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (obveza organiziranja i razvijanja posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihova primjena u praksi).

Budući da je tako odredio zdravstvenu djelatnost (kao djelatnost od /općeg/ interesa koja se obavlja kao javna služba), USRH je utvrdio da se na nju ne protežu jamstva iz članka 49. stavka 2. Ustava⁵:

“(…) Zbog navedenih razloga, zdravstvena djelatnost ne podliježe ustavnim jamstvima slobode poduzetništva u smislu članka 49. stavka 2. Ustava, pa ni onda kad je obavljaju trgovačka društva, privatni zdravstveni radnici ili druge fizičke ili pravne osobe prema posebnim zakonima. Zakonodavac je ovlašten, naime, na tu djelatnost protegnuti javnopravno uređenje, jer se ona obavlja kao javna služba. (…)”

⁵ Članak 49. stavak 2. Ustava glasi:

“Država osigurava svim poduzetnicima jednak pravni položaj na tržištu. Zabranjena je zlouporaba monopolskog položaja određenog zakonom.”

1.1.2. Mreža zdravstvene zaštite

Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici pod uvjetima i na način propisan mjerodavnim zakonima (članak 34. stavak 1. Zakona). Zdravstvena djelatnost obavlja se u sklopu osnovne mreže zdravstvene zaštite, a može se obavljati i izvan nje pod uvjetima propisanim Zakonom (članak 35.).

Osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO), Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, nadležnih komora i predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave donosi Vlada Republike Hrvatske (članak 38.). Osnovnom mrežom zdravstvene djelatnosti određuje se za područje Republike Hrvatske, odnosno područje jedinice područne (regionalne) samouprave potreban broj zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava te privatnih zdravstvenih radnika s kojima HZZO sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (članak 36.).

Mjerila za određivanje osnovne mreže zdravstvene djelatnosti utvrđuju se planom zdravstvene zaštite uvažavajući zdravstveno stanje, broj, dobnu i socijalnu strukturu stanovništva, jednake uvjete, odnosno mogućnosti za korištenje zdravstvenih usluga, potreban opseg pojedine djelatnosti na svakoj od razina zdravstvene djelatnosti, stupanj urbanizacije područja, prometne povezanosti, specifičnosti naseljenosti te dostupnosti na demografski ugroženim područjima, osobito na otocima, utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva i gospodarske mogućnosti (članak 37.).

Polazeći od svega navedenog, USRH je utvrdio:

“(…) Sukladno navedenom, zdravstvenu djelatnost u sklopu osnovne mreže zdravstvene zaštite mogu obavljati svi pravni subjekti koji su člankom 34. stavkom 1. Zakona ovlašteni na obavljanje zdravstvene djelatnosti, to jest i zdravstvene ustanove i trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici. (...)”

1.1.3. Nadležnost i financiranje zdravstvene zaštite

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (članak 2.). Njezin je cilj ostvarivanje najviše moguće razine zdravlja svake osobe (članak 3. stavak 1.).

Ostvarivanje društvene skrbi za zdravlje stanovnika i osiguravanje uvjeta za ostvarivanje njihove zdravstvene zaštite u nadležnosti je Republike Hrvatske i jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave.

Sukladno tome, zdravstvena zaštita financira se iz državnog proračuna i iz proračuna jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave.

Republika Hrvatska iz državnog proračuna osigurava sredstva za programiranje, usklađivanje, provođenje i praćenje izvršenja zdravstvenog prosvjećivanja i odgoja stanovništva te promicanja zdravlja u skladu s planom zdravstvene zaštite, proučavanje i praćenje stanja zdravlja stanovništva.

Jedinica područne (regionalne) samouprave ostvaruje svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite tako da osigurava sredstva za provođenje epidemiološke, zdravstveno-statističke, socijalno-medicinske i zdravstveno-ekološke djelatnosti te promicanje zdravlja i prevenciju bolesti na svom području, provođenje mjera zdravstvene ekologije od interesa za jedinicu područne (regionalne) samouprave, hitnu medicinsku pomoć na svojem području, ako to ne osigurava Republika Hrvatska, te organizaciju i rad mrtvozorničke službe. Županije i gradovi osiguravaju sredstva za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova: prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, sukladno planu i programu mjera zdravstvene zaštite i osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti. Odluku o mjerilima za osiguranje elemenata standarda za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, koja će biti temelj za planiranje potpora iz državnog proračuna, jednom godišnje donosi Vlada Republike Hrvatske. Jedinica područne (regionalne) samouprave i jedinica lokalne samouprave može osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu stanovnika na svom području iznad standarda utvrđenih osnovnim zdravstvenim osiguranjem. Ugovorom između jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno jedinice lokalne samouprave, turističke zajednice i zdravstvene ustanove, odnosno trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost uređuje se organiziranje i financiranje provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite za vrijeme turističke sezone (članak 9.).

1.1.4. Granice slobode procjene zakonodavca u uređivanju zdravstvene djelatnosti

U odnosu na (jedan od) osporenih članaka Zakona - članak 9. stavaka 2. i 5.⁶, polazeći od naprijed navedenih načelnih stajališta, USRH je ocijenio da ne

⁶ Osporeni stavci 2. i 5. članka 9. Zakona glasil su: "Županije i gradovi osiguravaju sredstva za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova - prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, sukladno planu i programu mjera zdravstvene zaštite i osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti.

Ugovorom između jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno jedinice lokalne samouprave, turističke zajednice i zdravstvene ustanove, odnosno trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu

postoje ustavnopravne zapreke da zakonodavac propiše različite uvjete i načine pod kojima zdravstvenu djelatnost u osnovnoj mreži može obavljati svaki pojedini od navedenih subjekata. Radi se, naime, o različitim organizacijskim oblicima zdravstvene djelatnosti na koje se primjenjuju različiti zakoni (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o ustanovama, Zakon o trgovačkim društvima, posebni zakoni za zdravstvenu djelatnost koju obavljaju druge pravne i fizičke osobe, posebni propisi za zdravstvenu djelatnost koju obavljaju ustrojbene jedinice Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske - članak 34.), pa ne postoje ustavnopravne zapreke da uvjeti pod kojima svaki pojedini od njih može obavljati zdravstvenu djelatnost u osnovnoj mreži budu različito određeni, odnosno da zakonodavac propiše različite obveze države prema svakom pojedinom od njih.

Tako je, primjerice, uvjete za samostalno obavljanje privatne prakse zakonodavac taksativno propisao u članku 139. Zakona: privatnu praksu može samostalno obavljati zdravstveni radnik s visokom stručnom spremom pod uvjetom da, između ostaloga, raspolaže odgovarajućim prostorom (točka 7.) i odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom (točka 8.), te da pribavi mišljenje HZZO-a i nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse u osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti odnosno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja privatne prakse izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti (točka 9.). Zdravstveni radnik ne može započeti s radom u privatnoj praksi dok ministar nadležan za zdravstvo rješenjem ne utvrdi da su ispunjeni uvjeti za početak rada s obzirom na prostor, radnike i medicinsko-tehničku opremu (članak 143. stavak 1.).

Zaključno je utvrdio:

“S ustavnopravnog aspekta važno je, dakle, da se osporeni članak 9. stavci 2. i 5. Zakona primjenjuju na svaki istovrsni organizacijski oblik zdravstvene djelatnosti koji je uključen u osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti jednako i na isti način. U tom smislu, Ustavni sud ističe da se obveza županija i gradova da osiguravaju sredstva za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova te informatizaciju zdravstvene djelatnosti odnosi jednako na sve zdravstvene ustanove, kako u vlasništvu Republike Hrvatske i jedinica područne (regionalne) samouprave, tako i na zdravstvene ustanove u vlasništvu drugih pravnih i fizičkih osoba. (...)“

djelatnost uređuje se organiziranje i financiranje provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite za vrijeme turističke sezone.”

1.2. Odluka broj: U-I-4633/2010⁷

Ovom odlukom USRH ukinuo je članak 37. stavak 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.⁸

U tom ustavnosudskom postupku Grad Zagreb, kao javnopravna osoba i subjekt javnog prava, osporavao je ustavnost zakonske odredbe (članka 37. stavka 2.)⁹ koju je u odnosu prema njoj propisala država (Hrvatski sabor), a koja se sastojala u nemogućnosti utjecaja Grada Zagreba na mrežu zdravstvene zaštite koju donosi ministar nadležan za zdravstvo, iako se tom mrežom odlučuje i o poslovanju i osnivanju zdravstvenih ustanova kojima je osnivač Grad Zagreb i županije. Stoga mijenjanje ili donošenje nove mreže zdravstvene zaštite neposredno utječu na imovinu Grada Zagreba i županija posebne namjene, odnosno na imovinu s osobitom javnopravnom svrhom. Iz navedenih razloga Grad Zagreb tvrdio je da je osporena odredba u suprotnosti s člankom 135. Ustava.¹⁰

U ispitivanju osnovanosti navoda predlagatelja, USRH pošao je od svojih načelnih stajališta iz odluke broj: U-I-3117/2003¹¹ kao i od (načelnog) utvrđenja da Gradu Zagrebu i županijama, kao zakonom ovlaštenim osnivačima zdravstvenih ustanova, pripadaju prava koja iz tog njihovog statusa proizlaze. Uz ta se osnivačka prava nad zdravstvenim ustanovama kojima je Grad Zagreb osnivač vezuju i sredstva za rad zdravstvenih ustanova, uključujući prihode koji se u toj djelatnosti ostvaruju pa se ona načelno imaju smatrati imovinom Grada Zagreba na koju se

⁷ Odluka USRH-a broj: U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2012. objavljena u "Narodnim novinama" broj 123/10.

Odluci USRH-a prethodilo je rješenje USRH-a istog broja od 28. listopada 2010. kojim je USRH pokrenuo postupak za ocjenu suglasnosti s Ustavom članka 37. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine" broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11. i 154/11.).

⁸ "Narodne novine" broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11. i 154/11.

⁹ Osporeni članak 37. stavak 2. Zakona glasio je:

"Mrežu javne zdravstvene službe uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te nadležnih komora donosi ministar."

¹⁰ Članak 129a. Ustava glasi:

"Jedinice lokalne samouprave obavljaju poslove iz lokalnog djelokruga kojima se neposredno ostvaruju potrebe građana, a osobito poslove koji se odnose na uređenje naselja i stanovanja, prostorno i urbanističko planiranje, komunalne djelatnosti, brigu o djeci, socijalnu skrb, primarnu zdravstvenu zaštitu, odgoj i osnovno obrazovanje, kulturu, tjelesnu kulturu i sport, tehničku kulturu, zaštitu potrošača, zaštitu i unapređenje prirodnog okoliša, protupožarnu i civilnu zaštitu.

Jedinice područne (regionalne) samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito poslove koji se odnose na školstvo, zdravstvo, prostorno i urbanističko planiranje, gospodarski razvoj, promet i prometnu infrastrukturu te planiranje i razvoj mreže obrazovnih, zdravstvenih, socijalnih i kulturnih ustanova.

Poslovi lokalnog i područnog (regionalnog) djelokruga uređuju se zakonom. Prilikom dodjeljivanja tih poslova prednost će imati ona tijela koja su najbliža građanima.

Prilikom određivanja djelokruga jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave mora se voditi računa o širini i prirodi poslova i o zahtjevima učinkovitosti i ekonomičnosti."

¹¹ O toj odluci v. t. 1.1.

odnosi ustavno jamstvo prava vlasništva. Osnivačka prava Grada Zagreba nad zdravstvenim ustanovama, kojima je on osnivač, čine imovinu koja ima posebnu namjenu i specifičnu javnopravnu svrhu jer služi trajnom, nesmetanom i urednom funkcioniranju zdravstvene djelatnosti kao javne službe. Stoga je ona podložna posebnom javnopravnom uređenju sve dok služi toj namjeni, odnosno svrsi¹².

Polazeći od prethodnih stajališta, USRH je zaključio da i ta imovina, iako specifičnog javnopravnog karaktera i iako vezana uz specifičnog javnopravnog ovlaštenika, načelno potpada pod ustavno jamstvo prava vlasništva, ali se pri ispitivanju eventualnih povreda tog prava u obzir moraju uzimati različiti čimbenici koji ne postoje u slučajevima zaštite Ustavnom zajamčenog prava vlasništva privatnih osoba u smislu pravila privatnog prava.

U tom području Republika Hrvatska uživa izvjesnu slobodu prosudbe u primjeni mjera koje poduzima, kao što je ima i u primjeni mjera u drugim područjima vezanim uz socijalnu, financijsku ili gospodarsku politiku zemlje.

Međutim, neovisno o većoj slobodi prosudbe kod uređivanja odnosa u zdravstvenom sustavu, ustavnopravno je jedino prihvatljivo da se jedinicama područne (regionalne) samouprave omogući aktivno sudjelovanje kod donošenja i izmjena mreže javne zdravstvene službe jer se samo na taj način osigurava optimalno ispunjenje obveze jedinica područne (regionalne) samouprave iz članka 129a. stavka 2. Ustava u svezi obavljanja poslova područnog (regionalnog) značenja iz područja zdravstva, koje su dužne dijelom ili potpuno financirati.

Bez takve mogućnosti jedinice područne (regionalne) samouprave ostaju puki izvršitelji mreže javne zdravstvene službe, u kojoj ministar nadležan za zdravstvo s nadležnim komorama i zavodima gotovo samostalno određuje koje će se zdravstvene ustanove osnivati ili ukidati, odnosno spajati, bez da je osigurana mogućnost građana na području (regionalne) samouprave da u ostvarenju svog prava na lokalnu samoupravu utječu na tu mrežu, a upravo preko svojih predstavnika iz predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave. Tek omogućavanjem Gradu Zagrebu i drugim jedinicama područne (regionalne) samouprave da sudjeluju na zakonom propisani način u donošenju mreže zdravstvene zaštite, njihove ovlasti postaju razmjerne njihovim obvezama koje proizlaze iz članka 9. stavka 3. Zakona.

Slijedom svega navedenog, USRH je ocijenio da je time narušen i temeljni postulat pravne države jer je došlo do poremećaja u nadležnosti između jedinica područne (regionalne) samouprave i države u poslovima zdravstvene zaštite

¹² Navedena stajališta USRH je već izrazio u rješenju broj: U-I-2643/2007 od 22. prosinca 2009. u kojem je ocjenjivao ustavnost Zakona o ljekarništvu ("Narodne novine" broj 121/03., 142/06., 35/08. i 117/08.).

u odnosu na nadležnosti koje su propisane člankom 129a. Ustava, zadiranjem zakonodavca u ustavne ovlasti jedinica područne (regionalne) samouprave. Stoga je osporenu zakonsku odredbu kao neustavnu ukinuo.

1.3. Odluka i rješenje broj: U-I-2665/2009¹³

Ovom odlukom USRH pokrenuo je postupak za ocjenu suglasnosti s Ustavom te je ukinuo članak 41. stavak 10. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.¹⁴

Više predlagatelja osporavalo je članke 40. i 41. Zakona u cijelosti, ali je USRH ocijenio neustavnim i ukinuo samo stavak 10. članka 41. Zakona.

Predlagateljica je u bitnom navela da prema članku 41. stavku 10. Zakona¹⁵ liječnici koji zdravstvenu službu obavljaju u zakupu u domovima zdravlja ne plaćaju zakupninu za ordinacije koje imaju u zakupu u domovima zdravlja, dok su ostali privatni zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji zdravstvenu djelatnost obavljaju izvan domova zdravlja u obvezi plaćati zakupninu, ukoliko djelatnost obavljaju u poslovnom prostoru koji nije u njihovom vlasništvu. Zbog toga je predlagateljica (kao privatni zdravstveni radnik koja djelatnost obavlja u "tuđem" prostoru) smatrala da se nalazi u nejednakom položaju u odnosu prema drugim zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji obavljaju zdravstvenu djelatnost.

U ocjeni osnovanosti navoda predlagateljice USRH je pošao od toga da od početka primjene Zakona zdravstveni radnici/liječnici u domovima zdravlja ne plaćaju zakupninu za svoje ordinacije već im nju plaća koncedent odnosno županija. Svi ostali zdravstveni radnici koji obavljaju javnu zdravstvenu službu u poslovnom prostoru u zakupu, moraju plaćati zakupninu za taj poslovni prostor, uz koncesijsku naknadu.

USRH priznao je, u skladu sa svojom ustaljenom praksom, širinu slobode procjene zakonodavcu u poduzimanju općih mjera gospodarske i socijalne politike i naglasio da članak 14. Ustava ne zabranjuje zakonodavcu da prava i obveze pojedinih istovrsnih ili sličnih skupina uređuje različito, ako se time ispravljaju postojeće nejednakosti među tim skupinama ili za to postoje drugi opravdani, na Ustavu utemeljeni razlozi. Drugim riječima, takvo postupanje neće se smatrati

¹³ Odluka i Rješenje USRH broj: U-I-2665/2009 i U-I-3118/2011 od 30. siječnja 2014. objavljeni u "Narodnim novinama" broj 22/14.

¹⁴ "Narodne novine" broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12. - odluka Ustavnog suda broj: U-I-4633/2010, 70/12., 144/12., 82/13. i 159/13.

¹⁵ Članak 41. stavak 10. Zakona glasio je:

"Ako prostor za obavljanje djelatnosti koncesionaru daje u zakup dom zdravlja zakupninu plaća koncedent."

diskriminirajućim u smislu člankom 14. stavkom 1. Ustava zajamčenim načelom jednakosti ili nediskriminacije.

Ali, upozorio je da će se različito uređenje prava i obveza smatrati diskriminirajućim ako propisano razlikovanje nema objektivnog i razumnog opravdanja, odnosno ako se time ne ostvaruje legitimni cilj ili ako ne postoji razmjernost između propisane zakonske mjere i cilja koji se nastoji postići.

Stoga u pravilu moraju postojati jaki ustavnopravno prihvatljivi razlozi da bi USRH ocijenio suglasnim s Ustavom različitost zakonskog uređenja koje se temelji isključivo na razlici u osobinama navedenim u članku 14. stavku 1. Ustava.

Primjenjujući navedena načelna stajališta na konkretan slučaj, USRH je utvrdio da ne postoje ustavnopravno opravdani razlozi za opstanak osporene odredbe Zakona budući da ona ne poštuje zahtjeve zabrane diskriminacije iz članka 14. stavka 1. Ustava. To je obrazložio na sljedeći način:

“10.2. Prvo, ne može se smatrati da članak 41. stavak 10. ZoZZ-a predstavlja opću zakonsku mjeru gospodarske i socijalne politike, već je riječ o specifičnom institutu koji je uveden zbog privatizacije primarne zdravstvene zaštite u domovima zdravlja.

Drugo, s obzirom na sadržaj članka 41. stavka 10. ZoZZ-a, njegova svrha nije ispravljanje postojećih nejednakosti među skupinama osoba - privatnim zdravstvenim radnicima. Suprotno tome, upravo ta odredba predstavlja izvor znatnih nejednakosti u statusu pripadnika iste skupine osoba. Dakle, svrha članka 41. stavka 10. ZoZZ-a više se ne može ocijeniti legitimnom jer je od 1996. godine i donošenja Pravilnika o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta ('Narodne novine', br. 6/96., 29/97., 1/98., 45/99., 121/99., 112/00., 87/02., 150/02. i 7/03.) proteklo dovoljno vremena u kome su se mogle ispraviti sve eventualne negativne strane privatizacije ordinacija primarne zdravstvene zaštite i izjednačavanja statusa privatnih zdravstvenih radnika izvan i unutar domova zdravlja, a koji obavljaju istu javnu službu primarne zdravstvene zaštite.”

Slijedom navedenog, nakon što je utvrdio da članak 41. stavak 10. Zakona ne predstavlja opću zakonsku mjeru gospodarske i socijalne politike niti služi ostvarenju bilo kojeg legitimnog cilja, koji bi mogao opravdati nejednak položaj adresata tog članka u odnosu na ostale zdravstvene radnike, USRH ukinuo je osporeni članak 41. stavak 10. Zakona.

2. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

2.1. Rješenje broj: U-I-1652/2009¹⁶

Za razliku od prethodne odluke, u ovom je rješenju USRH utvrdio da nije povrijeđeno načelo jednakosti ili nediskriminacije iz članka 14. stavka 1. Ustava te nije prihvatio prijedloge za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom članka 3. stavka 2. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju¹⁷ (kojim je u članak 14. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju¹⁸ dodan novi stavak 2.).

U ocjeni osnovanosti prigovora predlagatelja pošao je od predmeta uređenja osporene zakonske odredbe. Utvrdio je da su predmet uređenja članka 14. stavka 2. Zakona polazne osnove odnosno mjerila na temelju kojih HZZO oblikuje cijenu premije za dopunsko zdravstveno osiguranje, a među njima, kao jedan od elemenata koji utječe na tu cijenu, i "prihodovni cenzus osiguranika".

Pritom je utvrdio da pitanje parametara za izračun odnosno pitanje samog izračuna cijene premije za dopunsko zdravstveno osiguranje (jednako kao i, općenito, bilo koja vrsta izračuna), u pravilu, ne može biti pitanje ustavnopravnog značenja. Pored toga, elementi na temelju kojih će se cijena premije za dopunsko zdravstveno osiguranje izračunavati nisu ni u kakvoj vezi s okolnošću tko će u konačnici tu cijenu platiti - sam građanin ili, umjesto njega, državni proračun.

Stoga je odgovor na sporno pitanje potražio u nekim drugim odredbama Zakona, sadržajno povezanim s predmetom uređenja osporene zakonske odredbe.

Utvrdio je, u bitnom, da je navedenim zakonskim odredbama zakonodavac, imajući u vidu realnost gospodarskih i općih društvenih prilika u Republici Hrvatskoj, odredio vrlo širok krug osoba koje pripadaju socijalno "osjetljivijim" kategorijama stanovništva, zbog čega država za sve njih preuzima na sebe plaćanje premija dopanskog zdravstvenog osiguranja. Riječ je, dakle, o mjeri socijalne politike države, o vrsti socijalne olakšice kojom su obuhvaćeni, primjerice, učenici, studenti, invalidi, branitelji i niz drugih skupina, među njima i sve osobe s niskim primanjima, što uključuje i velik broj umirovljenika s niskim primanjima. Zakonodavac je odredio i mjerilo visine prihoda (imovinski cenzus osiguranika) primjenom kojeg se neki prihod može smatrati "niskim" prihodom - u kontekstu općih prilika, ali i gospodarske snage države.

¹⁶ Rješenje USRH-a broj: U-I-1652/2009 od 18. lipnja 2014. objavljeno na internetskoj stranici USRH-a.

¹⁷ "Narodne novine" broj 150/08.

¹⁸ "Narodne novine" broj 85/06.

Imajući sve navedeno u vidu, USRH ocijenio je da predlagatelj nije naveo ustavnopravno relevantne razloge koji bi doveli u sumnju ustavnost osporene odredbe:

"4.2. Propisivanje kruga osoba u čiju je korist ustanovljena olakšica o kojoj je riječ i uvjeta za njezino ostvarivanje spada u neosporna ovlaštenja države odnosno njezinog zakonodavnog tijela, u skladu s člankom 2. stavkom 4. alinejom 1. Ustava, ali pripada i među obveze države koje proizlaze iz članaka 57. i 58. Ustava (pomoć slabima, nemoćnima, nezaposlenima, nezbrinutima; jamstvo prava na zdravstvenu zaštitu). Stoga takvo propisivanje ne predstavlja ustavnopravno relevantno pitanje - ukoliko je zasnovano na načelima jednakosti i pravednosti u mjeri koja uvažava ekonomsku snagu pojedinih skupina građana odnosno zahtjev za ravnomjernom raspodjelom financijskog tereta - ukoliko, dakle, nije ustavnopravno upitna legitimnost temeljnih ciljeva takvog propisivanja i usklađenost te razmjernost primijenjenih mjera s tim ciljevima."

3. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja

3.1. Rješenje broj: U-I-3631/2005¹⁹

Ovim rješenjem USRH nije prihvatio prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom članka 22. stavka 1. Zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja²⁰.

Tim zakonom utvrđeni su uvjeti za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskoga tijela (organa i tkiva) od žive ili s umrle osobe zbog presađivanja u svrhu liječenja (članak 1.). Osporenim odredbom (člankom 22. stavkom 1.) propisano je da se dijelovi tijela s umrle osobe smiju uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije tome u pisanom obliku protivio.

Dakle, pretpostavka za uzimanje dijelova tijela s umrle osobe radi presađivanja je nepostojanje izričitog protivljenja osobe čiji se dijelovi tijela uzimaju, a koje bi osoba izrazila za života.

Predlagatelj je smatrao da bi uzimanje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja bilo suglasno s člankom 23. stavkom 1. Ustava samo u slučaju izričitog pristanka osobe čiji se dijelovi tijela uzimaju te da uzimanje dijelova ljudskog tijela na način utvrđen osporenim odredbom Zakona (uzimanje dijelova tijela uz zakonom presumirani prešutni pristanak) nije sukladan s Ustavom.

Ocijenjujući osnovanost prijedloga, USRH pošao je od legitimnosti cilja koji se osporenim Zakonom kao cjelinom, odnosno osporenim odredbom članka

¹⁹ Rješenje USRH-a broj: U-I-3631/2005 od 30. travnja 2009. objavljeno u "Narodnim novinama" broj 58/09.

²⁰ "Narodne novine" 177/04., 45/09., 144/12. i 144/12.

22. stavka 1. Zakona želio postići, te je li (unatoč legitimnosti cilja) postignuta pravedna ravnoteža između javnog (općeg) interesa i pojedinačnog prava.

Ocijenio je da je već iz samog naziva osporenog Zakona razvidna njegova legitimna svrha - liječenje, odnosno zaštita života i zdravlja ljudi. Presađivanje organa predstavlja metodu liječenja bolesnika kod kojih je došlo do nepovratnog zatajenja funkcije organa. U nekim slučajevima presađivanje je jedina metoda liječenja. Ono se primjenjuje samo ako je medicinski opravdano, odnosno ako je to najpovoljniji način liječenja u konkretnom slučaju. Uspješno presađivanje organa, čak i u slučaju kad nije od vitalnog značaja, doprinosi poboljšanju kvalitete života primatelja.

Uvažavajući činjenicu da je presađivanje organa medicinski, etički i društveno opravdan način liječenja, a imajući u vidu etička i humana načela na kojima se presađivanje organa temelji, USRH smatrao je da je propisivanje mogućnosti uzimanja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, između ostalog, i na način utvrđen osporenim odredbom članka 22. stavka 1. Zakona, bilo usmjereno ostvarivanju legitimnog cilja - zaštiti života, odnosno zdravlja ljudi kao Ustavom zaštićenim dobrima. Ustvrdio je da osporena odredba, zajedno s drugim odredbama Zakona (koje se, osim na opća načela uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, tzv. transplantacijske medicine, odnose na uzimanje dijelova tijela od živog darovatelja, na uzimanje dijela tijela s mrtve osobe te posebice na administrativno uređenje, djelovanje i nadzor transplantacijskog sustava) pokazuje da zakonodavac taj cilj želi ostvariti propisivanjem dragovoljnosti pri presađivanju dijelova tijela između živih (odredbe članka 10. stavka 1. i članaka 16. i 17.) kao i pri darivanju dijelova tijela presađivanjem s mrtve osobe (članci 22. i 23.). Pri tome, razlika u propisima o dragovoljnosti kod prvog i drugog oblika presađivanja proizlazi iz etički opravdane zabrane trgovine dijelovima ljudskog tijela (članak 7.) te iz nje izvedene potrebe da se u praksi osigura prednost i dostupnost oblika liječenja putem uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela s mrtve osobe, odnosno da se organi ili tkiva od živog darovatelja uzimaju samo ako ne postoji mogućnost transplantacije s umrle osobe ili druga, približno jednaka metoda liječenja (članak 12.).

Temeljem svega navedenog, prosuđujući je li osporenim odredbom postignuta ravnoteža između legitimnog cilja zbog kojeg je propisano uzimanje dijelova ljudskog tijela i u slučaju tzv. pretpostavljenog pristanka, te prava svakog pojedinca da slobodno i samostalno odlučuje o (ne)darivanju svojih organa, USRH utvrdio je da iz osporenog Zakona proizlazi pravo svakoga da se za života usprotivi darivanju svojih organa, u kojem slučaju osporeni Zakon, zajedno s većim brojem podzakonskih akata, kojima se osigurava njegova provedba u

sustavu nacionalne transplantacijske mreže Republike Hrvatske, poštuje izraženu volju osobe koja je izrazila protivljenje darivanju organa. Ujedno, osporeni Zakon sustav transplantacijske medicine - a u njemu i osporeni način uzimanja dijelova tijela presađivanjem s mrtve osobe - želi ostvariti u sustavu propisa kojima je cilj osigurati maksimalnu pravnu sigurnost pri uzimanju organa ili tkiva, što je nužna pretpostavka za donošenje individualne odluke o potencijalnom darivanju kod oba oblika presađivanja. Na taj način osporeni Zakon potencijalnom darivatelju osigurava slobodno donošenje jedne osobne i dalekosežne odluke o uzimanju nekog njegovog organa ili dijela tijela, a što udovoljava i jamstvu njegova osobnog dostojanstva (članak 35. Ustava).

4. Zakon o zaštiti o zaštiti prava pacijenata

4.1. Odluka i rješenje broj: U-I-4892/2004²¹

Više predlagatelja osporavalo je kako pojedine odredbe Zakona o zaštiti prava pacijenata²² tako i Zakon u cjelini.

Predlagateljji koji su osporavali Zakon u cjelini tvrdili su da osporeni Zakon pojedinim odredbama diskriminira pacijente, krši ljudsko dostojanstvo, da se pojedinim odredbama daje smisao suprotan zaštiti ljudskih prava, da su pojedine odredbe neprovedive u praksi i sl. USRH nije prihvatio prijedloge za ocjenu suglasnosti s Ustavom osporenog Zakona u cjelini, ali je ukinuo članak 35. Zakona kojim je bilo propisano pravo na pritužbu pacijenta koji smatra da su mu povrijeđena prava propisana Zakonom.²³

Pri tome je pošao od predmeta uređenja Zakona. Utvrdio je da se Zakonom propisuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava (članak 1. stavak 1.). Tim se Zakonom svakom pacijentu

²¹ Odluka i rješenje USRH-a broj: U-I-4892/2004 i U-I-3490/2006 od 12. ožujka 2008. objavljeni u "Narodnim novinama" broj 37/08.

²² "Narodne novine" broj 169/04.

²³ Članak 35. Zakona glasio je:

"Pacijent koji smatra da mu je povrijeđeno pravo utvrđeno ovim Zakonom ima pravo usmeno ili pisanim putem sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti izjaviti pritužbu ravnatelju zdravstvene ustanove, upravi ili osobi ovlaštenoj za vođenje poslova trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnom zdravstvenom radniku.

Ako ravnatelj zdravstvene ustanove, uprava ili osoba ovlaštena za vođenje poslova trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno privatni zdravstveni radnik ne obavijesti pacijenta u roku od osam dana od dana izjave pritužbe o mjerama poduzetim povodom pritužbe ili ako nije zadovoljan poduzetim mjerama pacijent ima pravo podnijeti pritužbu Povjerenstvu.

Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta koji nije sposoban za rasuđivanje te za maloljetnog pacijenta pritužbu iz stavka 1. i 2. ovoga članka Povjerenstvu ima pravo podnijeti bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta."

jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu, primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta, uz poštivanje njegovih osobnih stavova (članak 2.).

Pacijentom se, u smislu osporenog Zakona, smatra svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije (članak 1. stavak 2.).

Prema članku 3. osporenog Zakona, zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima humanosti i dostupnosti. Načelo humanosti se ostvaruje osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića, osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta te zaštitom osobnosti pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja (članak 4.). Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske (članak 5.).

Daljnjim odredbama osporenog Zakona utvrđena su pojedina prava pacijenata, načini i pretpostavke njihova ostvarivanja. Radi praćenja ostvarivanja prava pacijenata propisano je osnivanje povjerenstava za zaštitu i promicanje prava pacijenata, njihov sastav i djelokrug rada.

Polazeći od svega navedenog, USRH je utvrdio da se osporenim Zakonu u cjelini ne može odreći legitimnost cilja u javnom interesu.

Međutim, ispitujući ustavnost članka 35. Zakona ocijenio je da mogućnost pacijenta da podnese usmeno ili u pisanom obliku pritužbu odgovornoj osobi, o kojoj pritužbi odgovorna osoba, kao i nadležno Povjerenstvo odlučuju izvan zakonom propisanih postupovnih pravila, predstavlja samo neobavezni poticaj tim adresatima da primijene svoje diskrecijsko pravo odlučivanja o primjeni neke mjere zaštite prava pacijenata. Tako neodređena diskrecijska ovlast odgovorne osobe na obavlještavanje pacijenata o tome što je poduzeto po njegovoj pritužbi otvara mogućnost proizvoljnog reagiranja, što može dovesti do neopravdanog privilegiranja nekih, odnosno diskriminiranja drugih pacijenata.

Konstatirao je da upućujući na istovjetne odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koje također ne predviđaju pravo pacijenta da podnese zahtjev glede korištenja diskrecijskih ovlasti osobe odgovorne za postupke njegova liječenja i tretmana, odredbe članka 35. osporenog Zakona, kao središnjeg normativnog akta zakonskoga ranga namijenjenog upravo zaštiti prava pacijenata, vrijeđaju ustavno jamstvo propisano člankom 19. stavkom 2. Ustava.

Zaključno je utvrdio da kada Ustav u toj odredbi propisuje da se "zajamčuje sudska kontrola zakonitosti pojedinačnih akata upravnih vlasti i tijela koja imaju javne ovlasti", onda to znači sljedeće:

"12. a) pravo na traženje te kontrole ne može biti posve podložno slobodnoj ocjeni upravne vlasti ili tijela s javnim ovlastima (u ovom slučaju osoba odgovornih za djelovanje zdravstvenih ustanova); b) zakonodavac mora, barem za one pojedinačne akte tih tijela koji imaju obilježja konstitutivnog upravnog akta, osigurati sudska kontrolu zakonitosti 'koja se ne iscrpljuje u pravu na pokretanje upravnog spora, već se sadržaj tog jamstva proteže i na obvezu Upravnog suda RH da u propisanom postupku odluči o zakonitosti tog akta' (odluka Ustavnog suda broj: U-III-2019/2004 od 9. VI. 2005); c) zakonodavac, premda načelno slobodan odrediti opseg i sadržaj nekog pravnog sredstva na način koji odgovara njegovom specifičnom cilju, ipak mora voditi računa o minimalnim mogućnostima da ovlaštenik pravnog sredstva može - pred zakonom određenim sudom - učinkovito zaštititi svoja prava i pravne interese jer se o jamstvu sudske kontrole zakonitosti pojedinačnih akata upravnih vlasti i tijela s javnim ovlastima ne može govoriti kad je prostor njihove slobodne ocjene, zbog ograničenja u opsegu i sadržaju pravnog sredstva, potpuno izuzet od te kontrole."

Slijedom svega navedenog, USRH je ocijenio da pritužba, propisana člankom 35. stavcima 1. i 2. osporenog Zakona nije pravno sredstvo kojim bi se na djelotvoran i efikasan način moglo ostvariti Ustavom zajamčeno pravo na zdravstvenu zaštitu (članak 58. Ustava).

III. PREDMETI INDIVIDUALNE USTAVNOSUDSKE KONTROLE - USTAVNE TUŽBE

Pregledom prakse USRH-a u predmetima individualne ustavnosudske kontrole, odnosno postupanja USRH-a po ustavnim tužbama podnesenim protiv pojedinačnih sudskih odluka nakon iscrpljivanja dopuštenog pravnog puta, ustanovljeno je da neovisno o osjetljivim i važnim pitanjima o kojima je u takvim pojedinačnim slučajevima riječ, postupanja USRH-a nisu brojna²⁴.

²⁴ Članak 62. Ustavnog zakona o Ustavnom sudu Republike Hrvatske ("Narodne novine" broj 99/99, 29/02. i 49/02. - pročišćeni tekst) glasi:

"(1) 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 (u daljnjem tekstu: ustavno pravo).

(2) Ako je zbog povrede ustavnih prava dopušten drugi pravni put, ustavna tužba može se podnijeti tek nakon što je taj pravni put iscrpljen.

(3) U stvarima u kojima je dopušten upravni spor, odnosno revizija u parničnom ili izvanparničnom postupku, pravni put je iscrpljen nakon što je odlučeno i o tim pravnim sredstvima."

Drugim riječima, ne postoji veliki broj odluka USRH-a u kojima je odlučivao je li pojedinačnim aktima nadležnih tijela povrijeđeno neko pravo pacijenta ili koje drugo pravo zajamčeno unutar zdravstvene djelatnosti. Ipak, može se izdvojiti nekoliko grupa slučajeva.

Tako je u nekoliko predmeta USRH odlučivao o nužnosti i naknadi troškova liječenja pacijenta u inozemstvu. U svim slučajevima je ustavne tužbe odbio kao neosnovane.²⁵

1. Odluka broj: U-III-6209/2012

Tako su, primjerice, u navedenom predmetu u postupku koji je prethodio ustavnosudskom nadležna tijela i Visoki upravni sud utvrdili da nisu ispunjene zakonom propisane pretpostavke za upućivanje pacijenta na liječenje u inozemstvo. Naime, člankom 20. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju²⁶ (kao i člankom 20. Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu²⁷) propisano je da se osiguranoj osobi može odobriti pravo na upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu. Nadležna su tijela ustanovila da se liječenje može odnosno da se moglo provesti u Republici Hrvatskoj pa nisu bile ispunjene propisane pretpostavke za upućivanje podnositelja na liječenje u inozemstvo.

USRH nije našao da bi u postupku koji je prethodio ustavnosudskom podnositelju bilo povrijeđeno ustavno pravo na zdravstvenu zaštitu, niti da bi u tumačenju i primjeni mjerodavnog materijalnog prava postojala arbitrarnost.

2. Odluka broj: U-III-1178/2003

Navedenom odlukom donesenom 7. lipnja 2006. USRH nije ustanovio ustavnopravno neprihvatljivim stajališta nadležnih tijela i Upravnog suda Republike Hrvatske, koji su utvrdili da pravo na naknadu troškova liječenja u inozemstvu osoba koje se u inozemstvu nalaze po privatnom poslu ima samo ona osoba koja je prije odlaska u inozemstvo pribavila potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu. Drugim riječima, osoba koja nalazi u inozemstvu po privatnom poslu, čak i neovisno o tome je li liječenje u inozemstvu bilo hitno i/ili nužno, neće morati snositi troškove takvog liječenja, već će oni pasti na

²⁵ Odluke USRH-a broj: U-III-1178/2003 od 7. lipnja 2006., U-III-1326/2015 od 22. travnja 2015., U-III-6209/2012 od 9. siječnja 2013. dostupne su na internetskim stranicama USRH-a.

²⁶ "Narodne novine" broj 150/08.

²⁷ "Narodne novine" broj 80/07. i 85/07.

teret HZZO-a, samo ako je prethodno pribavila potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu (članak 6. Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu²⁸).

3. Odluka broj: U-IIIB-3173/2012²⁹

Podnositelj je ustavnu tužbu podnio na temelju članka 63. Ustavnog zakona³⁰. U ustavnoj tužbi tvrdio je da upravni postupak i upravni spor u povodu njegovog zahtjeva za promjenu podataka o spolu i imenu u temeljnom upisu u matici rođenih traje nerazumno dugo, pa mu je zbog prekomjerne duljine tog postupka odnosno spora povrijeđeno njegovo pravo na osobni život.

Temeljni prigovori koje je podnositelj iznosio u ustavnoj tužbi odnosili su se na povredu prava na suđenje u razumnom roku, kao jednom od aspekata prava na pošteno suđenje, zajamčenog člankom 29. stavkom 1. Ustava³¹ i povredu članka 35. Ustava³².

U odnosu na prigovor podnositelja da njegov postupak traje nerazumno dugo, razumnost duljine postupka USRH je ocijenio u svjetlu okolnosti predmeta te kriterija poput složenosti predmeta, ponašanja podnositelja i nadležnih vlasti te važnosti spora za podnositelja.

Nadležna tijela su u više navrata odlučivala o zahtjevu podnositelja dok je podnositelj zahtijevao da postupak bude okončan što prije. Imajući u vidu navedeno

²⁸ "Narodne novine" broj 6/94. i 87/96.

²⁹ Odluka USRH-a broj: U-IIIB-3173/2012 od 18. ožujka 2014., "Narodne novine" broj 46/14.

³⁰ Članak 63. Ustavnog zakona o Ustavnom sudu Republike Hrvatske ("Narodne novine" broj 99/99. 29/02. i 49/02. - pročišćeni tekst), glasi:

"(1) Ustavni sud će pokrenuti postupak po ustavnoj tužbi i prije no što je iscrpljen pravni put, u slučaju kad o pravima i obvezama stranke ili o sumnji ili optužbi zbog kažnjivog djela nije u razumnom roku odlučio sud ili u slučaju kad se osporenim pojedinačnim aktom grubo vrijeđaju ustavna prava, a potpuno je razvidno da bi nepokretanjem ustavnosudskog postupka za podnositelja ustavne tužbe mogle nastati teške i nepopravljive posljedice.

(2) U odluci kojom usvaja ustavnu tužbu zbog nedonošenja akta u razumnom roku iz stavka 1. ovoga članka, Ustavni sud će nadležnom sudu odrediti rok za donošenje akta kojim će taj sud meritorno odlučiti o pravima i obvezama ili o sumnji ili optužbi zbog kažnjivog djela podnositelja. Rok za donošenje akta počinje teći idućeg dana od dana objave odluke Ustavnog suda u "Narodnim novinama".

(3) U odluci iz stavka 2. ovoga članka Ustavni sud će odrediti primjerenu naknadu koja pripada podnositelju zbog povrede njegova ustavnog prava koju je sud učinio kada o pravima i obvezama podnositelja ili o sumnji ili optužbi zbog njegovog kažnjivog djela nije odlučio u razumnom roku. Naknada se isplaćuje iz državnog proračuna u roku od tri mjeseca od dana podnošenja zahtjeva stranke za njezinu isplatu."

³¹ Članak 29. stavak 1. Ustava glasi:

"Svatko ima pravo da zakonom ustanovljeni neovisni i nepristrani sud pravično i u razumnom roku odluči o njegovim pravima i obvezama, ili o sumnji ili optužbi zbog kažnjivog djela."

³² Članak 35. Ustava glasi:

"Svakom se jamči štovanje i pravna zaštita njegova osobnog i obiteljskog života, dostojanstva, ugleda i časti."

a posebno važnost koju ishod postupka ima za podnositelja kao (maloljetnu) osobu, USRH je ocijenio da duljina upravnog postupka i upravnog spora koji još traje nije u skladu sa zahtjevom razumnog roka.

Prigovor o povredi članka 35. Ustava, odnosno, prava na poštovanje osobnog života, podnositelj je obrazložio time što nadležna upravna tijela neučinkovito i nerazumno dugo odlučuju o njegovom zahtjevu, čime su ga ostavili u neizvjesnosti u pogledu njegovog osobnog (rodnog) identiteta.

Podnositelj je, naime, zatražio promjenu podataka o spolu i imenu u temeljnom upisu u matici rođenih. Poštovanje i pravna zaštita osobnog života zahtijevaju da svako ljudsko biće ima pravnu mogućnost utvrditi pojedinosti o svom identitetu pa je USRH utvrdio da predmet podnositelja potpada pod domašaj članka 35. Ustava.

USRH je ispitao jesu li nadležna tijela pri odlučivanju o zahtjevu podnositelja za upis promjene spola u matici rođenih prekršila svoju pozitivnu obvezu iz članka 35. Ustava. Istaknuo je da, iako je njegova primarna svrha zaštititi pojedinca od arbitrarnog upletanja javnih vlasti u njegov osobni život, svrha članka 35. Ustava nije samo prisiljavanje države da se suzdrži od takvog upletanja: osim te negativne obveze, mogu postojati i pozitivne obveze države inherentne djelotvornom poštovanju prava na osobni život. Pri tome granice između pozitivnih i negativnih obveza države na temelju članka 35. Ustava nije lako precizno definirati. Stoga se, pri utvrđivanju postoji li takva obveza ili ne, polazi od razmjernosti koju treba uspostaviti između općih interesa zajednice i interesa pojedinca, pri čemu u oba konteksta država uživa određenu slobodu prosudbe.

Utvrдио je da je jedan od razloga koji je pridonio duljini postupka nedorečenost Pravilnika o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije o promjeni spola. Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o državnim maticama³³ koji je stupio na snagu 29. lipnja 2013. propisano je pravo na upis promjene spola u maticu rođenih i u slučaju "života u drugom rodnom identitetu".

Međutim, do trenutka donošenja odluke o ustavnoj tužbi podnositelja nadležni ministar nije bio donio posebni propis iz članka 36. stavka 2. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o državnim maticama pa nedorečenosti Pravilnika koji je na snazi i dalje nisu bile otklonjene.

USRH je ocijenio da je u konkretnom slučaju došlo do neučinkovitog odlučivanja o zahtjevu podnositelja koji se odnosi na ostvarivanje prava iz područja njegova osobnog života u smislu članka 35. Ustava, a time i do produljene neizvjesnosti u pogledu njegovog osobnog (rodnog identiteta), što je dovelo do povrede članka 29. stavka 1. u vezi s člankom 35. Ustava.

³³ "Narodne novine" broj 76/13.

SUMMARY

MEDICAL LAW IN THE CASE-LAW OF THE CONSTITUTIONAL COURT OF THE REPUBLIC OF CROATIA

Analysis of the Croatian Constitutional Court case-law through not all, but in our opinion, its most representative decisions, in cases of both abstract and individual constitutional control, reveal that the Constitutional Court has so far dealt with almost all laws (and other regulations) that regulate systems of healthcare services and healthcare protection. When deciding on well-foundedness of proposals in cases of abstract control, the Court has started from legislator's margin of appreciation in regulating various policies, including also the healthcare sector, where it took a great care not to let it endanger the very essence of the right to healthcare protection. The essence of the right, as the standard which must not be called into question, is grounds for deciding of the Constitutional Court also in cases of individual constitutional control.

Prof. dr.sc. Aldo Radolović, sudac Ustavnog suda Republike Hrvatske
redoviti profesor Pravnog fakulteta u Rijeci

PRAVO NA ŽIVOT, ZDRAVLJE, DOSTOJANSTVO, I PRIVATNOST (PRAVA OSOBNOSTI) KAO TEMELJI GRAĐANSKOG MEDICINSKOG PRAVA

UDK: 347 : 61(497.5)

Primljeno: 20. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Ovaj je rad prilog stvaranju „građanskog medicinskog prava“ kao dijela građanskog prava i prava osobnosti u tom pravu.

Ugovor o liječenju, eutanazija i pravo na život te problemi transplantacije pobliži su predmet analize.

Građansko medicinsko pravo valja razvijati u potpunoj sinergiji medicine, prava i etike.

Obrađena pitanja nisu sva pitanja koja potpadaju pod predloženi pojam građanskog medicinskog prava. Izrijekom smo tijekom rada istakli da npr. nismo obradili pitanja medicinski potpomognute oplodnje, hitne (urgentne) medicine, sudsko - medicinskog vještačenja i dr. Te probleme valja nastavno obrađivati u ukupnom procesu oblikovanja građanskog medicinskog prava.

Vrlo je važno pravilno uočiti, postaviti i pravno - medicinski oblikovati temeljne “nosive stupove” materije koju želimo izgraditi. Mogući propusti u tom pravcu mogu dovesti u pitanje čak i najbolje želje i najbolje zamišljene ciljeve.

Ključne riječi: *Medicinsko pravo, građansko pravo, pravo osobnosti, ugovor o liječenju, pravo na život, transplantacija*

I. UVOD

Premda pojam „medicinskog prava“ u nas nije sasvim nepoznat¹, objektivna je činjenica da smo na tom planu podosta na početku. Razlozi takva stanja odn. zaostajanja su dosta jasni.

Prvo, „medicinsko pravo“ je pojava koja nastaje kao rezultat povijesne evolucije u razvoju društvenog gledanja na zdravlje i bolest. To je svakako viša faza u toj zaštiti u kojoj napose zdravstvena zaštita postaje pravo građana (pacijenta),

¹ Činjenica je npr. da Pravni fakultet u Splitu ima organiziran poslijediplomski specijalistički studij pod nazivom „Medicinsko pravo“. Ima i Centar za medicinsko pravo.

Na prostoru bivše Jugoslavije na Pravnom fakultetu u Ljubljani predaje se predmet „Civilno medicinsko pravo“, a kao zasebni kolegij „medicinsko pravo“ se studira na (privatnom)Fakultetu za poslovno pravo u Beogradu. Vrijedi zabilježiti i jednu vrlo važnu knjigu iz oblasti medicinskog prava: Jakov Radišić, Medicinsko pravo, Beograd, 2008.

gdje taj isti građanin postaje ne samo „korisnik“ (objekt) liječenje nego partner i aktivni sudionik tog kompleksnog procesa.²

Drugo, „medicinsko pravo“ je (nužno) granična materija. Ono i spaja i razdvaja barem nekoliko različitih znanstvenih područja: medicinu, etiku i pravo. Pri tom se ne radi o nekakvom mehaničkom objedinjavanju ovih disciplina nego o njihovoj kvalitativnoj i kreativnoj sintezi koju je uvijek teško napraviti i za koju je potrebno mnogo znanja, dugih napora i iznad svega mnogo dobre volje.

Treće, u svemu tome ipak najviše kasne pravo i pravna znanost, povijesnim nasljedstvom pretežito vezani za imovinu i imovinska pitanja.³

Ulazak u svaku novu materiju uvijek izaziva dvostruke osjećaje. S jedne strane je tu široka „*licentia poetica*“ koju dozvoljava svaka neistražena oblast, ali – s druge strane- postoji rizik srljanja u preambiciozna rješenja koja nemaju mogućnosti prihvatanja u stvarnom životu.

Medicina ostvaruje stručno-znanstvene napretke dostojne divljenja. No, ponekad i na granici spektakularnosti koja svjedoči o izvanrednim mogućnosti koje, međutim, ne dopiru do prosječnog pacijenta jer ukupna zdravstvena infrastruktura ne omogućuje da se znanstvena dostignuća u medicini pretoče u svakodnevnu i svakome dostupnu praksu.

U životu i znanosti prava, s druge strane, od druge polovine 20.stoljeća dominiraju napose dvije teme: ljudska prava i prava osobnosti. Između ova dva pojma postoje uske veze, ali i značajne razlike. Veza je u tome što se u oba slučaja naglašava uloga čovjeka u pravu i pravnom životu, ali je prilična razlika u tome što vrlo često standard „običnog“(prosječnog) građanina kojim operira teorija ljudskih prava proturječi pojmu konkretnog pojedinca na čemu iznad svega inzistira pravo osobnosti.

² Nema dvojbe da je na počecima čovječanstva „liječenja“ bilo u obliku magije i mistike. Mag je bio božanstvo a božanstvu se bezpogovorno vjeruje. Dosta kasnije (već u periodu humanizma, renesanse i prosvjetiteljstva) ulogu maga preuzima „doktor koji zna najbolje“ (doctor knows best) koji također i jedini odlučuje o svemu. To je bio tzv. paternalistički pristup liječenja (doktor je poput oca) koji se danas polako napušta i sve više ustupa mjesto liječenja kao ugovorno-pravnom odnosu između liječnika i pacijenta. Ulazimo tako u teoriju partnerstva, partnerskog (ugovornog)odnosa između liječnika i pacijenta.

³ Građansko pravo je kroz svoju dugu povijest bilo pretežito imovinsko pravo (tako se koji put i nazivalo). I to nije bilo samo kod nas nego i u svijetu. Tek je nedavno negdje od druge polovice 19.stoljeća) polako započeo ovaj neimovinski val a o modernom pravu osobnosti možemo govoriti tek od druge polovice 20.stoljeća. No, imovinski dio građanskog prava važan je i za ovaj neimovinski dio (prava osobnosti), jer za oba područja vrijede ista pravna načela (npr. zajedničko ugovorno pravo). Zato je iznimno važno da „medicinsko pravo“ bude čvrsto „uronjeno“ u pravo osobnosti a time i u građansko pravo.

Čini nam se da se i u medicini otvara nov, poseban, personaliziran pristup zdravlju i liječenju.⁴ Svijet je pred tim procesom (ili je možda i već u njemu) a da do nas će to vjerojatno doći za koju godinu i to će zakonomjerno pogodovati većoj vezi između prava osobnosti i medicine.

„Principium totalitaris“ (načelo cjelokupnog sagledavanja konkretnog čovjeka) treba (povrh toga) biti praćen načelom milosrđa („principium caritatis“) jer se bez toga ne mogu doseći željeni ciljevi. To su i inače dva međusobno dosta udaljena svijeta, svaki težak sam po sebi i za sebe a pogotovo su teški za međusobno povezivanje.

Objekt nove medicine mora biti čovjek a ne njegova bolest. Klasičan poklik „voluntas aegroti suprema lex est“ (volja bolesnika vrhovni je zakon) treba dobiti svoje suvremeno ostvarivanje u (ipak) asimetričnoj podjeli uloga između liječnika i pacijenta.⁵

Stanje zdravlja ljudi je par excellence pitanje svake društvene zajednice. Gotovo od svojih početaka čovječanstvo pokazuje interes za organizaciju zdravlja svih svojih pripadnika, izvorno prije svega ratnika i proizvođača. Taj interes, svakako u povijesno modificiranom obliku, postoji i danas. Određena je novost da tom planu briga za zdravlje da i sam čovjek-pojedinac preuzima veću brigu za svoje zdravlje, traže i dobiva veća prava u tom smislu i to je zapravo još bolji put na podizanju općeg zdravlja. Inzistiranje samo na inicijativi društvene zajednice (države) može ponekad izazvati i slabija rješenja jer npr. može doći do zanemarivanja dijelova populacije za koje je neposredni interes nešto slabiji (teži bolesnici, starije osobe i sl.).

Pravo osobnosti kao nov, moderan dio građanskog prava ima upravo tu zadaću-dati svakom čovjeku, svakom pojedincu (pacijentu) u ruke primjeren građanskopravni instrumentarij kojim će on sam (tužbom, zahtjevom) štititi svoja prava osobnosti, uključujući tu naravno i zdravlje kao važno pravo osobnosti.

Zdravlje građana je važna pravna vrijednost u Ustavu RH. Ustav svim građanima, „u skladu sa zakonom“, jamči pravo na zdravstvenu zaštitu (čl.59.).⁶ Uz

⁴ Navodimo ovo prema vatikanskom dnevniku, „Osservatore romano“ od 21.8.15. Tu se, naime, prenosi sadržaj članka objavljenog u medicinski prestižnom britanskom časopisu „The New England Journal of Medicine“ kojim se najavljuje nova epoha tzv. personalizirane medicine. To bi bila medicina po mjeri svakog čovjeka, svakog pojedinca, prilagođena samo njemu i isključivo njemu (medicina su misura“).

⁵ Odnos partnerstva i ugovorne suradnje između liječnika i pacijenta ipak ne smije značiti da su njihove uloge u procesu liječenja baš potpuno, mehanički (50:50) izjednačene. Uloga liječnika mora biti i ostati dominantna pa je određena asimetričnost u ulogama nužna i ona se nikada neće u potpunosti ukinuti. Pacijent, uostalom, ima i mora imati povjerenje u svog liječnika i to onda na neki način vraća u stanje pune simetričnosti.

⁶ Zanimljivo je ovdje napomenuti da npr. Ustav Republike Italije iz 1948. ima jaču ustavnopravnu proklamaciju prava na zdravlje (čl.324.), zdravlje i zaštitu zdravlja se tu navodi kao temeljno pravo svakog građanina („fondamentale diritto del individuo“). Njemački Ustav (1949.,2012.) među temeljnim

to Ustav jamči i pravo na zaštiti osobnog i obiteljskog života, dostojanstva, ugleda i časti (čl.35.).

Ustavne odredbe ni kod nas ni drugdje nisu samo neke lijepe proklamacije za koje je nevažno koliko će se i da li će se uopće ostvarivati. To je obvezujuće pravo(zwingendes Recht, kako bi rekli u Njemačkoj).

Naravno,ustavne odredbe često (zapravo, u pravilu) trebaju dodatni i konkretni instrumentarij (zakone) kao stvarni uvjet efikasne primjene. Pri tom se treba čuvati uvijek prijeteće opasnosti da lijepa ustavna načela ne doživljavaju svoju realizaciju u životu.

Tu također treba priznati jednu pomalo grubu istinu-zdravlje košta i to su vrlo važni okviri unutar kojih se mora kretati svaka pravna regulacija zdravstvene zaštite. Proglašavati prava za koja nisu osigurana financijska pokrića zakonom jeran je put u kompromitaciju tih prava. Ne planirati objektivnu i razumnu cijenu koštanja zdravstvene zaštite znači planirati neuspjeh u njenoj organizaciji. Bez medicinskog prava danas medicina ne može biti humana profesija.

Razina zaštite zdravlja ljudi rezultat je razine općeg, civilizacijskog i kulturološkog dostignuća svakog naroda ali ujedno i važan uvjet njegovog daljnjeg razvoja. Uvijek je to i „visit card“ kojim svaka društvena zajednica svijetu predstavlja vlastita dostignuća na mukotrpnom putu podizanja ukupne državotvorne sposobnosti uspješnog organiziranju života svojih građana.

Takvo „poslanje“ mora dobiti i medicinsko pravo. Mogući prigovor da su i liječnici i pacijent gotovo stoljećima živjeli bez „medicinskog prava“ ne treba nas previše uzbuđivati. Medicina ranog srednjeg vijeka nije ni približno današnja medicina, nije to čak ni medicina 19. ili prve polovine 20.stoljeća.Sada je to visokostručna, kompjuterizirana, informatički organizirana medicina koja je dosegla još do jučer nezamislive točke razvoja na kojima je (i u njenom interesu a ne samo u interesu građana-pacijenta) nužna i odgovarajuća pravna, prije svega građanskopravna regulacija. Bez medicinskog prava danas medicina ne može biti uspješna a pogotovo ne može biti humana profesija. Medicina isto tako ne može ni bez etike(„guter Artz muz guter Mensh sein“), pa prava moderna medicina mora biti istinski djelotvorna sinteza medicine, etike i prava.

pravima (Grundrechte,čl.1-19) ne navodi posebno pravo za zaštitu zdravlja ali govori (čl.2.) o pravu na slobodan razvoj osobnosti (das Recht auf die freie Entfaltung der Persoenlichkeit) i o pravu na život i tjelesni integritet (das Recht auf Leben und körperliche Unverschrheit“). U pravno-tehničkom smislu ovo korespondira ustavnom jamstvu prava na zaštitu zdravlja.

Na germanskom kulturno-pravnom prostoru (Njemačka, Austrija,dijelom Švicarska) postoji već opsežna literatura i praksa medicinskog prava, postoje i specijalizirani instituti tog prava, časopisi i revije. No (vrlo zanimljivo, sve je to započeto pred 20-tak godina i to znači da ni naš povijesni zaostatak nije baš prevelik odn. da ga možemo relativno brzo smanjiti.

II. PRAVO OSOBNOSTI I GRAĐANSKO MEDICINSKO PRAVO KAO DIO PRAVA OSOBNOSTI

Građansko pravo ima bogatu, višemilenijsku tradiciju i ono je u okvirima prava(ali i izvan prava) doprinijelo razvoju civilizacije i kulture.

No, s aspekta medicinskog prava o kome ovdje raspravljamo, ne može se ne vidjeti činjenica da je to isto građansko pravo tek u drugoj polovici 20. stoljeća dalo prostora i zaštititi osobnosti čovjeka a ne samo njegove imovine. Zbog toga u suvremenom građanskom pravu postoje dva dijela: imovinski (i dalje pretežiti) i neimovinski.

Sinonim za neimovinsko građansko pravo je pravo osobnosti(das Persoenlichkeitsrecht,right of personality, diritto di personalita').

U hrvatsko građansko pravo je pravo osobnosti (tada kao „pravo ličnosti“) prvi put ušlo 1978.god.(Hrvatska je u tom času bila u sastavu SFRJ) kada je donesen Zakon o obveznim odnosima koji je u svega par članaka spomenuo „prava ličnosti“ kao posve novi izraz (čl.157., čl.199.,st.1.čl.200.).

Osim ove kvantitativne skromnosti, lako je zapaziti i bitne kvalitativne nedostatke u datoj regulaciji: nigdje se ne navodi što su to „prava ličnosti“ i koja „prava ličnosti“ postoje odn. kakav im je sadržaj.

No, bio je to ipak značajan početak koji je, ako ne baš otvorio novo vrijeme, ono svakako inicirao početno razmišljanje o jednoj novoj kategoriji u građanskom pravu.

Hrvatska je, kao od 1991. slobodna i samostalna država,2005.god. donijela novi, sada svoj Zakon o obveznim odnosima (NN 35/05) i tu je problem prava ličnosti (sada pod nazivom „prava osobnosti“) dignut na dosta višu razinu.

U st.2.čl.19. navodi se, dosta određenije, što se smatra „pravima osobnosti“: pravo na život, tjelesno i duševno zdravlje, ugled,čast,dostojanstvo,ime,privatno st osobnog i obiteljskog života,slobodu i dr. Popis nije nikakav „numerus clausus“ jer ono „ i dr.“(t.j. i drugo) ostavlja mogućnost kreacije i drugih prava osobnosti.

Ostaje nedostatak što i dalje nemamo opise sadržaja ovih prava. U imovinskom građanskom pravu npr. takvih problema nema jer propisi iz ove oblasti koji npr. štite vlasništvo ujedno jasno određuju i što je to pravo vlasništva odn. kakav je njegov sadržaj.

Razlozi ovog (u odnosu na 1978.) ponovljenog nedostatka su prije svega u teškoćama koje postoje u pravnom oblikovanju pojedinih prava osobnosti pa i prava osobnosti u cjelini. To su, naime,pojmovi koji su jednim dijelom iznad i

izvan prava, posebno izvan privatnog prava i stoga ih je nužno kreirati u jedinstvu s javnim pravom ali i s pravilima kulture i etike.⁷

Novi ZOO (čl.1046.) izjednačuje pojmove „neimovinske štete“ i „povrede prava osobnosti“. Svaka povreda prava osobnosti je ujedno i neimovinska šteta, jer jedno sa sobom povlači drugo.⁸

Građanskopravna zaštita prava osobnosti ostaje u osnovi ista(čl.1048.kao čl.157. iz 78.,čl.1099.i 100. kao raniji čl.199/1 i 200.). Novost je svakako da se za neimovinsku štetu odgovara i zbog povrede ugovora (st.1.čl.346.). Svakako je novost i to da su proširene mogućnosti nasljeđivanja i prijenosa tražbine naknade neimovinske štete (st.1.čl.1105.).

ZOO je danas svakako središnji zakon građanskog prava u RH, ali za mnoga područja a napose za pravo osobnosti to nije ni viši ni jedini zakon.⁹

„Medicinsko pravo“, premda još posve u fazi pravno-medicinskog oblikovanja, jeste i mora biti specijalizirani dio prava osobnosti. Vrijednosti koje navodi st.1.čl.19.ZOO su sedes materia medicinskog prava.

Vežanost medicinskog prava za prava osobnosti (a time i za građansko pravo u cjelini) ima višestruki značaj. To,prije svega, znači pripadnost općem građanskom i privatnom pravu,uključujući tu i vrlo važan instrumentarij sudskog postupka, sudske zaštite a svakako i ovrhe(parnični postupak, izvanparnični postupak, ovršni postupak).¹⁰Vrijednosti kao što su život i zdravlje ne mogu, ne smiju biti prepuštene samo tzv. pozitivnim obvezama države¹¹ nego moraju biti subjektivno pravo pojedinca koje on štiti sudskom tužbom.

⁷ To je tzv.“zla sudbina“ odn.“nesreća“ prava osobnosti, kako se ponekad što simbolično što stvarno navodi u teoriji prava osobnosti.

⁸ Ovakvo izjednačavanje neimovinske štete i povrede prava osobnosti prijeti“pandemijom“sudskih tužbi, u medicini napose. Neke baš strašne pandemije nema, ali je broj sudskih zahtjeva u porastu (prof.J.Grbac u „Kani“ od 13.9.15.npr. navodi slučaj iz njemačke prakse gdje su roditelji tražili (i nagodbom djelomično dobili) pravo na novčanu odštetu jer je doktor porod izvršio carskim rezom a ne prirodnim putem čime da je majka oštećena za „užitak prirodnog rađanja“. Dijete je u tom slučaju očito rođeno živo i zdravo a zdrava je i majka.

⁹ Postoje posebni propisi o medijima,autorskim pravima, kaznenom postupku itd. Tu su,dakako, i propisi vezani za medicinu i zdravlje koje ćemo nastavno spomenuti.

¹⁰ Nažalost,naši postupovni građanski propisi (Zakon o parničnom postupku i Ovršni zakon, prije svega) rađeni su gotovo isključivo za imovinski dio građanskog prava. To sredstvo otežava primjenu prava osobnosti, ali ju ne isključuje. Privremene mjere npr. (koje uređuje Ovršni zakon za imovinsko pravo) valja u oblasti prava osobnosti primjenjivati izravno pozivom na čl.1048.ZOO(tužba za prestanak i uklanjanje posljedica povrede prava osobnosti).

¹¹ Tzv. pozitivne obveze države u osnovi znače da se državi ostavlja na volju da li će nešto provesti ili ne. Ona je to „dužna“ učiniti ali nema sankcije ako to ne učini. Na imovinskom području npr. postoji „pozitivna obveza“ države da razvija poljoprivredu ali Hrvatska ima svega 2% navodnjenog zemljišta (za usporedbu- Albanija ima oko 40% !).

Prava osobnosti će se dopunjavati, stvarati će se i nova¹² i to će biti proces koji je neizbježan i u svijetu i kod nas. Naši uspjesi u prihvaćanju tih procesa zavisiti će od našeg stupnja istinske pripremljenosti (opće, filozofske, pravno-medicinske i sl.) ali i od toga hoćemo li izbjeći već uočene zamke da neke važne aspekte prava osobnosti pretvaramo u puka administrativna pitanja.¹³ Na specifičnom području medicinskog prava valja spriječiti da se (i) zdravlje odn. bolest pretvore u puko propisivanje posjete liječniku i boravka u bolnici.

„Medicinsko pravo“ u svom privatističkom dijelu¹⁴ mora nužno biti povezano s javnopravnom regulacijom prava na zdravlje i liječenje ljudi.

Hrvatska mora bolje osmisliti svoj javnozdravstveni sustav. Zdravlje, osim što je vrijednost najviše socijalne razine, jako puno košta, ima svoju cijenu i to nije zanemariv element u ukupnoj organizaciji zdravstvenog sustava. Ni privatno pravo ne može stvarati sadržaje koji su financijski neodrživi.

Opća je impresija da imamo previše bolnica, u bolnicama previše medicinskog osoblja, da najbolji liječnici nisu adekvatno stimulirani na punu predanost svome zanimanju, da u složenom odnosu zdravstveno osiguranje-bolnica- pacijent mnoge stvari nisu dobro posložene itd. itd.

Lječilišta i bolnice (bez obzira da li državna ili privatna) ne mogu ne funkcionirati na načelima naplativosti. Građani (zasigurno njih 80-90%) kao socijalni osiguranici svojim doprinosima u zdravstveno osiguranje plaćaju cijenu održavanja zdravlja i liječenja. Neki (zbog solidarne organizacije zdravstveno-socijalnog osiguranja, već plaćene usluge čak nikad ne koriste.

Mi još imamo samo jedno, državno i dosta centralizirano zdravstveno osiguranje. Valjalo bi ozbiljno početi razmišljati o uvođenju konkurencije i u oblasti zdravstvenog osiguranja, jer se čini da neka iskustva (Njemačka npr.) ukazuju na to da pacijenti koji su osigurani kod privatnih zdravstvenih osiguranja prije dolaze na red za liječenje i dobivaju efikasniju medicinsku zaštitu. Očito takva osiguranja s manjim internim troškovima, boljim menagmentom i više

¹² Njemačka npr. (st.2.čl.2.) poznaje pravo na slobodan razvoj osobnosti. Uvođenje takvog ili sličnog prava u hrvatsko pravo osobnosti izazvalo bi mnoge „tektonske poremećaje“ u naš pravni sustav, prije svega u sustav obrazovanja.

¹³ To se, primjerice, događa s pravom na ime (koje je važno pravo osobnosti) i štiti nas od zlorabe našeg imena (posebni korisnici ove zaštite su poznate i slavne osobe). Pravo na ime često se svodi na puko administriranje. Na području medicinskog prava slično možemo zamijetiti u postupcima prekida trudnoće čime se bave stanovite „komisije“.

¹⁴ Već je naziv ovog našeg rada odredio i naziv predmeta o kome raspravljamo-građansko medicinsko pravo. Naziv dosta korespondira slovenskoj pravnoj terminologiji (civilno medicinsko pravo) a svakako ukazuje na to da postoje još i druga područja koja u širem smislu također mogu biti „medicinsko pravo“: zdravstveno pravo (kao javno pravo), foreznično pravo (kazneno pravo), farmaceutsko pravo kao pravo proizvodnje i uporabe lijekova itd.

prilagođena tržištu mogu bolnicama ponuditi bolju (veću) cijenu za zdravstvene usluge nego što nudi javno zdravstveno osiguranje.

Dakako, i građane kao pacijente treba uključiti u taj proces. Pacijent nije samo korisnik, "potrošač" medicinske usluge nego je njen platitelj odn. aktivni ugovorni učesnik. Njemu također treba ostaviti mogućnost posebnog ugovaranja, za uslugu odn. cijenu koju može on sam platiti.

Ova veza privatnog prava (građanskog prava, prava osobnosti, medicinskog prava) s javnim pravom nije jedina „nesreća“ koja prati pravo osobnosti i otežava njegovu konstrukciju. Drugo je to što je pravo osobnosti također jako upućeno na pitanje filozofije, psihologije, teologije, etike i morala a to su vrijednosti i pojmovi od kojih pravo tradicionalno dosta zazire.

Ne možemo, međutim, razgovarati o pravnoj (a i o medicinskoj) zaštiti života i zdravlja a da u to ne uključimo raspravu o tome što je čovjek, što je život, što je zdravlje, što bolest itd. To su par excellence filozofsko-etički pojmovi.¹⁵

Bojimo se ipak da je na razini i pravnog i medicinskog studija deontološki aspekt studija nedostatan zastupljen. Suvremeno vrijeme baš ne pogoduje nekakvom „umovanju“, vrhunska tehnika i tehnologija nameće nam svoju besprijekornu svemoć a opća kultura i naobrazba mladih liječnika i pravnika sve je manja.

Nužna je gradnja profesijske etike, pravne i medicinske.¹⁶ Visoki razvoj tehnike i tehnologije neće dati rezultat ako ne bude u rukama ljudi predanih plemenitim ciljevima zaštite zdravlja ljudi.

Pritom želimo naglasiti da ovdje nije riječ isključivo o dilemi teističkog ili ateističkog (odn. agnostičkog) gledanja na život i čovjeka. Riječ je, kako je to odlično rekao talijanski liječnik prof. Bonadonna o humanističkom gledanju na ove vrijednosti. Humanost je moguća i u teističkoj i u ateističkoj verziji filozofske ontologije.

Pravo osobnosti (time, dakle, i medicinsko pravo kao njegov sastavni dio) stavlja u središte pažnje osobnost čovjeka. „Osoba“ i „osobnost“ nisu identični pojmovi, prvi se odnosi na čovjeka in abstracto drugi na čovjeka in concreto. Zato pravo osobnosti želi izraziti i zaštititi različitost svakog čovjeka jer upravo konkretna različitost čini njegovu „osobnost“. Svi su ljudi jednaki u općim

¹⁵ U hrvatskoj medicinsko-pravnoj literaturi postoji u tom smislu izvrsno djelo prof. N. Zubaka i njegovih suradnika (Medicinska etika, Zagreb, 2007.). O značaju etike u suvremenoj medicini govori npr. i izjava nedavno umrlog talijanskog profesora medicine, velikog liječnika (onkologa) i humaniste Bonadonne koji je nedavno preminuo. On je, naime, izravno predložio da se na studij medicine uvede novi kolegij-studij humanizma (Corriere della sera, rujan 2015.).

¹⁶ Upravo N. Zubak naglašava značaj profesijske, medicinske ili liječničke etike (op., cit. str. 3.). Naglašava i to da od etike treba ipak odvajati deontologiju koja se tiče samo dužnosti liječnika. No, to je isto etika.

pravima, jednaki su i u općem dostojanstvu ali nisu jednaki, dapače vrlo su različiti po „količini“ prava osobnosti (časti,ugledu,kulturi,znanju,inteligenciji,karakteru,talentu itd.itd.

Kontrola ljudskog interioriteta je, dakako, vrlo teško ali nije nemoguća. Uostalom, već stvorena praksa u svijetu a dijelom i kod nas pokazuje da je to moguće.

Pravo na život je primarno ljudsko pravo i pravo osobnosti. Ono uključuje pitanje nastanka i prestanka života,ali i njegovo dostojanstveno trajanje.

Pravo na integritet (tjelesni i duševni) ne isključuje pravo na zdravlje kao zaseban pojam, bez obzira što je povreda integriteta u pravilu i povreda zdravlja.¹⁷

Privatnost odn. pravo na privatnost izraz je poštovanja specifične osobnosti svakog čovjeka koji želi i ima pravo određene podatke o sebi čuvati samo za sebe.¹⁸

Slično je i s pravom na dostojanstvo. Tu je u pitanju poštovanje svačije osobnosti, ne samo one opće nego i one posebne koju svaki čovjek traži na svoj način. Poštivati nečiju posebnu osobnost pretpostavlja upoznavanje te osobnosti.

Medicinsko pravo mora se graditi i izgraditi tako da služi kao pomoć i pacijentu i njegovu doktoru. Pravo će tu uvijek biti samo minimum etike¹⁹ a dobar će doktor uvijek postupiti i iznad tog minimuma.

III. UGOVOR O LIJEČENJU

„Ugovor o liječenju“ nije u ovim našim prostorima baš posve nepoznat pojam²⁰, ali je to u svakom slučaju još uvijek neimenovan ugovor (u smislu da se propisima tako ne uređuje niti o tome postoji čvrsta i ustaljena praksa).

¹⁷ Zdravlje,naime, po poznatom Statutu Svjetske zdravstvene organizacije nije samo odsustvo bolesti nego „punina života“ pa se, po tome, nečije pravo na zdravlje može povrijediti i bez da se povrijedi njegov integritet kao pravo na nedodirljivost ljudskog tijela.

¹⁸ Pravo osobnosti poštivanja privatnog života traje i nakon smrti osobe (postmortalna zaštita osobnosti). U teoriji i praksi su sporna objašnjenja ovog prava, ali samo pravo nije sporno.

¹⁹ To je stav J.Radišića (op.cit.,str.77), čime se načelno možemo složiti. Treba ipak težiti podizanju tog minimuma, a i liječnička bi profesija trebala raditi na podizanju deontološke osposobljenosti liječnika. Etika je u svakom slučaju važan izvor medicinskog prava.

²⁰ Izravno npr.naziv „ugovor o liječenju“ („ugovor o lekarskoj usluzi“) rabi J.Radišić (op.cit.,str.79). Kritički gledano Radišić ipak ne ide u pravcu ugovora o djelu ali ipak ide u pravcu kreiranja ugovora građanskog,obveznog prava

Dileme i lutanja oko toga postoje čak i vani,²¹ pa to nedvojbeno upućuje na složenost i težinu problema koji se u tom smislu javljaju.

Vjerojatno povijesnu promjenu na tom planu donosi njemački Građanski zakonik (BGB) koji je svojom posljednjom novelom (čl.630.a-630h) ugovor o liječenju regulirao kao ugovor o djelu-*Behandlungsvertrag*²².

Tumačeći ove nove odredbe BGB-a usuđujemo se reći da je time ugovor o liječenju postao imenovani ugovor građanskog prava, поближе-ugovor (pravni posao) prava osobnosti odn. medicinskog prava.

Ne vidimo razloga zašto takvu pravnu konstrukciju ugovora o liječenju ne bi prihvatili i u hrvatskom pravu. Ugovor o liječenju trebao bi biti trostrani ugovor: između pacijenta, liječnika (bolnice) i zdravstvenog osiguranja.

Ugovor može biti neformalan (*formfrei*), jer je i inače neobveznost oblika jedno od načela našeg obveznog prava (st.1.čl.286.ZOO). To je uostalom standard i u općem obveznom pravu.

Isto tako ugovor o liječenju može biti ugovor sredstva ili cilja²³, naplatan je ugovor²⁴, *intuitu personae*²⁵, komutativan²⁶ i dvostrano obvezan²⁷.

Stavljanje ugovora o liječenju u (obveznu) ugovornu materiju podiže odgovornost liječnika (bolnice) koji liječi pacijenta jer liječnik tako ne odgovara

²¹ J.Radišić, op.cit.str.90. navodi brojna i različita rješenja u uporednom pravu i od ugovora o tzv. slobodnoj službi (Austrija, Njemačka-svakako prije zadnje novele BGB-a) pa do „ugovora o nalogu“ (Švicarska).

²² Novela BGB-a izričito rabi naziv „*Behandlungsvertrag*“. Imenica „*Behandlung*“ na njemačkom jeziku znači postupak, obrađivanje o glagol „*behandeln*“ znači obraditi, liječiti koga („*artzliche Behandlung*“)- tako Uroić-Hurm, *Deutsch-kroatisches Woerterbuch* (njemačko-hrvatski rječnik), Školska knjiga, Zagreb, 2004. str.88 i 89.

²³ Podjela na „ugovore sredstva“ i „ugovore cilja (rezultata)“ je djelo francuske teorije obveznog prava. Tu vrlo zanimljivu podjelu prihvaća i talijansko pravo (vidjeti npr.C. Castronovo- *La nuova responsabilita civile*, Milano, 2006., str.786). U bivše jugoslavensko pravo je (uvijek preko francuskog prava) ovaj pojam unio S.Perović (*Obligaciono pravo*; Beograd 1976, 1980., str.41). Hrvatska znanost građanskog prava (oslonjena na austrijsku) ovo pitanje posebno ne aktualizira.

²⁴ Naravno da je ugovor o liječenju (napose kao ugovor o djelu) naplatan, bez obzira da li pacijent izravno plaća ili za njega plaća zdravstveno osiguranje. Ne bi smjelo biti zapreka da se nešto i posebno ugovori a onda i posebno plati.

²⁵ Ugovor je *intuitu personae* onda kada se sklapa s obzirom na neka posebna svojstva bilo koje od ugovornih strana. Slobodan izbor liječnika posebno omogućuje izbor konkretnog liječnika baš zbog nekih njegovih osobnih svojstva (znanja, iskustva, osobnosti). Takav liječnik mora osobno liječiti pacijenta, što je ipak u bolničkom liječenju dosta otežano jer je vrlo teško a ponekad i nemoguće da samo jedan liječnik opslužuje pacijenta. J.Radišić (op.cit.str.82) smatra da ugovor ostaje *intuitu personae* ako izabrani liječnik obavi „glavne medicinske radnje“

²⁶ Suprotnost komutativnom ugovoru je aleatoran ugovor gdje se u času sklapanja ne zna točno koje su obveze ugovornih strana. Pravi primjer toga su ugovori na sreću, kocku, okladu i sl. a ugovor o liječenju zacijelo u svom ishodu ipak ne smije biti prepušten samo „sreći“.

²⁷ U ugovoru o liječenju ne postoje samo obveze liječnika (bolnice) nego i obveze pacijenta: platiti učinjeno djelo i surađivati s doktorom. Ovo posljednje jako otvara pitanje mogućeg raskida ugovora na zahtjev liječnika odn. bolnice.

samo za „eksczesne posljedice“ u liječenju (smrt ili ozljeđivanje pacijenta)nego je njegova odgovornost mnogo šira od toga. Treba ostvariti djelo, dogovor,cilj (poboljšanje zdravlja, potpuno ozdravljenog,minimalno-izbjeci pogoršanje zdravlja).

Na postojećem stupnju razvoja i prava i medicine (etike također) lakše je braniti tezu da je ugovor o liječenju (ipak i samo) ugovor sredstva ne ugovor rezultata (cilja).

No, u nekim aspektima već je sada jasno da to mora biti upravo ugovor rezultata,npr. u estetskoj kirurgiji,stomatologiji (zubne proteze) ili ortopediji (umjetni kuk npr.). Opći razvoj će zacijelo ići u pravcu konstrukcije ugovora o liječenju kao ugovora cilja (rezultata).

Takav razvoj će podizati obvezu liječnika,vjerojatno i cijenu liječenja ali će biti jamstvo napretka u medicini. Ako,naime, ugovor o liječenju zadržimo (samo) na razini ugovora sredstva poticati ćemo tzv. defanzivnu medicinu²⁸ kojoj je jedini cilj ne pogriješiti (izbjeci odgovornost za štetu) a nije joj cilj postići medicinski maksimum u okviru datih mogućnosti.

Konstrukcija ugovora o liječenju kao ugovora rezultata također upućuje liječnika na intenzivno praćenje i primjenu novih dostignuća u medicini, također i na vlastiti istraživački rad koji uključuje i pravo na moguću pogrešku koja prati svaku ljudsku djelatnost a koja počinjena u dobroj vjeri mora biti izvan pravne sankcije.

Odgovornost iz ugovora nije samo odgovornost za štetu(st.2.čl.342.ZOO) nego,čak primarno,obveza ispunjenja ugovorene radnje (st.1.čl.342.ZOO).

U nas je ovog časa vjerojatno nezamisliva tužba kojom bi pacijent od liječnika (njegove bolnice) tražio popravljjanje rezultata liječenja. Naravno, ne uz novu cijenu (novo plaćanje) s obzirom da prethodno dogovoren ugovor o liječenju kao ugovor o djelu nije ispunjen (djelo nije ostvareno).

I naknada štete treba ići po odgovornosti za neispunjenje ugovora(st.1.čl.343. ZOO) i tu se odgovornost ne temelji više na krivnji niti na causa-i jer smo sada u ugovornoj a ne izvanugovornoj zoni građanskopravne odgovornosti. To jasno (i posebno) povećava odgovornost za nečinjenje (propuštanje)jer mada nečinjenje,omisivnost ima svoje značenje i u izvangovornom odštetnom pravu, u ugovornom pravu dolazi mnogo više do izražaja.

Priča o neispunjavanju ili neurednom ispunjavanju ugovora o liječenju kao ugovora o djelu nužno nameće i raspravu o tzv. liječničkim pogreškama.

²⁸ Pojam „defanzivna medicina“ našli smo u vrlo respektabilnoj talijanskoj literaturi (Trattato di medicina legale e scienze affini, urednik G.Giusti, Padova,1999.,str.991).

Usporedba sadržaja medicinske dijagnostike, prognoza liječenja i realne(stvarne) istine utvrđene patološkim pregledima daju vrlo ozbiljne, čak zabrinjavajuće rezultate.²⁹

Te su razlike svakako rezultat činjenice što je određena razina diskrepancije (kao i u svakoj djelatnosti) uvijek neizbježna, ali ona ipak ne bi smjela biti prevelika. Udjeli neznanja (imperizia), nemara (negligenza), nejasne raspodjele odgovornosti³⁰ ali i nesuradnje samog pacijenta su vrlo različiti i teško pojedinačno rasporedivi.³¹

Ugovor o liječenju mora posebno polaziti od ovih načela:

- slobodnog izbora liječnika i bolnice³²
- ozbiljno i slobodno izražene volje za liječenje³³
- informiranog pristanka na svaki, pogotovo složeniji medicinski zahvat³⁴
- pune informiranosti o stanju zdravlja (bolesti), izvjesnosti i neizvjesnosti liječenja³⁵ i prava na uvid u sve podatke o liječenju, uključujući tu i rezultate patološke analize gdje je ona provedena.³⁶

²⁹ G.Giusti i suradnici, op.cit.str.964, navode doslovno zastrašujuće razlike između dijagnoze bolesti; prognoze liječenja i pravih uzroka smrti utvrđenih patološkim pregledom nakon smrti pacijenata. Najgore je npr. u tome plućna embolija (embolia pulmonare) gdje je odstupanje bilo čak 46,8%.

³⁰ Naime, napose u kirurgiji na neki način kirurg prihvaća odgovornost za sve, od primarnog liječnika i anesteziologa do njegovih suradnika i transfuziologa. Uzročna veza (causalni nexus) dobiva time vrtoglavo komplicirane dimenzije.

³¹ S pravom se stoga zahtjeva revizija odn. za medicinsko pravo specifična dopuna učenja o uzročnosti kao pretpostavci građanske odgovornosti (Trattato di medicina legale.op.cit.,str.986-987).

³² Ovo pravo na razini proklamacije nije sporno (t.3.st.1.Zakona o zdravstvenoj zaštiti RH, NN 150/08...154/14), ali čini se - ne funkcionira u bolničkom liječenju gdje svi liječnici odjela opslužuju pacijenta. Možda je rješenje problema u konstrukciji prava na izbor „kompetentnog liječnika“ („medico competente“) koji se predlaže u Italiji (Trattato..., op.cit.,str.52) a koji bi liječnik imao i izvjesne javne ovlasti.

³³ Svaka volja u građanskom pravu mora biti izražena „slobodno i ozbiljno“ (st.3.čl.249.ZOO). Dakako, pacijent se obraća doktoru ne radi „sklapanja ugovora“ nego radi liječenja svoje bolesti. Opću volju je pacijent zapravo izrazio već time što se obratio doktoru koji sklapanje ugovora o liječenju ne može odbiti (arg.st.1.čl. 248.ZOO).

³⁴ Informirani pristanak“ (freie, informierte Einwilligung, informed consent, consenso informato) je svakako jedno od većih prava pacijenata i odnosi se napose na veće i značajnije zahvate u tijeku liječenja. Taj pristanak nije dat već samim pristankom na liječenje (dolaskom u bolnicu npr.) nego se treba posebno oblikovati pred svaki zahvat (operaciju posebno). Hrvatski zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04,37/08) govori o „pravu na obaviještenost“ (čl.8.) što je - čini nam se - ispod svjetskog standarda „informiranog pristanka“. Valja također znati da „informirani pristanak“ uključuje i mogućnost „informiranog odbijanja“ uključujući tu i mogućnost napuštanja zdravstvene ustanove (čl.27.Zakona).

³⁵ Pravo na obaviještenost“ mora biti shvaćeno kao prva razina „prava na informirani pristanak“. Od liječnika se ne može tražiti nekakvo opširno stručno referiranje ali valja znati da se i najstroženije istine mogu izreći na vrlo jednostavan način. Granice tog „obavješćavanja“ su ponekad vrlo suptilne jer u određenim situacijama pacijent neke stvari ne želi znati te je i to neko njegovo pravo („Das Recht auf Nichtwissen“, kako kažu u Njemačkoj).

³⁶ Patološke analize (tamo gdje se provede odn. gdje se moraju provoditi) nesumnjivo služe kao dragocjen pokazatelj moguće počinjenih grešaka u liječenju ali i kao putokaz njihova popravljjanja. „Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji“ (čl.23.Zakona o zaštiti prava pacijenata RH) mora biti tumačeno i u pravcu prava na pregled patološke analize.

Ugovor o liječenju u njegovu tijeku „prate“ i druga prava pacijenta koje imaju zasebnu sankciju. Pravo na poštivanje privatnosti, časti i ugleda mogu i trebaju biti posebne vrijednosti koje se štite ne u okviru ugovora o djelu nego u okviru prava osobnosti.³⁷

Načelo savjesnosti i poštenja (čl.4.ZOO) je prvo načelo obveznog prava. To je od rimskih dana na ovamo i najvažnije načelo općeg obveznog prava. Ono je ujedno jako sukladno svakom aspektu dobre medicinske etike ali je jače od etike jer je to obvezujuće pravo.

Ugovorna koncepcija liječenja zahtjeva na početnoj razini i neke elementarne odgovore kao npr. kakav je doista pravni položaj liječnika u tom ugovoru, jesu li npr. mogući odgovarajući „opći uvjeti“ ugovora, koliko uopće treba biti razina forme u svemu tome itd.

IV. MEDICINSKO - PRAVNI PROBLEMI EUTANAZIJE I PRAVO NA ŽIVOT

Kako je već i općepoznato riječ „eutanazija“ doslovno znači „dobra, lagana smrt“. No, iza takve milozvučne odrednice stoje brojni pravni i medicinski problemi.

Hrvatska spada u krug zemalja koje u tim pitanjima imaju posve nejasno, konfuzno i proturječno zakonodavstvo. Naše zakonodavstvo, naime, dozvoljava i pozitivan i negativan odgovor na pitanje je li kod nas dozvoljena eutanazija ili nije. Ako, naime, želimo tvrditi da je eutanazija zabranjena pozvat ćemo se na odredbu Kaznenog zakona koja to zabranjuje³⁸, tvrdimo li pak da je to dozvoljeno pozvat ćemo se na pravo za život (st.1.čl.19.ZOO) jer se može braniti teza da je druga strana prava na život pravo na smrt.

Naši su liječnici vjerojatno još više zbunjeni jer im Kodeks liječničke etike i deontologije (t.2.Temeljnih načela)eutanaziju također zabranjuje („liječnik je dužan poštovati ljudski život od početka do smrti“).

Praksa se ne može provjeriti jer je opća šutnja sasvim zakonomjerni izraz ovakve situacije.

³⁷ U tom pravcu apeliramo na izravnu primjenu čl.1048.ZOO gdje bi ovlašteni sudac donosio hitne mjere zaštite prava osobnosti. Takve prakse, međutim, u hrvatskom pravu još nema.

³⁸ Po st.3. čl.112 Kaznenog zakona RH kazneno djelo usmrćenja čini i onaj „tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja“. Zapriječena je kazna zatvora do tri godine.

Vanjska kretanja (europska napose) idu u pravcu sve šire dozvole eutanazije. To upravo čini i Njemačka (Sterbehilfe) i može se očekivati da će kroz mehanizme europskog konvencijskog prava to i nama biti nametnuto³⁹.

Ovakva (možda ne baš ružičasta) perspektiva ipak nas ne oslobađa obveze dubljeg promišljanja pojma, značenja i svrhe mogućeg dopuštanja eutanazije.

Poznato je da su sve velike svjetske religije (kršćanstvo, judaizam, islam) protiv toga. Njihov je stav da život dolazi od Boga i da samo Bog može odrediti njegov kraj. Rimokatolička crkva se u tome posebno jasno odredila⁴⁰.

S druge strane inzistira se o pravu na život i dostojanstvu života. Pomoći bolesniku da umre prikazuje kao vrijednost (Hilfe im Sterben). Teza se brani i time što sami pacijenti (bolesnici) to žele.

Uvijek velika mogućnost zloupotreba prijeti da se „pomoć radi smrti“ zapravo pretvori u najobičnije usmrćivanje ljudi. Izraz „ubojstvo iz samilosti“ (mercy killing) ne može prikriti užasnu činjenicu da je *genus proximus* cijelog izričaja „ubojstvo“.

Eutanazija, ako se i dozvoli (a mi s tim, kako rekosmo, trebamo računati) treba biti građena na određenim vrlo čvrstim pravno-medicinskim temeljima, ovime posebno:

- da je u pitanju tzv. terminalna bolest⁴¹
- da je osoba koja se treba eutanazirati dala svjesni pristanak i
- da je ona prije tog pristanka dobila kvalitetnu informaciju o stanju svog zdravlja i mogućnosti izlječenja, odnosno o prijetećim mukama i bolovima koji nisu razmjerni određenoj prosječnoj „obvezi“ trpljenja bolova⁴².

³⁹ Ovo je vrlo složena tema i teško ju je ukratko prezentirati. U osnovi možemo ipak reći da ono što se proglasi „ljudskim pravom“ (a to može postati i pravo na eutanaziju) postoje „supranacionalno“ pravo iznad nacionalnog ustava i zakona. Kritičari ovakvog smjera razvoja prava ukazuju na zaobilazanje nacionalnih suvereniteta preko volje nacionalne države.

⁴⁰ U poznatoj Deklaraciji o eutanaziji iz 1980. god. Rimokatolička crkva naglašava nužnost poštivanja ljudskog života od njegova početka do prirodne smrti, kao i nužnost prihvaćanja teških bolova kao uvijek mogućeg zala Božjih spasilačkih planova odn. obveze ukućana da ovakve bolesnike prate posebnom toplinom i ljubavlju.

⁴¹ Terminalna bolest“ je primarno medicinski, ali je i pravni pojam. U biti znači bolest koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati i koja će rezultirati smrću pacijenta u kratkom vremenskom periodu (Wikipedija).

⁴² Tu je bilo takav pravni standard teško propisati pa stvar valja propustiti etici i liječničkoj deontologiji.

Ako je eutanazija prekid života(barem u pravilu) starijih osoba⁴³, isti traumatičan rezultat donosi i prekid života onoga koji još nije ni rođen (zametka). Mislimo,naravno, na problem prekida trudnoće kao posebno teško medicinsko-pravno pitanje⁴⁴.

U Republici Hrvatskoj je u primjeni zakon donijet još 1978. god. (Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, NN 18/78) i tu ni zakonodavac (Sabor) ni Ustavni sud ne nalaze snage reći da je ovaj propis zapravo već i obsoletan (zbog toga već i prestao važiti)odn. da o tome valja donijeti novi zakon koji će biti na liniji novih,demokratskih i humanih rješenja u ovim pitanjima.

Nemoguće je,naime, odrediti ni potpunu zabranu prekida trudnoće ali ni potpuna liberalizacija toga ne bi bila prihvatljiva. Jedno dobro, razumno i srednje rješenje je jedino prihvatljiv i preporučljiv izlaz iz toga.

U pravnom smislu proces prekida trudnoće nužno je organizirati kao ugovor između pacijentice(majke), oca djeteta, liječnika (bolnice) i (ovo je iznimno važno!) skrbnika još nerođenog djeteta⁴⁵.

I liječnik i pravnik moraju primarno voljeti život, ne smrt. Treba razvijati jednu biofilnu kulturu u društvu,kulturu života. Tome suprotna kultura smrti je uvijek poraz i medicine i pravde pa, ako već moramo na tome praviti neke kompromise, učinimo to s mjerom i što je manje moguće⁴⁶.

V. MEDICINSKO-PRAVNI PROBLEMI PRESADBE ORGANA I TKIVA (TRANSPLANTACIJE)

Presaðivanje (presadba,transplantacija) dijelova ljudskog tijela, organa i tkiva predstavlja danas jedno od najvećih suvremenih oblika napretka medicine ali i

⁴³ Naravno da terminalna bolest može zahvatiti i mlade osobe, ali je jako sporno kada se to dogodi maloljetnim osobama. Neke zemlje (npr. Belgija) predviđaju eutanaziju i za takve slućajeve, ali se onda otvara teško pitanje posebno rigorozne i nužno sudske organizirane pribave pristanka skrbnika maloljetnika.

⁴⁴ Za Crkvu je prekid trudnoće težak crimen. U dokumentima Drugog vatikanskog koncila navodi se da su „pobaćaj i ćedomorstvo užasni zloćini“ („abortus necnon infanticidum nefanda crimina sunt“) - Kršćanska sadašnjost, Zagreb 1970., str. 692-693.

⁴⁵ Zaista je nonsens da propisi (st.2.ćl.124. i 204 Zakona o nasljeđivanju) još nerođenom djetetu jamće skrbnika koji će štitići njegovo pravo da naslijedi neku stvar ili pravo a nema pravo na zaštitu onog temeljnog prava na rođenje!?

⁴⁶ Ni u ćemu ne valja pretjerivati. Na ovom ćasu zakonodavne regulacije pravo na prekid trudnoće pod određenim pretpostavkama postoji pa to ni pravom na priziv savjesti (ćl.20. Zakona o lijećništvu, NN 121/03,117/08) ne moćemo dovoditi u pitanje. Ni sam priziv savjesti ne smije se pretvoriti u„etićki relativizam sadržaja zakona“ (N.Zuvak, Medicinska etika,op.cit.,str.27).

napretka na području prava osobnosti kamo transplantacijsko pravo po svojoj pravnoj naravi nedvojbeno pripada.

Za razliku od eutanazije i prekida trudnoće, ovdje postoji gotovo opća podrška transplantacijskoj medicini⁴⁷. Javnosti je već poznato da je Hrvatska na samom europskom i svjetskom vrhu po broju i uspješnosti transplantacijskih zahvata i to je činjenica koja sve nas ispunjava ponosom.

No, transplantacija organa nije bez određenih pravnih problema koje kod nas rješava Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (NN 144/12)⁴⁸.

Na teoretskoj, općoj razini nužno je transplantacijskoj medicini uputiti ova pravila:

- svrha transplantacije mora biti liječenje pacijenta(ne npr. poboljšanje postojećeg stanja zdravlja ili estetskog izgleda)
- transplantacija mora biti inkorporirana u javnozdravstveni sustav liječenja i u širem smislu sastavni dio ugovora o liječenju
- transplantacija ex vivo (tj.sa žive osobe) mora se temeljiti na rigorozno organiziranom pristanku davatelja organa
- transplantacija ex cadavere mora napose pretpostavljati nedvojbeno sigurno utvrđivanje smrti osobe od koje se organ uzima i
- u oba slučaja (transplantatio ex vivo et ex cadavere) presadba mora biti besplatan pravni posao⁴⁹.

Pravni propisi ne mogu pokriti sve probleme koje razvija i otvara transplantacijska medicina, pa je na tom planu posebna uloga medicinske etike.⁵⁰

⁴⁷ Sada emiritiran Papa Benedikt XVI. je u više svojih javnih nastupa istakao da je darivanje organa akt ljubavi(„ un-atto d'amore“); upozorio je - međutim - da je u transplantaciji nužna veća jasnoća o nastupjeloj smrti davatelja („Serve piu certezza su morte avvenuta“) - La Repubblica iz 10.prosinca 2008.). U hrvatskoj moralnoj teologiji slično navodi i V. Pozaić: Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije (Medicinska etika,op.cit., str.52)

⁴⁸ Prvi transplantacijski zakon donijet je kod nas još 1980.god.- Zakon o presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, NN 31/80. Zatim smo imali zakon ista naziva 1974. (NN 177/04), pa izmjene tog zakona 2009.(NN 45/09) i, konačno, novi zakon (s ponešto izmijenjenim nazivom) Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (NN 144/12).

U domaće transplantacijsko pravo svakako spada i Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi mogu uzimati radi presađivanja (NN 3/06). Tu je također i važan Pravilnik o kriterijima za dodjelu dijelova ljudskog tijela i vođenje nacionalne liste čekanja (NN 152/05 i 84/07). Nedopuštena transplantacija je kazneno djelo (čl.182.KZ). Po zakonu o zdravstvenoj zaštiti presađivanja organa kao oblik liječenja financiraju fondovi socijalnog zdravstvenog osiguranja, a predviđa i određene olakšice transplantiranih osoba. Kodeks medicinske etike i deontologije na više mjesta govori o transplantaciji (čl.5.posebno).

⁴⁹ Kolokvijalno se govori o „darivanju“ odn.“davanju“ organa. Pravno to nije točno jer su to pojmovi građanskog imovinskog prava i odnose se na pravni promet stvari koje su u pravnom prometu (in commercio). Tjelesni organi su, međutim, extra commercium i tu bi pravo osobnosti moralo izgraditi nove pojmove.

⁵⁰ Vidjeti o tome: Derežić-Mareković, Etički problemi vezani uz transplantaciju organa, Medicinska etika, op.cit.,str.138-147).

Naša je temeljna primjedba važećem Zakonu to što dosta relativizira problem pristanka. Moramo tu čvrsto slijediti jake standarde Zakona o obveznim odnosima (volja mora biti izražena „slobodno i ozbiljno“ -st.3.čl.249.) a bilo bi prikladno i usvojiti rješenje talijanskog prava da odobrenje za transplantaciju sa živog donora daje sudac⁵¹.

Naš Zakon poznaje i pojam presumiranog pristanka (arg.iz čl.17.). To znači da se organi tijela mogu uzeti sa svake umrle osobe koja se sa života u pisanom obliku nije usprotivila doniranju.

To je dobro rješenje koje potiče transplantaciju, mada doista jače zaoštava pitanje sigurnog utvrđivanja smrti donora. Zanimljivo je da neke zemlje traže izričiti pristanak⁵² a izričit pristanak traži i hrvatski Kodeks medicinske etike i deontologije⁵³.

Čini se da bi i nadalje valjalo preferirati kadaveričnu transplantaciju jer transplantacija ex vivo uvijek predstavlja određeni rizik za davatelja organa.

Bojimo se, međutim, da će upravo već naznačeni novi napretci u transplantacijskoj medicini (mogućnost transplantacije i za slučajeve inkompatibiliteta organa gdje se problem uspješno kompenzira davanjem novih lijekova) otvoriti nove pritiske na transplantaciju ex vivo. Pojavne posljedice tog procesa biti će (a i već ih ima) javni oglasi tipa „prodajem bubreg“ i sl.

To će također pojačati pritisak na dosad uglavnom rezistentno načelo da transplantacija mora biti besplatan pravni posao. Dosad je pitanje (in)kompatibiliteta organa dosta ublažavalo taj problem.

U kadaveričnoj transplantaciji ostaje otvoren problem utvrđivanja smrti osobe od koje se organ uzima. Prigovori, na načelnoj razini, idu čak dotle da se dovodi u pitanje i sama dopustivost kadaverične transplantacije⁵⁴.

Isto tako otvoren je i problem „liste čekanja“ (Warteliste). Okolnost da se općenito sve manje čeka ublažuje problem. Puna transparentnost je tu potrebna

⁵¹ Italija ima posebne zakone za transplantaciju bubrega i jetre gdje se u oba slučaja traži sudska dozvola za transplantaciju ex vivo: Standard je da takva transplantacija ne smije dovesti do umanjeња zdravlja osobe koja daje svoj organ.

⁵² Njemački transplantacijski zakon iz 2012. (Organspendengesetz) ne poznaje presumirani nego samo izričiti pristanak. Slično je i u Austriji, Italiji i Švicarskoj.

⁵³ St.1.čl.15. domaćeg Kodeksa medicinske etike i deontologije zapravo polazi, suprotno Zakonu (!?) od izričitog pristanka („...samo ako se obitelj tome ne protivi...“). Tu bi suprotnost valjalo ukloniti.

⁵⁴ Vidjeti: P.Pagnalucci- Se la morte cerebrale non e vera morte, sono legittimi i trapianti? Rivista internazionale di filosofia di diritto, Milano br. 1-2/2006. Smrt, cerebralne smrt kao ključni pojam utvrđivanja smrti, kako izgleda, ne nastupa trenutno već postupno a eksplantacija organa „ne može dugo čekati“. Smrt valja utvrditi kad je proces umiranja osobe nepovratan, ireverzibilan.

jer pravno neosnovano predugo čekanje koje je npr. dovelo do smrti pacijenta otvara vrlo neugodna pravna pitanja⁵⁵.

Pravna regulacija uglavnom slijedi napredak transplantacijske medicine i to je u osnovi dobro. No, neke ćemo stvari mi pravnici morati i anticipirati jer transplantacijska medicina ide „prebrzo“ naprijed i čeka nas npr. žurni ugovor na pitanje koje su moguće pravne posljedice kompletne promjene glave čovjeka ili nešto slično.

VI. ZAKLJUČAK

Odabranim nazivom ovog rada založili smo se za konstrukciju „građanskog medicinskog prava“ kao novog i posebnog prava.

Moguće povezivanje pa (u perspektivi) i sjedinjavanje s kaznenim (forezničnim) medicinskim pravom, javnozdravstvenim, farmakološkim i ostalim mogućim dijelovima ukupnog medicinskog prava (medicinsko pravo u širem smislu) bit će proces koji može već sada krenuti ali će zasigurno dugo trajati pa će zadržavanje na pojedinim dijelovima (ovdje- na građanskom medicinskom pravu) biti neizbježno i nužno.

Građansko medicinsko pravo treba proizlaziti i graditi u okvirima općeg građanskog prava i ,posebno, u okvirima prava osobnosti kao novog, modernog dijela tog prava.

Pravo osobnosti daje medicinskom pravu konkretan pravni instrumentarij primjene i zaštite. Građanin svoje pravo iz ove zone štiti zahtjevom (tužbom) koji je u njegovim rukama. Dakako, naš pravni pogotovo sudski sustav moramo tim ciljevima mnogo više prilagoditi, ali već i postojeća zakonska regulacija (Zakon o obveznim odnosima, prije svega) daje dostatnu osnovu za ambiciozniju i djelotvorniju zaštitu prava osobnosti a time i prava koje stvara medicinsko građansko pravo.

Ovaj rad je pokušaj davanja pomoći cjelokupnoj konstrukciji „građanskog medicinskog prava“. Rad također obrađuje neke posebne dijelove tog prava (ugovor o liječenju, problem eutanazije i zaštite života, problem transplantacije). Nisu to svi dijelovi građanskog medicinskog prava; nema tu npr. složenih problema umjetne

⁵⁵ Oko toga je 2013.čak i u tradicionalno superorganiziranoj Njemačkoj izbio poveći skandal oko lista čekanja (Das Bild od 26.3.2013. - „Wie gross ist der Organspende- Skandal wirklich?). Koliko nam je poznato konkretni je slučaj na njemačkom sudu ipak završio oslobađajućom presudom, ali uz prijekor predsjednika sudskog vijeća da etički nije bilo sve u redu i da bi se od konkretnog optuženika (profesora medicine) moralo očekivati etičko ponašanje više razine.

oplodnje, značajnih aspekata hitne (urgentne) medicine, sudsko-medicinskog vještačenja itd. Ostavljamo to za neke druge prigode.

Jedno je sigurno: građansko medicinsko pravo mora se razvijati u kombinaciji, sinergiji prava (javnog i privatnog), medicine i etike.

„Pomirenje“ prava i medicine objektivno omogućava činjenica da građansko medicinsko pravo djeluje u pravcu koji odgovara i medicini i pravu. Pacijent dobiva zaštitu svojih prava ali zaštitu dobiva i doktor koji želi znati granice svog djelovanja ali i dobiti poticaj na dragocjen istraživački i predani rad na dobrobit pacijenta.

Možda će, za obje strane (medicina i pravo), izvjesnih problema biti s etikom. Pravila etike nisu ni pravna ni medicinska pravila. To nisu vanjske naredbe, nego unutarnji zakon o čovjeku koji ili postoji ili ne postoji. Svi codexi medicinske etike i deontologije imaju svoj smisao samo ako postanu unutarnje uvjerenje doktora.

Na našem domaćem (hrvatskom) stupnju razvoja medicinskog prava moramo se posebno čuvati prevelikih deklaracija koje onda nemaju mogućnosti biti prihvaćene u stvarnom životu. Moramo biti svjesni i svog komparativnog zaostajanja (koje čak nije ni preveliko) i strpljivo graditi pojmove koje želimo razvijati. Određene srednje mjere su put koji možemo u tom smislu preporučivati („in medio stat virtus“ - vrlina je u sredini).

Plediranje na veći zamah etike nipošto ne znači odstupanje od temeljne povijesne poduke da se medicina primarno mora razvijati kao znanost. Liječnike moramo stalno poticati na praćenje znanosti, napose na praćenje razvoja znanosti. Moramo ga ohrabriti da mu pravni sustav daje svu zaštitu dok djeluje lege artis. No pravo želi i zakone i medicinu dignuti na razinu veću od ove - da, naime, medicina i liječnici kao nositelji njene djelatnosti djeluju poticani uzvišenom, plemenitom zadaćom brige za zdravlje ljudi. Doktorski poziv ne smije biti zanimanje u običnom, kolokvijalnom smislu te riječi; to mora biti poziv (vocatio) u kojem se očekuje najveći stupanj predanosti namijenjenoj zadaći.

Za jednu takvu orijentaciju možda, i na općem svjetskom planu, ovog časa nema jako puno izgleda. Razloga za nadu mora biti, jer nada (zar ne?) uvijek „umire posljednja“.

SUMMARY

THE RIGHT TO LIFE, HEALTH, DIGNITY AND PRIVACY (PERSONALITY RIGHT) AS GROUNDS FOR CIVIL MEDICAL LAW

This article is a contribution to the creation of "civil medical law" as part of civil law and right of personality.

Medical treatment agreement, euthanasia and right to life, transplantation problems, are a more specific subject of this analysis.

"Civil Medical Law" should be developed as synergy between medicine, law and ethics.

The analysed issues are just part of the group of issues which fall within the suggested term of "civil medical law". In the article we explicitly pointed out that we didn't, for example, analyse issues of assisted reproductive technology, emergency medicine, medicolegal expertise et al. Those issues should be further analysed in complete process of shaping the "civil medical law".

It is very important to properly recognise, set and legally-medically shape the "foundation pillars" of matter we want to build. During that process, possible oversights could question even the best wishes and the best intended outcomes.

Izr. prof. dr. Suzana Kraljić
Pravna fakulteta Univerze v Mariboru

PACIENTOVE DOLŽNOSTI IN ODGOVORNOSTI

UDK: 342. 7 : 61(497.4)

Primljeno: 15. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Nagli razvoj človekovih pravic je posledično vplival tudi na razvoj pacientovih pravic in s tem tudi na razvoj avtonomije pacienta. Pacienti so postali osveščeni in aktivni akterji pri sprejemanju odločitev glede svojega zdravja. Aktivna vloga pa je prinesla seboj tudi dolžnosti in odgovornosti, ki jih imajo do sebe, do drugih oseb, do zdravstvenih delavcev in sodelavcev kakor tudi do zdravstvenih institucij. Avtorica prikazuje v prispevku pravno ureditev pacientovih dolžnosti in odgovornosti, ki izhajajo iz Zakona o pacientovih pravicah in drugih slovenskih relevantnih zakonov.

Ključne riječi: *pacientova avtonomija, pojasnilna dolžnost, nalezljive bolezni, duševno zdravje.*

1. UVOD

Danes je znano, da je za uspešno zdravljenje potrebno sodelovanje med zdravnikom in pacientom. Pacient in zdravnik sta namreč povezana v partnerstvu, ki od obeh posameznikov zahteva, da prevzameta aktivno vlogo v postopku zdravljenja. Partnerstvo pa ne pomeni, da imata oba partnerja identične dolžnosti, odgovornosti in enako moč. Zdravnik je namreč odgovoren za zagotavljanje izvajanja zdravstvenih storitev pacientu v skladu z njegovo največjo možno sposobnostjo. Pacienti pa imajo odgovornost, da odprto komunicirajo, da sodelujejo pri sprejemanju odločitev o zdravstvenih posegih ter sodelujejo v okviru sprejetih in dogovorjenih načrtov zdravljenja.¹ Iz navedenega izhaja, da med zdravnikom in pacientom obstaja poseben odnos, ki mora temeljiti na medsebojnem zaupanju in spoštovanju. Pacient pričakuje od zdravnika kot strokovnjaka v tem razmerju, da mu bo zdravnik izvedel ustrezni zdravstveni postopek, predpisal ustrezno terapijo, itd. Zdravnik pa od pacienta predvsem pričakuje, da mu bo pacient povedal vse relevantne informacije o svojem zdravju ter da bo sodeloval pri sprejetih načrtih zdravljenja. Gre torej za vzajemno zaupanje, spoštovanje in odgovornosti.

¹ Opinion 10.02 – Patient Responsibilities. Dostopno: www.ama-assn.org (12.10.2015).

2. OD PASIVNOSTI DO V ODGOVORNEGA AKTERJA

V preteklosti, ko je prevladoval paternalistični model razmerja med zdravnikom in pacientom, je bil pacient pasivni udeleženec tega razmerja. Z razvojem pacientovih pravic, katerih zametke sicer lahko zasledimo tudi že v starejših zgodovinskih dokumentih oziroma virih (npr. Hipokratova zaprisega²) pa se je v zadnjih desetletjih njegov položaj bistveno spremenil. Pacient je danes »aktivni akter v kreiranju svojega zdravja«. Pacient ima sposobnost odločanja o sebi in le-to je treba tudi spoštovati (prim. 3. člen ZPacP). Ta sposobnost pacienta se v skladu z 19. točko 2. člena Zakona o pacientovih pravicah³ presoja glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje in druge osebne okoliščine. Izhajajoč iz navedenega gre za individualno presojanje sposobnosti odločanja pri vsakem pacientu.

Z uveljavitvijo načelo avtonomije,⁴ kot temeljnega načela razmerja med zdravnikom in pacientom, se je pacienta postavilo v aktivnega akterja. Kljub temu, da se je od druge svetovne vojne naglo razvijal sistem varstva človekovih pravic in svoboščin, se je sčasoma pokazala potreba, da specifičnost pacientovega položaja narekuje še dodatno *lex specialis* ureditev. Temu posledično je bilo sprejetih kar nekaj *soft law* dokumentov. Leta 1994 je bila tako sprejeta Deklaracija o promociji pacientovih pravic v Evropi (Amsterdamska deklaracija), ki je prvi celoviti mednarodni dokument, ki se ukvarja s pacientovimi pravicami in ki je apeliral na države, da sprejmejo zakone ali pravila, ki bi opredelila pravice, upravičenja in odgovornosti pacientov, zdravstvenih poklicev in zdravstvenih institucij.⁵

Leta 2002 je bila nato sprejeta *Evropska listina o pacientovih pravicah* (Evropska listina), ki je opredelila štirinajst pacientovih pravic. Hkrati pa je izpostavila, da opredelitev pacientovih pravic pomeni, da morajo tako državljani kakor tudi izvajalci zdravstvenih storitev prevzeti sami odgovornost, saj so pravice dejansko povezana tako z dolžnostmi kakor odgovornostmi.⁶

Leta 1997 je Svet Evrope sprejel Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija),⁷ ki predstavlja prvi tovrstni mednarodni dokument s področja človekovih pravic, ki s svojo vsebino v celoti posega na

² Tako lahko npr. v Hipokratovi zaprisegi najdemo zametke današnje prepovedi diskriminacije pacientov in poklicne skrivnosti.

³ Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Uradni list RS, št. 15/08.

⁴ Več o pacientovi avtonomiji glej Kraljić (2011): str. 187 – 194.

⁵ European Consultation on the Rights of Patients (1994): str. 3.

⁶ Active Citizenship Network (2002): str. 3.

⁷ Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedska konvencija): Uradni list RS – MP, št. 17/98.

področje medicine in biologije. V Ovijski konvenciji so opredeljene določene pacientove pravice (npr. 1. odstavek 5. člena⁸), nikjer pa niso omenjene dolžnosti oziroma odgovornosti.

Vendar pa iz načela pacientove avtonomije ne izhajajo zgolj pravice, ampak tudi dolžnosti in odgovornosti pacienta. Načelo pacientove avtonomije, kot celota pacientovih pravic, dolžnosti in odgovornosti, tako omogoča spoštovanje in ohranjanje pacientove individualne fizične, čustvene in duhovne integritete. Vendar je treba izpostaviti, da v določenih primerih ni možna popolna uveljavitev načela pacientove avtonomije. Do omejitve slednjega lahko pride zgolj v primerih, ki so izrecno predvideni z zakonom. Tako lahko že v različnih mednarodnih dokumentih zasledimo, da se lahko določene človekove pravice omejijo iz razloga varovanja zdravja in varnosti.⁹ Iz istega razloga je seveda možna tudi omejitev pacientovih pravic, saj so le te podvrsta človekovih pravic. Če pride do nastopa okoliščin, ki upravičujejo omejitev načela pacientove avtonomije, pa to nikakor ne sme pripeljati do popolnega odvzema. Namreč v slovenskem ZPacP je urejenih štirinajst pacientovih pravic in odvzem vseh bi bil nedopusten. Posamezne pacientove pravice pa se lahko omejijo, če so za to podani upravičeni razlogi, in sicer iz razloga javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih (4. odst. 4. člena ZPacP).

Kot omenjeno, pa z uresničevanjem načela pacientove avtonomije, nastopijo za pacienta (in tudi svojce) mnoge dolžnosti in odgovornosti, ki jih lahko v Sloveniji zasledimo v različnih zakonih. Dolžnosti lahko delimo na dolžnosti, katerih namen je, da se pacient izogne lastni škodi (npr. skrb za zdravje s preventivnimi ukrepi). V drugo skupino spadajo dolžnosti, katerih namen je odklonitev ali zmanjšanje že nastale škode (npr. jemanje tablet proti visokemu pritisku).¹⁰

Pacientove dolžnosti pa lahko delimo tudi glede nato, čigavi zaščiti so namenjene. Tako so lahko namenjene zaščiti pacienta ali pa zaščiti tretjih oseb (npr. v primeru nalezljivih bolezni). V prvem primeru lahko govorimo o dolžnosti, saj njihova kršitev ni povezano s pravno sankcijo, medtem ko v drugem primeru govorimo o odgovornosti. Za njihovo kršitev je lahko predpisana tudi kazenska sankcija, oškodovana oseba pa lahko zahteva tudi odškodnino za nastalo škodo, povrnitev v prejšnje stanje idr..

⁸ Prvi odstavek 5. člena Ovijske konvencije določa: »Zdravstveni poseg se sme opraviti šele potem, ko je bila oseba, ki jo to zadeva, o njem poučena in je vanj prostovoljno privolila.«

⁹ Tako npr. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (EKČP) v členih 8 (pravica do zasebnega in družinskega življenja), 9 (svoboda vesti, mišljenja in vere), 10 (svoboda govora), 11 (svoboda zbiranja in združenja) idr.

¹⁰ Sjeničić (2013): str. 127.

Pacientove dolžnosti lahko delimo tudi glede na njihov izvor. Nekatere lahko izvirajo iz obveznosti, ki jih imajo osebe ena do druge (npr. spoštovanje), medtem ko druge predstavljajo odgovornosti državljanov, ki jih imajo v socialni državi (npr. obvezno zdravljenje primerih, določenih z zakonom).¹¹

3. ZAKONODAJNE PODLAGE PACIENTOVIH DOLŽNOSTI IN ODGOVORNOSTI V SLOVENSKEM PRAVU

Temelj načela pacientove avtonomije je podan že v Ustavi Republike Slovenije,¹² in sicer v 3. odstavku 51. člena, ki določa nikogar ni mogoče prisiliti v zdravljenje, razen v primerih, ki jih določa zakon. Izhajajoč iz URS je pacientu dano, da samostojno odloča o zdravljenju, torej ali ga bo sprejel ali pa, vendar pa je predvidena izjema od avtonomije. Namreč, kadar zakon določa, se mora pacient tudi obvezno zdraviti. Takšna izjema je predvidena v Zakonu o nalezljivih boleznih¹³ in v Zakonu o duševnem zdravju.¹⁴ Z omejitvijo pacientove avtonomije se v teh primerih varuje predvsem zdravje drugih oseb.

Kljub temu, da v ospredje stopajo predvsem pacientove pravice, ki jih je po ZPacP štirinajst,¹⁵ pa je ZPacP v svojem 54. členu z namenom, da se doseže kakovostna in varna zdravstvena oskrba, pacientu naložil tudi sedem dolžnosti. Pri tem je treba izpostaviti, da je sicer ZPacP temeljni zakon (*lex generalis*), ki se nanaša na splošne pacientove pravice, vendar pa so v posebnih zakonih, ki konkretno urejajo določeno področje, zajete še dodatne pravice, dolžnosti in odgovornosti pacientov.

V 54. členu ZPacP je zakonodajalec predvidel sedem pacientovih dolžnosti. Njihov cilj je zagotavljanje tako splošne kakor tudi individualne pacientove kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Z vidika kaznovalnega prava, predvsem

¹¹ Draper & Sorell (2002): str. 352.

¹² Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/91-I; 42/97 – UZS68; 66/00 – UZ80; 24/03 – UZ3a, 47, 68; 69/04 – UZ14; 69/04 – UZ43; 69/04 – UZ50; 68/06 – UZ121, 140, 143; 47/13 – UZ148 in 47/13 – UZ90, 97, 99.

¹³ Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB): Uradni list RS, št. 33/06 – UPB1.

¹⁴ Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr): Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US,

¹⁵ V 5. členu ZPacP je seznam pacientovih pravic, in sicer ima pacient: 1) pravico do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev; 2) pravico do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi; 3) pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev; 4) pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe; 5) pravico do spoštovanja pacientovega časa; 6) pravico do obveščeniosti in sodelovanja; 7) pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju; 8) pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje; 9) pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja; 10) pravico do drugega mnenja; 11) pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo; 12) pravico do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov; 13) pravico do obravnave kršitev pacientovih pravic; ter 14) pravico do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

kazenskoga, pa gre za imperfektne pravne norme, saj kršitev teh norm, torej v našem primeru pacientovih dolžnosti, ni v zakonu sankcionirana. Njihova kršitev prav tako ne more imeti za pacienta negativnih posledic. Pacientu ni možno namreč odreči nobene od štirinajstih z ZPacP zagotovljenih pravic s sklicevanjem na pacientovo neizpolnjevanje dolžnosti.¹⁶

Pacient ima izhajajoč iz 54. člena ZPacP torej sedem dolžnosti, in sicer:

a) *da dejavno sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja* – dejavno sodelovanje se tako lahko nanaša na storitve (npr. jemanje tablet), opustitve (npr. opustitev kajenja) in dopustitve (npr. kemoterapija). S tem, da je pacient postal glavni subjekt v razmerju do svojega zdravja, se je povečal tudi obseg njegovega delovanja. Od njega se zahteva, da je aktiven pri varovanju, krepitvi in povrnitvi svojega zdravja. To izhaja tudi iz Priporočila (2006) 7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in o preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu¹⁷, ki breme povečane odgovornosti prelaga ne samo na paciente, ampak tudi na svojce. Oboji se namreč morajo zavedati lastnega tveganega obnašanja in jih je zato treba spodbujati k sprejemanju primernejših navad (prim. G(3) e Priporočila (2006) 7.). Če pacient ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi zdravja, pa Zakon o zdravniški službi¹⁸ izključuje odgovornost zdravnika za potek zdravljenja bolnika (3. alineja 48. člena ZZdrS). Tudi po Zakonu o zdravilstvu¹⁹ ni podana odgovornost zdravilca²⁰ za poslabšanje zdravja uporabnika storitev oziroma za posledice zamujenega medicinskega zdravljenja uporabnika storitev, kadar uporabnik storitev ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrniti zdravja (3. alineja 3. odstavka 19. člena ZZdrav);

¹⁶ Korošec v Balažić et al. (2009): str. 262.

¹⁷ Priporočila (2006) 7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in o preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu (Priporočilo (2006) 7), sprejel Odbor ministrov 24. maja 2006 na 95. srečanju namestnikov ministrov. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf (18.10.2015).

¹⁸ Zakon o zdravniški službi (ZZdrS - UPB3): Uradni list RS, št. 72/06 UPB3; 15/08 – ZPacP; 58/08; 107/10 – ZPPKZ; 40/12 – ZUJF.

¹⁹ Zakon o zdravilstvu (ZZdrav): Uradni list RS, št. 94/07; 87/11.

²⁰ Zdravilec je oseba, ki opravlja zdravilsko dejavnost. Mora biti polnoletna fizična oseba, ki ima pridobljeno najmanj srednjo izobrazbo zdravstvene smeri ali pridobljeno najmanj srednjo strokovno izobrazbo in opravljen preizkus iz zdravstvenih vsebin, ki jih predpiše minister, in veljavno licenco, pridobljeno skladno z ZZdrav. Homeopatijo, kiropraktiko in osteopatijo pa lahko izvajajo le osebe, ki imajo diplomu medicinske fakultete, pridobljena znanja iz homeopatije, kiropraktike ali osteopatije, in veljavno licenco, pridobljeno skladno z ZZdrav (6. člen ZZdrav).

- b) *v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil* – kljub temu, da ima pacient tudi pravico do odklonitve zdravljenja, pa mora v primeru, če se je odločil za zdravljenje, ravnati v skladu s prejetimi navodili in načrti zdravljenja. Sposobnega pacienta je treba aktivno vključiti v sprejemanje načrta zdravljenja, vendar mora pacient spoštovati tudi avtonomijo zdravstvenih delavcev, ki v to razmerje vstopajo kot strokovnjaki in ki jih vodi pri njihovem delu temeljno načelo, da delajo v pacientovo največjo zdravstveno korist. Danes živimo namreč v času, ko ima pacient na razpolago mnogo dostopnih informacij, tako strokovnih kakor tudi laičnih. Pacient lahko, kot laik, v poplavi informacij pridobi napačne, nezadostne, nerealne oziroma neuresničljive informacije. Kot laik tudi ni zavezan, da bo presojal o najustreznijšem posegu. To je dolžnost zdravstvenih delavcev, v prvi vrsti seveda zdravnikov. Pacient in zdravnik naj oblikujeta načrt zdravljenja skupaj in pacient mora nato ta načrt spoštovati. Seveda lahko od sprejetega načrta tudi odstopi, vendar mora o tem obvestiti zdravnika. Kadar pa se pacient ne ravna po navodilih zdravnika, zdravnik ni odgovoren za potek njegovega zdravljenja (2. alineja 48. člena ZZdrS). Po ZZdrav zdravilec prav tako ni odgovoren za poslabšanje zdravja uporabnika storitev oziroma za posledice zamujenega medicinskega zdravljenja uporabnika storitev, kadar se uporabnik storitev, se ne ravna po navodilih zdravnika (2. alineja 3. odstavka 19. člena ZZdrav);
- c) *dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa* – kot že v prejšnji točki omenjeno, se pacient naj v okviru svoje sposobnosti vključuje v oblikovanje načrta svojega zdravljenja. Zdravnik, kot strokovnjak, pa bo lahko v skladu z vsemi informacijami, ki jih je pridobil od pacienta oblikoval načrt zdravljenja. Zato je pomembno, da pacient poda zdravstvenemu delavcu informacije v zvezi s svojimi zdravstvenim stanjem. Zdravnik bo potem presodil, katere informacije so relevantne za zdravljenje v konkretnem primeru. Kadar pa pacient navaja zdravniku neresnične podatke o svojem zdravstvenem stanju, pa ni podana odgovornost zdravnika za potek njegovega zdravljenja (1. alineja 48. člena ZZdrS). Prav tako zdravnik ni dolžan slediti morebitnim navodilom pacienta, če so le-ta v nasprotju

- s pravom in dobrimi običaji.²¹ Podobno določbo najdemo tudi v ZZdrav, kjer je prav tako izključena odgovornost zdravilca, če uporabnik zdravilcu ne navaja resničnih podatkov o svojem zdravstvenem počutju (1. alineja 3. odstavka 19. člena ZZdrav);
- d) *obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem* – dolžnost pacienta za sodelovanje se nadaljuje tudi, ko se zdravljenje že začne izvajati. Osnovno izhodišče je, da zdravljenje lahko pacient vsak trenutek tudi prekine. Vendar ima pacient tudi dolžnost, da o vseh morebitnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem, obvesti zdravstvene delavce oziroma sodelavce. Posebej je treba opozoriti, da so s spremembami mišljene tudi spremembe duševnega in socialnega stanja pacienta in ne zgolj telesne spremembe;
- e) *biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev* – že Amsterdamska deklaracija iz leta 1994 je izpostavila, da je pacientova odgovornost dvojna. Pacient je namreč na eni strani odgovoren za svoje zdravje, na drugi strani pa ima tudi odgovornost do izvajalcev zdravstvenih storitev, saj le ti uživajo enako zaščito človekovih pravic kot vsi drugi ljudje.²² Slednji so namreč marsikdaj deležni raznih poniževanj, žalitev, groženj, spolnih nadlegovanj in ne nazadnje tudi fizičnega nasilja. Vendar kljub temu v tem primeru ne moremo govoriti o samostojni pravni obveznosti, saj ni predvidena pravna sankcija.²³ Lahko pa zahteva povrnitev nastale škode po splošnih odškodninskih in kazenskih predpisih;
- f) *spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev* – tako pacienti kakor tudi svojci imajo dolžnost, da spoštujejo objavljene urnike, hišne rede²⁴ in druge predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev. Pacient je tako dolžan spoštovati npr. prepoved uživanja alkoholnih pijač v bolnišnici in prepoved kajenja. Pacient je prav tako dolžan skrbeti za higieno in opremo. V primeru namerne povzročitve škode je podana dolžnost povrnitve le-te po splošnih odškodninskih predpisih. V primeru pojava določenih bolezni (npr. sezonske gripe) lahko izvajalec omeji ali prepove obiske itd.;

²¹ Sjeničić (2013): str. 100.

²² European Consultation on the Rights of Patients (1994): str. 7.

²³ Sjeničić (2013): str. 128.

²⁴ Glej primer Hišnega reda Splošne bolnišnice Slovenj Gradec – dostopno na <http://www.sb-sg.si/si/main/hisnired> (18.10.2015).

g) *pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje* - pacient ima pravico do spoštovanja njegovega časa, ki je urejena v 14. členu ZPacP. Navedeni člen pa mu nalaga tudi dolžnost. Če pacient ne more priti na izvedbo zdravstvene storitve, naj bi obvestil izvajalca. Če ne pride in svojega izostanka ne opraviči v 14 dneh po načrtovani zdravstveni storitvi, ga lahko izvajalec zdravstvenih storitev črta s čakalnega seznama (6. odstavek 14. člena ZPacP).

Določila o dolžnostih in odgovornostih pacienta so zajeta tudi v Zakonu o zdravstveni varnosti in zdravstvenem zavarovanju,²⁵ ki v svojem 2. členu določa, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje. Pacientu je tako naložena dolžnost, da skrbi za svoje zdravje. Gre za zakonsko določbo, ki se kot rdeča nit vleče skozi več zakonov. Najdemo jo lahko tudi v ZPacP (prim. 54. člen ZPacP). Hkrati pa ZZVZZ določa tudi, da nihče ne sme ogrožati zdravja drugih (2. stavek 1. odstavka 2. člena ZZVZZ). V skladu z načelom pacientove avtonomije velja, da lahko pacient odkloni vsak zdravstveni poseg, tudi če škoduje lastnemu zdravju ali celo življenju. Do odstopa do tega načela oziroma pacientove avtonomije pa lahko pride v primeru, če bi z odklonitvijo zdravstvenega posega prišlo do ogrožanja življenja ali zdravja drugih oseb. To je podano v primeru nalezljivih bolezni, katerih zadevno področje ureja ZNB.²⁶ ZNB določa nalezljive bolezni, ki ogrožajo zdravje prebivalcev RS (in tudi bolnišnične ali nozokominalne okužbe, ki nastanejo v vzročni zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti), ter predpisuje ukrepe za njihovo preprečevanje in obvladovanje (1. člen ZNB). Nalezljive bolezni tako predstavljajo izjemo od načela pacientove avtonomije, saj se morajo osebe, ki zbolijo ali za katere se sumi, da so zbolele, zdraviti v skladu s Pravilnikom o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje²⁷ v vsakem primeru, ko bi opustitev zdravljenja ogrozila zdravje drugih ljudi ali povzročila širjenje nalezljive bolezni

²⁵ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ): Uradni list RS, št. 72/06 – UPB1; 114/06 – ZUTPG; 91/07; 76/08; 62/10 – ZUPJS; 87/11; 40/12 – ZUJF; 21/13 – ZUTD-A; 91/13; 99/13 – ZUPJS-C; 99/13 – ZSVarPre-C; 111/13 – ZMEPIZ-1; 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT.

²⁶ Odstop od načela pacientove avtonomije je podan tudi v ZDZdr, ki opredeljuje zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve. Vendar pa morajo za zdravljenje brez privolitve biti izpolnjeni sledeči pogoji: a) ogrožanje lastnega življenja ali življenja drugih ali hujše ogrožanje lastnega zdravja ali zdravja drugih ali povzročanje hude premoženjske škode sebi ali drugim; b) omenjeno ogrožanje je posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in; c) nemožnost odvrnitve navedenih vzrokov in navedenega ogrožanja z drugimi oblikami pomoči (npr. z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo) (1. odst. 39. člena ZDZdr). S takšno ureditvijo se je ZDZdr uskladal z Oviedsko konvencijo, ki prav tako predvideva, da se lahko pravica do prostosti in osebne varnosti duševno bolnim osebam (prim. e. alineja 1. odstavka 5. člena EKČP). Več o omejevanju gibanja po ZDZdr glej Zupančič (2013): str. 43.

²⁷ Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje (Pravilnik NB): Uradni list RS, št. 16/99.

(20. člen ZNB). Skladno z 20. členom ZNB in ustavnim določilom iz 3. odstavka 51. člena URS lahko torej pride tudi do zdravljenja brez pacientove privolitve, saj se sledi temeljnemu cilju, da se zavaruje zdravje drugih ljudi. Pravilnik ZN predvideva z namenom zavarovanja zdravja drugih ljudi sledeče ukrepe, ki se lahko izvedejo tudi brez pacientovega soglasja:

a) ukrep osamitve (prim. 11 in 12. člen Pravilnika NB). Z odreditvijo ukrepa osamitve se vsekakor omeji pravica do prostosti in osebne varnosti, ki jo zagotavlja na primer tudi Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin.²⁸ EKČP celo izrecno določa, da se lahko odredi zakonito pridržanje oseb, da bi se preprečilo širjenje nalezljivih bolezni (5. člen EKČP);

b) obvezno zdravljenje (13. člen Pravilnika NB);

c) obvezno individualno svetovanje, ki ga mora opraviti zdravnik osebi, ki ji je postavil diagnozo okužbe z virusom HIV ali spolno prenesene bolezni. Namen svetovanja je varnejša spolnost in obveščanje oseb, ki so bile izpostavljene možnosti okužbe. Le te obvesti pacient sam ali ob privolitvi pacienta zdravnik (14. člen Pravilnika NB). V tem primeru gre za izjemo. Pacient ima napreč v okviru svoje avtonomije tudi pravico, da odkloni pojasnilno dolžnost, za kar je podana pravna podlaga tako v 2. odstavku 10. člena Oviedske konvencije kakor tudi v 2. odstavku 22. člena ZPacP. Vendar je med Oviedsko konvencijo in ZPacP podana bistvena razlika. Razlog za omejitev pacientove pravice, da odkloni pojasnilno dolžnost, temelji po Oviedski konvenciji na zaščiti koristi pacienta, medtem ko odklonitev pojasnilne dolžnosti po ZPacP ni možna, če bi drugim grozila resna zdravstvena škoda, ki se pomeni hudo poslabšanje fizičnega ali duševnega zdravja pacienta, ki ogroža pričakovane ugodne izide zdravljenja (prim. 18. točka 2. člena ZPacP);²⁹

d) prepoved darovanja krvi kot krvodajalec³⁰ (15. člen Pravilnika NB), kar je skladno z 2. odstavkom 21. člena Zakon o preskrbi s krvjo.³¹ Zdravnik namreč

²⁸ Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (EKČP): Uradni list RS, št. 11/94.

²⁹ Odklonitev pojasnilne dolžnosti prav tako ni možna po Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB): Uradni list RS, št. št. 70/00. Pred postopkom oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami mora zdravnik, ki je odgovoren za izvedbo postopka, poučiti zakonca ali zunajzakonska partnerja o poteku postopka, pravnik pa ju mora poučiti o pravnih posledicah postopka. Zakonca ali zunajzakonska partnerja pa je treba pred začetkom postopka napotiti tudi na psihološko-socialno svetovanje (24. člena ZZBPOB). Zdravnik ima torej dolžnost, da partnerja pouči, ona dva pa imata dolžnost, da poslušata.

³⁰ 15. člen Pravilnika NB določa: »Osebe, pri katerih se ugotovi prisotnost katerega od povzročiteljev sifilisa, hepatitisa, aidsa, malarije, Creutzfeldt Jakobove bolezni, rumene mrzlice, bruceloze, leptospiroze, listerioze, lišmenioze, toksoplazmoze in drugih bolezni, ki se prenašajo s človeškim materialom, niso primerne za krvodajalce in dajalce drugih tkiv in organov, dokler ne preneha nevarnost prenosa. Prenehanje kužnosti se dokaže s klinično in laboratorijsko potrditveno metodo.«

³¹ Zakon o preskrbi s krvjo (ZPKrv-UPB1): Uradni list RS, št. 104/06 UPB1.

ne sme dovoliti odvzema krvi, če za osebo, ki želi dati kri, po merilih medicinske stroke ugotovi, da jo je treba začasno ali trajno odkloniti.

ZNB in Pravilniku NB je sledil tudi slovenski Kazenski zakonik³² v 177. členu,³³ ki je predvidel denarno ali zaporno kazen za primer neravnjanja po predpisih glede zatiranja ali preprečevanja nalezljivih bolezni pri ljudeh in je bilo s tem povzročeno, da se je nalezljiva bolezen razširila. Če pa ima takšno dejanje posledico smrt ene ali več oseb, pa se storilec kaznuje za z zaporom do osmih let.

5. SKLEPNA RAZMIŠLJANJA

Pacient je res danes osrednji subjekt pri sprejemanju odločitev o svojem zdravju (in ponekod tudi o smrti). Vendar pa to nikakor ne pomeni, da ima pacient popolno avtonomijo in zgolj pravice. Njegova avtonomija in pravice se lahko na podlagi različnih razlogov (npr. varnost in javno zdravje), omejijo. Razen tega pa ima pacient tudi dolžnosti in odgovornosti, ki jih lahko ima v razmerju do svojega zdravja, do zdravja in življenja drugih kakor tudi do izvajalcev zdravstvenih storitev. Zaradi tega nikakor ne moremo pacienta opredeliti kot individualnega akterja. Za zagotavljanje primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je namreč nujno potrebno sodelovanje med pacientom in zdravstvenimi delavci/sodelavci. Pacient se mora zavedati, da je ravno on tisti, ki najbolj pozna svoje telo in zdravje, zdravnik pa je tisti, ki ima ustrezno strokovno znanje. Če temu dodamo še uspešno komunikacijo in medsebojno zaupanje, je storjen velik korak k spoštovanju pravic, dolžnosti in odgovornosti, obeh ključnih akterjev, pacienta in zdravnika, pri doseganju željenih in pričakovanih ciljev glede pacientovega zdravja.

³² Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ1-UPB2): Uradni list RS, št. 50/12 UPB2.

³³ 177. člen KZ-UPB2 (Prenašanje nalezljivih bolezni): »(1) Kdor se ne ravna po predpisih ali odredbah, s katerimi pristojni organ odredi pregled, razkuženje, izločitev bolnikov ali kakšne druge ukrepe za zatiranje ali preprečevanje nalezljivih bolezni pri ljudeh in s tem povzroči, da se nalezljiva bolezen razširi, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta. (2) Enako se kaznuje, kdor se ne ravna po predpisih ali odredbah, s katerimi pristojni organi določijo ukrepe za zatiranje ali preprečevanje kužnih bolezni pri živalih, ki se lahko prenesejo na ljudi, in s tem povzroči, da se kužna bolezen prenese na ljudi. (3) Kdor stori dejanje iz prvega ali drugega odstavka tega člena iz malomarnosti, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do šestih mesecev. (4) Če ima dejanje iz prvega, drugega ali tretjega odstavka tega člena za posledico smrt ene ali več oseb, se storilec kaznuje za dejanje iz prvega ali drugega odstavka z zaporom do osmih let, za dejanja iz tretjega odstavka pa z zaporom do petih let.«

SUMMARY

PATIENT'S DUTIES AND RESPONSIBILITIES

Nagli razvoj človekovih pravic je posledično vplival tudi na razvoj pacientovih pravic in s tem tudi na razvoj avtonomije pacienta. Pacienti so postali osveščeni in aktivni akterji pri sprejemanju odločitev glede svojega zdravja. Aktivna vloga pa je prinesla seboj tudi dolžnosti in odgovornosti, ki jih imajo do sebe, do drugih oseb, do zdravstvenih delavcev in sodelavcev kakor tudi do zdravstvenih institucij. Avtorica prikazuje v prispevku pravno ureditev pacientovih dolžnosti in odgovornosti, ki izhajajo iz Zakona o pacientovih pravicah in drugih slovenskih relevantnih zakonov.

Key words: *Patient's autonomy, informed consent, infectious diseases, mental health.*

LITERATURA:

*Active Citizenship Network (2002). European Charter of Patient's Rights (2002). Dostopno: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf (17.10.2015).

*Balažic Jože et al. (2009). *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*. Ljubljana : GV Založba.

*Draper Heather & Sorell Tom (2002). Patient's Responsibilities in Medical Ethics. *Bioethics, Volume 15, Number 4*, str. 335 – 352.

*European Consultation on the Rights of Patients (1994). A Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe, ICP/HLE 121 28 June 1994. Dostopno: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (17.10.2015).

*Kraljić Suzana (2010). Nekateri vidiki pacientove avtonomije. V: Rijavec vesna et al (ur.). *Medicina in pravo : sodobne dileme II*. Maribor : Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, str. 187 – 199.

*Opinion 10.02 – Patient Responsibilities. Dostopno: www.ama-assn.org (12.10.2015).

*Report »Patient Responsibilities, adopted June 1993; Update June 1998, December 2000, and June 2001.

*Shephard Lois (2016). Rethinking health Law: Assuming Responsibility. Dostopno na: <http://ssrn://ssrn.com/abstract=882477> (17.10.2015).

*Sjeničić Marta Ž. (2013). *Pacijent kao oštećeni u građanskom pravu i njegova sukrivica*. Beograd : Institut društvenih nauka – Centar za pravna istraživanja.

*Zupančič Vesna (2013). Odločanje v zdravstveni negi za varnost in kakovost opacientovega življenja. *Revija za zdravstvene vede, Vol. 1, No. 1 , 2013*, str. 39-53.

Dr. sc. Blanka Ivančić-Kačer, postdoktorandica
Pomorskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

PRAVA PACIJENATA I TRANSPLANTACIJA

UDK: 342. 7 - 056. 24(497.5)

614. 25 : 174

Primljeno: 15. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Transplantacija je vrlo kompliciran medicinski postupak, kojeg obavljaju vrhunski liječnici i koji ima posebnu pravnu regulaciju. Autorica u ovom radu iznosi povijesni prikaz pravne regulacije transplantacije u Hrvatskoj te analizira zakone o transplantaciji koji su danas na snazi, osobito informirani pristanak na transplantaciju kao jedno od temeljnih prava pacijenata, osiguranje od odgovornosti za štete kod transplantacije, te je li kod transplantacije riječ o subjektivnoj ili objektivnoj odgovornosti, kao i je li riječ o obvezi sredstva ili cilja.

Ključne riječi: *transplantacija, prava pacijenata, informirani pristanak, osiguranje, šteta, odgovornost*

1. UVOD

Transplantacijom se spašavaju životi onih koji ne bi mogli preživjeti bez nje, ili čija bi kvaliteta života bez transplantacije bila vrlo loša (primjerice, bili bi na dijalizi). Kako je riječ o postupku koji se najčešće¹ sastoji od tri faze: eksplantacije, transporta i implantacije, brojna su pravna pitanja koja se pojavljuju u svezi s tim. U svakom slučaju, riječ je o timovima vrhunskih stručnjaka koji obavljaju svaku pojedinu fazu transplantacije. Republika Hrvatska je po broju transplantacija organa među najboljima u svijetu. Zbog ulaska u Europsku uniju, postojeća pravna regulativa je promijenjena. Preciznije, u zadnjoj prilagodbi na snagu su stupila dva nova zakona koja reguliraju tu materiju. U kompliciranom postupku, koji ima nekoliko faza i u kojem radi niz liječnika i drugog medicinskog i nemedicinskog osoblja, bitno je omogućiti što kvalitetniji rad liječnicima, ali i zaštititi prava pacijenata u što većoj mjeri. Uolikoj mjeri je to postignuto i što se može učiniti da stanje bude još bolje, autorica iznosi u ovom radu.

¹ Kod autotransplantacije nema transporta. Kod implantiranja umjetnih nadomjestaka nema eksplantacije.

2. POVIJESNI PRIKAZ PRAVNE REGULACIJE TRANSPLANTACIJE² ORGANA

1990. godine donesen je Zakon o uvjetima za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela³, koji je preuzet u pravni poredak Republike Hrvatske, a iste godine donesen je Pravilnik o pobližim medicinskim kriterijima te načinu i postupku utvrđivanja smrti osobe kojoj se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja⁴. Transplantacijska medicina se razvijala brzo, te je pravo moralo pratiti taj razvoj i u tu svrhu je 1998. godine donesen Naputak za provođenje Programa za eksplantacije organa.⁵ 3. prosinca 2004. donesen je Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja, s čijim stupanjem na snagu prestaje važiti **Zakon o uvjetima za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela iz 1990.**⁶ Donesen je i niz pravilnika koji razrađuju materiju transplantacijskog prava.⁷ Zbog potrebe usklađenja domaćeg zakonodavstva s propisima Europske unije na području transplantacije organa i tkiva, 3. travnja 2009. donesen je Zakon o izmjenama i dopunama ZOT 04.⁸

Glede posebnosti vremena i procesa pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji te prilagodbe domaćeg zakonodavstva zakonodavstvu Europske unije,

² **Transplantacija u užem smislu** (lat. *trans* – u složenicama označuje: preko, kroz, s druge strane, onkraj + *planta* – biljka prijesadnica, kalem) je premještaj tkiva ili organa na drugo mjesto istog organizma ili na drugi organizam - Bratoljub Klaić, Rječnik stranih riječi, Nakladni zavod MH, Zagreb 1987, str. 1366. i 1368. To je postupak kojim se prenosi jedan organ ili dio organa iz jedne osobe u drugu, ili unutar jedne osobe - Klinička bolnica Dubrava, Rječnik pojmova na: <http://www.kbd.hr/index.php?id=645>. Pojam „presađivanje“ obuhvaća sveukupan postupak uzimanja organa ili tkiva od jedne osobe te presađivanje tog organa ili tkiva drugoj osobi, uključujući sve postupke pripreme, očuvanja i pohrane – čl. 2., st. 4. Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla (sastavljen u Strasbourgu 24. siječnja 2002.). **Transplantacija u širem smislu** obuhvaća i premještaj tkiva ili organa životinje u drugi organizam, implantaciju umjetnih ili umjetno uzgojenih organa i tkiva u tijelo čovjeka, kao i transplantaciju tkiva i organa životinjama (bilo da je riječ o transplantaciji organa sa životinje na životinju, bilo da je riječ o ugradnji umjetnih ili umjetno uzgojenih organa). Pesađeno tkivo ili organ zove se **transplantat** (presadak, kalem). Među organe koji se danas najčešće presađuju spadaju bubreg, srce, jetra, gušterača, koža i rožnica. - Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, MCMXCII, str. 903. Organi se mogu transplantirati sa živog ili mrtvog (moždano mrtvog) donora - kadaveričnog donora. Za doniranje organa nije važna dob, već stanje organa. Svatko tko se za života izričito ne protivi doniranju, potencijalni je donor nakon što mu se utvrdi smrt.

³ Zakon o uvjetima za uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela, Sl. l. SFRJ 63/90., 22/91. – preuzet u NN 53/91.

⁴ Pravilnik o pobližim medicinskim kriterijima te načinu i postupku utvrđivanja smrti osobe kojoj se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja, NN 53/91.

⁵ Naputak za provođenje Programa za eksplantacije organa, NN 75/98. Naputak za eksplantaciju organa više nije na snazi od 2009. godine, od stupanja na snagu Zakona o izmjenama i dopunama ZOT 04.

⁶ Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja, NN 177/04, 45/09 – dalje: ZOT 04.

⁷ Popis pravilnika vidjeti na: www.hdm.hr.

⁸ Zakon o izmjenama i dopunama ZOT 04, NN 45/09.

donesena su po hitnom postupku na sjednici 14. prosinca 2012. godine dva nova zakona koji uređuju transplantaciju: Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja⁹ u odnosu na organe i Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica¹⁰ u odnosu na tkiva i stanice, čijim stupanjima na snagu 29. prosinca 2012. prestaje važiti ZOT 04.¹¹

3. ANALIZA NOVIH HRVATSKIH ZAKONA IZ PODRUČJA TRANSPLANTACIJE

Europska unija donijela je 2010. godine Direktivu 53/2010/EU - *Directive 2010/53/EU on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation*, kojom se propisuju standardi kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih presađivanju. S presađivanjem organa povezani su i rizici koji se odnose na primjenu ljudskih organa u svrhu presađivanja te je cilj ove Direktive bio taj rizik svesti na minimum. Provedbenom Direktivom 2012/25/EU od 9. listopada 2012. o načinu izvješćivanja o razmjeni ljudskih organa namijenjenih presađivanju između država članica - *Commission implementing Directive 2012/25/EU laying down information procedures for the exchange, between Member States, of human organs intended for transplantation*, nalaže se primjena jedinstvenih postupaka i pravila vezanih uz prijenos informacija o obilježju organa i darivatelja, osiguranje sljedivosti organa te sustava za izvješćivanje o ozbiljnim štetnim događajima i reakcijama. Odredbe navedenih direktiva su preuzete u hrvatsko zakonodavstvo donošenjem dvaju novih zakona i ZOT i ZOP su korak nabolje u smislu pravne sigurnosti i dodatne zaštite života i zdravlja.

ZOT i ZOP određuju uvjete za presađivanje ljudskih organa u svrhu liječenja, uključujući postupke darivanja, pribavljanja, testiranja, utvrđivanja obilježja darivatelja i organa, očuvanja, prijevoza i presađivanja organa. Uređena su načela darivanja organa, način i uvjeti uzimanja organa od žive ili umrle osobe te mjere zaštite darivatelja i primatelja organa.

ZOT i ZOP propisuju da se svi postupci moraju provoditi u skladu s odgovarajućim profesionalnim obvezama i standardima, etičkim smjernicama te standardima kvalitete i sigurnosti. Uređuje se i način postupanja u vezi štetnog događaja i štetnih reakcija koji bi mogli dovesti do prijenosa zarazne bolesti

⁹ Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, NN 144/12 - dalje: ZOT. Objavljen je u NN 21. prosinca 2012., a stupio na snagu osmi dan od objave.

¹⁰ Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, NN 144/12 - dalje: ZOP. Zakon je objavljen 21. prosinca 2012., a stupio na snagu osmog dana od dana objave, osim čl. 47., koji je stupio na snagu danom pristupanja RH Europskoj uniji, 1. srpnja 2013.

¹¹ Prema čl. 37. ZOT i čl. 54. ZOP pravilnici ostaju na snazi, ako nisu u suprotnosti s novim zakonima.

darivatelja ili primatelja, smrti ili stanja opasnih za život pacijenta, nemoći i/ili nesposobnosti pacijenta, odnosno koji imaju za posljedicu bolničko liječenje, pobol ili koja ih produžava.

ZOT i ZOP propisuju obvezu akreditiranja transplantacijskih centara i timova koji sudjeluju u postupcima pribavljanja i uzimanja organa za transplantaciju (bolnički transplantacijski koordinatori i eksplantacijski timovi), način procjene i testiranja darivatelja kao i druge mjere kojima se osiguravaju visoki standardi kvalitete organa za presađivanje te sigurnost transplantacijskih postupaka i zaštita zdravlja građana EU.

Prethodno navedeno je korak naprijed jer to nije sadržavao ZOT 04, no smatramo da je loše što su se zakoni donosili „na brzinu“ i što u njima postoji niz pogrešaka. Naime, riječ je o dva zakona, od kojih se jedan odnosi na organe, a drugi na tkiva i stanice. ZOT 04 je regulirao tu materiju u jednom zakonu. Sada se dogodilo da imamo dva zakona u kojima postoje situacije da je ono što je bilo regulirano u ZOT 04 sada regulirano samo u jednom, a drugi u nekim slučajevima o tome šuti. Primjerice, ZOT propisuje da je organe dozvoljeno uzimati samo od potpuno poslovno sposobnog punoljetnika¹². Ne regulira ni iznimno doniranje organa od živog maloljetnika. Smatramo da nije dobro što ZOT ne dopušta za organe iste uvjete kao ZOP za tkiva, dakle da je iznimno moguće doniranje jednog od parnih organa od živog maloljetnika, ukoliko su primatelji roditelj, brat ili sestra donora, nema na raspolaganju odgovarajućeg donora koji je sposoban dati suglasnost, doniranje ima za svrhu spašavanje života primatelja, pribavljena je suglasnost u pisanom obliku zakonskog zastupnika donora ili ako ga nema, etičkog povjerenstva zdravstvene ustanove u kojoj će se obaviti presađivanje i mogući se donor ne protivi. Prema važećim propisima, maloljetnik za života ne može pristati na doniranje organa (za tkiva samo iznimno), a nakon smrti o doniranju njegovih organa odlučuju pisanim pristankom oba roditelja, ako su živi ili njegov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik.¹³ Prema tome, maloljetnik ne bi imao nikakvo pravo odlučiti što želi sa svojim tijelom, što smatramo, nije u skladu s konvencijama kojih je potpisnica i Republika Hrvatska. Do sada je vrijedilo za organe i tkiva isto u ZOT 04. Mislimo da je riječ o propustu da se propiše iznimka kod organa. U isto vrijeme, ti zakoni sadrže odredbe koje reguliraju iste stvari, ali različito – ZOT za organe, ZOP za tkiva i stanice, što je po naravi stvari logično jer postoje posebnosti za svaki od njih. Znači, ne možemo jednostavno primjenjivati ono što je uređeno u jednom, kao da postoji i u drugom, jer je riječ o različitim zakonima. Dakle, što učiniti kada je nešto regulirano samo u jednom?

¹² Čl. 13. ZOT.

¹³ Čl. 20. ZOT; čl. 25. ZOP.

Zakonodavac je ostavio pravnu prazninu, što smatramo vrlo lošim i direktnom ugrozom pravne sigurnosti i vladavine prava.

4. OSTALA PRAVNA VRELA

Postoji niz zakona koji se ne tiču direktno ove materije, međutim daju odgovore na brojna pitanja koja se u svezi s ovom materijom otvaraju. U tu grupu zakona spadaju Zakon o obveznim odnosima¹⁴ (npr. opće odredbe o šteti) i Zakon o vlasništvu i drugim stvarnim pravima¹⁵, a glede postupka Zakon o parničnom postupku¹⁶. U Kaznenom zakonu¹⁷ relevantne su odredbe glave petnaeste - kaznena djela protiv časti i ugleda (čl. 199. – 205.) i glave osamnaeste - kaznena djela protiv zdravlja ljudi (čl. 238. - 249.).

Značenje pravnog vrela imaju mnogi zakoni koji se ne bave izravno transplantacijom, ali mogu imati s njom veze, pa tako: Zakon o zdravstvenoj zaštiti¹⁸, Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi¹⁹, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju²⁰, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH²¹, Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom

¹⁴ Zakon o obveznim odnosima, NN 35/05, 41/08, 125/11 (od 1. siječnja 2012., stupanjem na snagu Zakona o rokovima ispunjenja novčanih tražbina prestaje važiti čl. 174. ZOO.), 78/15 – dalje: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima, Sl. l. 29/78., 39/85., 46/85., 57/89., NN 53/91., 73/91., 111/93., 3/94., 7/96., 91/96., 112/99., 88/01.- dalje: ZOO 78.

¹⁵ Zakon o vlasništvu i drugim stvarnim pravima, NN 91/96, 68/98, 137/99, 22/00, 73/00, 129/00, 114/01, 79/06, 141/06, 146/08, 38/09, 153/09, 143/12, 152/14, 81/15 (pročišćeni tekst) – dalje: ZV ili Zakon o vlasništvu i drugim stvarnim pravima.

¹⁶ Zakon o parničnom postupku, Sl. l. 4/77, 36/77, 36/80, 69/82, 58/84, 74/87, 57/89, 20/90, 27/90, 35/91, NN 53/91, 91/92, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 84/08, 88/05, 02/07, 84/08, 123/08, 57/11, 148/11 (pročišćeni tekst), 25/13, 89/14 (Odluka Ustavnog suda broj U-I-885/2013, od 11. s rpnja 2014.) - dalje: ZPP ili Zakon o parničnom postupku.

¹⁷ Kazneni zakon, NN 110/97, 27/98, 129/00, 51/01, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11. – dalje: KZ. NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15 – dalje: KZ 11.

¹⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08, 155/09, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 (Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske broj: U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2011.), 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 (Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske broj: U-I-2665/2009 i U-I-3118/2011 od 30. siječnja 2014.), 154/14 – dalje: ZZZ ili Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN 121/03, 48/05., 85/06, 117/08 – dalje: ZZZ 03.

¹⁹ Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, NN 124/11.

²⁰ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH, NN 80/13, 137/13.

²¹ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH, NN 80/13.

osiguranju²², Zakon o zaštiti prava pacijenata²³, Zakon o liječništvu²⁴, Zakon o sestrinstvu²⁵, Zakon o ljekarništvu²⁶, Zakon o dentalnoj medicini²⁷, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti²⁸, Zakon o medicinskim proizvodima²⁹, Zakon o krvi i krvnim pripravcima³⁰, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama³¹.

5. INFORMIRANI PRISTANAK KAO JEDNO OD TEMELJNIH PRAVA PACIJENATA I TRANSPLANTACIJA

ZZZ 03 nije definirao³² pojam "informirani pristanak", ali je propisivao da u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na točno informiranje i pouku o svim pitanjima koja se tiču njezina zdravlja³³. U ZZZ je iz članka 22. koji govori o pravima i dužnostima osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite čak potpuno izbačeno navođenje točnog informiranja i pouke o svim pitanjima koja se tiču pacijentova zdravlja kao jednog od prava i dužnosti, ali u pravnoj

²² Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN 85/06, 150/08, 71/10.

²³ Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/04, 37/08 (Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske broj: U-I-4892/2004 i U-I-3490/2006 od 12. ožujka 2008.) - dalje: ZZPP ili Zakon o zaštiti prava pacijenata.

²⁴ Zakon o liječništvu, NN 121/03, 117/08 - dalje: ZOL ili Zakon o liječništvu.

²⁵ Zakon o sestrinstvu, NN 121/03, 117/08, 57/11 - dalje: ZOS ili Zakon o sestrinstvu.

²⁶ Zakon o ljekarništvu, NN 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.

²⁷ Zakon o dentalnoj medicini, NN 121/03 (Zakon o stomatološkoj djelatnosti), 117/08 (Zakon o dopunama Zakona o stomatološkoj djelatnosti), 120/09 (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o stomatološkoj djelatnosti – u čl. 29. U cijelom tekstu Zakona o stomatološkoj djelatnosti riječi: „stomatološkoj djelatnosti“ zamjenjuju se riječima: „dentalnoj medicini“ – stupanjem na snagu zakon mijenja ime u Zakon o dentalnoj medicini).

²⁸ Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, NN 121/03, 117/08.

²⁹ Zakon o medicinskim proizvodima, NN 76/13.

³⁰ Zakon o krvi i krvnim pripravcima, NN 79/06, 124/11.

³¹ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN 76/14.

³² U ZZPP pojam informiranje je označen preciznije. Prema čl. 8., st. 1. ZZPP pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o:

- svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,

- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,

- mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,

- svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,

- mogućim zamjenama za preporučene postupke,

- tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,

- daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,

- preporučenom načinu života,

- pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

³³ Čl. 21., st. 1., toč. 6. ZZZ 03.

teoriji i sudskoj praksi (posebice američkoj), navodi se da informirani pristanak u sebi uključuje pravo pacijenta biti upućen i informiran o karakteru i ozbiljnosti njegove bolesti, općoj prirodi, rizicima i ozbiljnosti predloženog tipa liječenja ili zahvata, mogućnostima uspješnog liječenja, dostupnosti i rizicima alternativnih metoda liječenja te eventualno o eksperimentalnoj prirodi predloženog zahvata ili liječenja.³⁴

ZZZ 03 je predviđao³⁵ da svaka osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite ima pravo na slobodan izbor između više mogućih oblika medicinskih intervencija koje mu ponudi doktor medicine, odnosno doktor stomatologije, osim u slučaju neodgodive intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje osobe ili izazvalo trajna oštećenja. Ako osoba (pacijent) nije sposobna donijeti ovakvu odluku ili je maloljetna, za donošenje odluke ovlašteni su: bračni drug, roditelji, punoljetna djeca te punoljetna braća i sestre i skrbnik, odnosno zakonski zastupnik te osobe. Prema ZZZ 03 traženje te suglasnosti nije bilo obvezno ako bi zbog njezinog pribavljanja proteklo vrijeme zbog čega bi život osobe bio ugrožen, a ona u tom trenutku nije u stanju donijeti takvu odluku.³⁶ ZZZ ne sadrži te odredbe. Jedino objašnjenje koje nam je logično jest da je zakonodavac shvatio da je bolje o tako važnom pitanju ne govoriti na paušalan način, kako je do sada bio slučaj u ZZZ 03, već da je sve prepušteno ZZPP i ostalim zakonima, poput ZOT – koji specificiraju pojam „informiranje“. Međutim, smatramo da je pogrešno izbacivati pravo na točno informiranje i pouku iz popisa prava i dužnosti osoba u ostvarivanje zdravstvene zaštite.

Za razliku od ZZZ, ZOT i ZOP preciznije³⁷ određuju što informiranje treba obuhvaćati.³⁸ Jedan od uvjeta pravne dopuštenosti transplantacije je valjani, informirani pristanak. Pristanku pacijenta na liječenje, u smislu pristanka na postupak transplantacije, nužno mora prethoditi informiranje - voluntas aegroti

³⁴ Josip Madarić, Informirani pristanak – pravo svakog pacijenta, na: Udruga Pacijent danas – Rijeka, <http://www.pacijenti.hr/news.aspx?NewsID=83&PageID=30>.

³⁵ Čl. 21. st. 1., toč. 5. ZZZ 03.

³⁶ Čl. 21., st. 1., toč. 5. ZZZ 03.

³⁷ To pitanje reguliraju i čl. 6.-15. ZZPP, a prema čl. 11. ZZPP tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, pacijent ima pravo na obaviještenost o uspjehu, odnosno, neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih. Također, prema čl. 12. ZZPP pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

³⁸ Prema njemu bi liječnik prije davanja suglasnosti primatelju morao dati „odgovarajuću obavijest o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenih rizika“, temeljem čega primatelj daje pisanu suglasnost kao izraz slobodne volje, utemeljene na dobivenoj obavijesti - čl. 21., st. 2. ZOT; čl. 16., st. 3. ZOP., uz dodatnu obvezu liječnika da donora upozna s pravom na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje i to od liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja. - Čl. 15., st. 3. ZOT; čl. 16., st. 4. ZOP.

suprema lex (volja pacijenata je iznad zakona).³⁹ To se odnosi na donora i na primatelja organa. Glede donora, razlikujemo situacije kada je donor kadaveričan i kada je donor živa osoba. Kada je donor kadaveričan, u našem pravu vrijedi načelo presumiranog pristanka⁴⁰, te onaj tko ne želi donirati organe post mortem mora se za života upisati u negativni registar. Odluka želi li biti donor ili ne je dio prava na informirani pristanak (koji u sebi sadrži i pravo na odbijanje). Kada je donor živa osoba, za njega vrijedi pravo na informirani pristanak prije postupka transplantacije (koji uključuje sve faze, i pripremu za taj postupak⁴¹). Uzimanje dijelova tijela od živog donora dozvoljeno je samo ako je on za taj zahvat dao suglasnost u pisanom obliku.⁴² Suglasnost donora organa ili tkiva mora se odnositi samo na predviđeni zahvat i daje se u pisanom obliku te mora biti izraz slobodne volje donora, utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenim rizicima.⁴³ Prilikom davanja obavijesti donora treba upoznati s njegovim pravima propisanim u ZOT i ZOP, a osobito o pravu na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje i to od liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja. Suglasnost se može dati i uz uvjet da se

³⁹ Za englesko pravo: "Any medical treatment involving physical contact with the patient's body is prima facie a battery unless the patient has expressly or implicitly consented to that contact." - Clerk & Lindsell, on Torts, Eighteen edition, General editor: Antony M. Dugdale, Sweet & Maxwell, London, 2000., str. 430.

⁴⁰ Kod eksplantacije organa s mrtve osobe (kadaveričnog donora) vrijedi načelo presumiranog pristanka pa prema čl. 17., st. 1. ZOT; čl. 22., st. 1. ZOP - dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se donor za života nije tome u pisanom obliku protivio, dakle ako nije upisan u „negativni registar“. Kao što je određeno u čl. 17., st. 2. ZOT i čl. 22., st. 2. ZOP, da netko ne bi bio donor potrebno je da za života svom izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite (ili ministarstvu) preda „pisanu izjavu o nedarivanju“, a koju on dostavlja ministarstvu nadležnom za zdravstvo (čl. 18., st. 1. ZOT; čl. 23., st. 1. ZOP), te se podaci iz izjave unose u „listu nedarivatelja“, koji su profesionalna tajna (čl. 18., st. 5. ZOT; čl. 23., st. 4. ZOP). Punoljetne osobe koje nisu sposobne za rasuđivanje pisanu „izjavu o nedarivanju“, solemniziranu od strane javnog bilježnika, daje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik (čl. 17., st. 3. ZOT; čl. 22., st. 3. ZOP.). Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba daje „izjavu o nedarivanju“ u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime dati „izjavu o nedarivanju“ (čl. 17., st. 4. ZOT; čl. 22., st. 4. ZOP).

Načelo presumiranog pristanka ne vrijedi beziznimno za sve koji umru na teritoriju Republike Hrvatske, već je za uzimanje dijelova tijela u svrhu presađivanja potreban pisani pristanak bračnog ili izvanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, punoljetnog brata ili sestre umrle osobe, kada je riječ o umrloj osobi koja nije državljanin Republike Hrvatske, odnosno nema u Republici Hrvatskoj stalni boravak. – čl. 19. ZOT; čl. 24. ZOP.

Načelo presumiranog pristanka na doniranje organa ne vrijedi također u slučaju potencijalnog kadaveričnog donora koji je maloljetan jer je tada potreban pisani pristanak oba roditelja, ako su živi ili njihov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik. – čl. 20. ZOT; čl. 25. ZOP.

⁴¹ U smislu testiranja je li riječ o kompatibilnom donoru itd.

⁴² Čl. 14. ZOT; čl. 16., st. 1. ZOP.

⁴³ Čl. 15., st. 2. ZOT; čl. 16., st. 3. ZOP.

presadivanje obavi određenoj osobi. Donor može slobodno i u bilo koje vrijeme do početka postupka uzimanja opozvati svoju suglasnost.⁴⁴

Što se primatelja tiče, on mora dati pisanu suglasnost, a ona mora biti izraz slobodne volje primatelja, utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti njegove uspješnosti i uobičajenih rizika.⁴⁵

Dakle, ZOT i ZOP sadrže odredbe koje izričito reguliraju i davanje suglasnosti primatelja organa i tkiva. Za razliku od naših zakona koji reguliraju transplantaciju, zakoni o transplantaciji nekih europskih zemalja uopće ne sadrže odredbe koje izričito reguliraju davanje suglasnosti primatelja organa i tkiva za presadivanje, npr. njemački zakon o transplantaciji (Transplantationsgesetz – TPG), Nizozemske (The Organ Donation Act, 1996), Švicarske (Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen - Transplantationsgesetz), Italije (Legge 1 aprile 1999, n. 91) i Francuske (Loi N. 94-654 du 29 juillet 1994).⁴⁶

Prema ZZPP informacija mora biti jasna, izrečena jezikom i na način koji pacijent s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti, može razumjeti.⁴⁷ To je odredba koju je vrlo teško primijeniti u većini slučajeva. Naime, često liječnici pacijenta ne poznaju dovoljno dobro kako bi znali precizno procijeniti mentalne sposobnosti pacijenta, jer često pacijenti radi nelagode, respekta ili straha ne razvijaju neku bogatiju konverzaciju s liječnikom, a često za to i nema vremena pa je vrlo problematično od liječnika tražiti da procijeni mentalne sposobnosti pacijenta i razumije li u potpunosti sve date mu informacije. Sporan dio ove odredbe je i traženje da liječnik procijeni razumije li pacijent sve informacije s obzirom na obrazovanje, jer obrazovanje može biti indikativni pokazatelj, ali nije nužno da je obrazovanja osoba inteligentnija od neobrazovane. Također, propustilo se izričito propisati da bi liječnik morao pacijentu iznijeti osobne interese koje bi mogao imati u poduzimanju određenog zahvata, bilo da proizlaze iz istraživanja kojima se liječnik bavi ili su ekonomske prirode, a koji mogu utjecati na liječnikovu prosudbu o željenom tretmanu.⁴⁸ Takva obveza za liječnike u SAD stvorena je presudom u slučaju Moore v. Regents of University of California.⁴⁹ Premda nema izričite odredbe o obvezi liječnika iznijeti osobne interese, hrvatski zakoni ipak

⁴⁴ Čl. 15., st. 4. ZOT; čl. 16., st. 6. ZOP.

⁴⁵ Čl. 21. ZOT; čl. 10. ZOP.

⁴⁶ Maja Čolaković, Maloljetna osoba kao davalac i primalac organa i tkiva za transplantaciju, *Materia Socio Medica*, Vol. 20. - No. 1., 2008., str. 35.

⁴⁷ Čl. 8. ZZPP.

⁴⁸ Tako i više: Ksenija Turković, Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj, *Medicina* 2008., Vol. 44, No. 2, str. 158.-170., rad dostupan na: <http://hrcak.srce.hr/medicina>.

⁴⁹ 51 Cal. 3d 120; 271 Cal. Rptr. 146; 793 P.2d 479 (1990).

štite sve one kojima se prilikom nekog zahvata uzme neki dio tijela, da se taj dio može pohraniti i upotrijebiti u svrhu drukčiju od one radi koje je uzet samo ako se to učini u skladu s odgovarajućim postupkom informiranja i davanja suglasnosti.⁵⁰ Transparentnosti pomaže i „sljedivost“, odnosno „mogućnost pronalaženja i identificiranja tkiva i/ili stanica u bilo kojoj fazi postupka darivanja do primjene ili uništenja...“⁵¹

Pacijentu treba ukazati i na rizik kojemu se izlaže ako odbije preporučenu medicinsku intervenciju jer u protivnom zdravstveni djelatnik nije u potpunosti informirao pacijenta i može biti odgovoran za štetu.⁵² U medicinskopravnoj teoriji se smatra da liječnik nije dužan obavještavati pacijenta o općepoznatim rizicima koji se poznati i medicinskom laiku, poput mogućnosti da se rana nakon operativnog zahvata inficira, da ostane ožiljak i sl.⁵³

Prema načelu volenti non fit iniuria pristanak pacijenta isključuje protupravnost medicinske intervencije pod uvjetom da je pravno valjan i da su izvedeni oni zahvati za koje je, nakon obavijesti o njima, dan pristanak.⁵⁴ Ako nije bilo valjanog pristanka, zahvat je protupravan jer se njime krši pravo na tjelesni integritet. U slučaju **neuspješnog** zahvata bez pravno valjanog pristanka, odgovara se za svu njime prouzročenu štetu, makar je zahvat lege artis izveden⁵⁵. Problem je složeniji u slučaju kada je samovoljni medicinski zahvat bio medicinski indiciran, obavljen lege artis i **dao uspješne rezultate**.⁵⁶ Među pravnicima postoje različita mišljenja.⁵⁷ Slažemo se sa stavom da ako zahvat izveden bez pristanka pacijenta uspije, a da pritom ne bude počinjena nikakva liječnička greška, može se odgovarati jedino

⁵⁰ Čl. 20. ZOP.

⁵¹ Definicija pojma u čl. 3., podstavak 22. ZOP. Sljedivost reguliraju čl. 37.- 39. ZOP. Za organe: čl. 1., podstavak 18. ZOT.

⁵² Jakov Radišić, Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika, Beograd, 1986., str. 194.

⁵³ Klaus Ulsenheimer, Aufklärungspflicht und Einverständniserklärung zur Behandlung, Der Chirurg, 1996., br. 3., str. 76.

⁵⁴ Petar Klarić, Odštetno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2003., 404.

⁵⁵ Takvo gledište prihvaća njemačka i švicarska sudska praksa.

⁵⁶ Usp. Nenad Đurđević, Pristanak pacijenta na lečenje, Pravni fakultet, Institut za pravne i društvene nauke, Kragujevac, 1997., str. 132.

⁵⁷ Prema vladajućem stavu u njemačkom pravu i u tom slučaju se smatra da ne postoji pristanak pacijenta i to predstavlja protupravnu povredu tijela, koja ga čini odgovornim za sve nastale štete (imovinske i neimovinske, neizbježne i one koje su se mogle izbjeći) koje uslijed toga nastanu. - Erwin Deutsch, Die Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten, Neue Juristische Wochenschrift, br. 39., 1979., str. 1905.-1909. – prema Nenad Đurđević, op. cit., str. 132. i 133. U posljednje vrijeme sve veći broj njemačkih pravnih teoretičara smatra da to ne bi predstavljalo tjelesnu povredu, već isključivo predstavlja neovlašteno zadiranje u pravo osobnosti pacijenta, kao zaštićenog pravnog dobra - slobodu odlučivanja, odnosno samoodređenja u odnosu na tijelo i zdravlje. - Nenad Đurđević, ibid.

za nastalu štetu kao posljedicu povrede prava na tjelesni integritet, dakle za neimovinsku štetu.⁵⁸

Oštećenik (pacijent) pravni temelj za odštetni zahtjev zbog toga što je liječen protiv svoje volje može pronaći u kršenju ugovorne obveze - ako postoji ugovor, ali i u povrijedi zakona - zabrane prouzročenja štete i zabrane samovoljnog liječenja. On može birati pravni temelj tužbe koji je za njega povoljniji, ako bude oštećen po jednoj osnovi, gubi pravo na obeštećenje po drugoj, osim ako bi po njoj mogao dobiti više nego po prvoj.⁵⁹

Obveza informiranja pacijenta ima i procesnopravnu posljedicu. Naime, kada pacijenti u odštetnoj parnici protiv liječnika ne mogu dokazati liječničku grešku kao uzrok pretrpljene štete, onda često ističu prigovor neobavješćavanja ili nedovoljnog obavješćavanja o medicinskoj intervenciji. Takvim prigovorom teret dokaza prebacuju na liječnika.⁶⁰ Time dolaze u bitno bolju poziciju u sudskom postupku jer liječnik onda treba dokazati da nije kriv za to za što ga se u postupku tereti. Naknadni pristanak nema djelovanje na protupravnost radnje, ali može imati značaj oprosta duga.⁶¹

Zaključno, jasno je da i donor i primatelj imaju pravo na punu informiranost, a to je pravni standard koji je vrlo zahtjevan i kojega je često dosta teško ispuniti. Iako nema potpuno jasne zakonske odredbe, moglo bi se zaključiti da, ako nema informiranog pristanka (a on pretpostavlja punu obaviještenost) pacijent gotovo sigurno uspijeva s odštetnim zahtijevom (ako su ispunjeni i drugi uvjeti), a već to pokazuje o koliko se ozbiljno stvari radi.⁶²

Transplantacija za svoj cilj ima pomoć osobi kojoj se obavlja implantacija. Vodeći računa o apsolutnoj zabrani komercijalizacije, cilj je osigurati transplantaciju u kojoj nema mogućnosti komercijalizacije. Međutim, ipak je ključno da transplantacija pomogne zdravlju onoga u čiju korist se transplantacija obavlja. Da bi se taj cilj postigao, potrebno je prethodno izvršiti temeljite provjere svih okolnosti koje služe kako bi se provjerilo sve relevantne okolnosti, od onih pravnih pa do onih medicinskih (redosljed nije bitan). Domaća i teorija i praksa u svezi transplantacije su relativno siromašni u usporedbi s onim stranim, što je i očekivano već i zato što je hrvatski pravni sustav vrlo mlad i u mnogim aspektima

⁵⁸ Petar Klarić, Građanskopravna odgovornost u medicini, okrugli stol održan 19. veljače 2001. u HAZU, na: www.pravnadatoteka.hr/.../Odgovornost_za_stetu_zbog_gresaka_u_medicini.doc.

⁵⁹ Hans Putzo, Die Arzthaftung, Grundlagen und Folgen, Verlag Gedon & Reuss, München, 1979., str. 25.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Nenad Đurđević, op. cit., str. 144.

⁶² O informiranom pristanku u Njemačkoj vidjeti: Dietrich Eberhardt, Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ärztliche Aufklärungspflicht im Zivilrecht Frankreichs und Deutschlands, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe, 1968.

se od osamostaljenja krenulo od točke koja nije nula, ali nije baš ni tako daleko od nule. Međutim, i u stranom pravu još uvijek postoje mnoge dvojbe i to ne samo po različitom rješenju osnovne dvojbe u svezi transplantacije (presumirani ili izričit pristanak). Jedan vrlo aktualan slučaj je tzv. slučaj Wederell nazvan baš po pacijentici kojoj se dogodilo nešto što ni u engleskom pravu nema jasno pravno rješenje ili barem jasnu i zakonitu praksu.⁶³ Radi se o slučaju pacijentice Jennifer Wederell koja je umrla u kolovozu 2012. god. od raka pluća 16 mjeseci nakon što su joj transplatirana pluća pušača. Pravni problem je u tome što pacijenticu nitko u sklopu informiranja nakon kojega je dala svoj informirani pristanak nije upozorio na ovu okolnost. Bolnica se ispričala priznajući da je pacijentica morala imati mogućnost izbora i objasnila kako je vrlo rijetko da osobe koje su na listi čekanja izjave kako ne žele biti razmatrane kao potencijalni primatelji za klinički zdrava pluća pušača. Bolnica je izjavila i da, kada bi se s popisa raspoloživih pluća za transplantaciju brisalo ona koja dolaze od donora pušača, ukupan broj bi se smanjio za čak 40 %.

Radi se o problemu koji se svodi na to je li pristanak bez saznanja o tome da se radi o plućima pušača moguće tretirati kao informirani pristanak ili ne. Prema našem mišljenju, dvojba se svodi na to što znači pojam „klinički zdrava pluća“. Ukoliko to znači da nema nikakve medicinske indikacije koja bi ukazivala na to da je transplantacija rizična (pa na to ne utječe podatak o tome da se radi o pušaču) trebalo bi smatrati da je pristanak valjan. Ukoliko već sama činjenica da se radi o plućima pušača znači objektivno (i znanstveno istraženo i utemeljeno kao zaključak) povećani rizik, jedini mogući zaključak je da se pacijenta o tome (ali i o bilo kojoj drugoj takvoj okolnosti) mora informirati, sa svim mogućim pravnim učincima kršenja te obveze.

6. OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI ZA ŠTETE KOD TRANSPLANTACIJE

S obzirom na složenost zahvata, kod transplantacije je opasnost od nastanka šteta vrlo velika, a velike su i potencijalne štete - u pravilu će biti ugroženo ne samo zdravlje, nego i život, a to je najviše što se uopće može ugroziti. Iako je sustav obveznog osiguranja od profesionalne odgovornosti u hrvatskom pravu razvijen i postoji dugačka lista djelatnosti koje podliježu toj obvezi i dobra iskustva s tim u svezi, ni liječnici ni zdravstvo općenito nisu bili dio tog popisa sve do nedavno,

⁶³ Umrla od raka pluća nakon što su joj presadili pluća pušača, www.24sata.hr/.../umrla-od-raka-pluća-nakon-što-su-joj-presadili-plu..., od 18. prosinca 2012.; dnevnik.hr/.../zena-s-cisticnom-fibrozom-umrla-nakon-transplantacije-pluća-pušača-..., od 18. prosinca 2012.

točnije do novele Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2013. god., a ni ta novela nema dosege koje je mogla i morala imati. Stručna javnost je to već davno uočila i digla svoj glas protiv toga, za sada još uvijek bez pravog uspjeha. Zakonsko rješenje je do novele ZZZ iz 2013. bilo vrlo loše i štetno za sve, od države do bilo kojeg potencijalnog i štetnika i oštećenika. U svrhu argumentacije treba samo zamisliti što bi bilo danas da nema obveznog automobilskeg osiguranja – radio bi se o ozbiljnom udaru na pravnu sigurnost i vladavinu prava. Ako je tako kod šteta koje mogu, ali i ne moraju uključiti ljudski život i zdravlje⁶⁴, kod medicinskih šteta sve to može biti samo multiplicirano. S obzirom na prethodno navedeno, ako nitko nije ozbiljno doveo u pitanje npr. automobilske obvezno osiguranje, nema nikakve logike da se isto analogno ne primijeni i na osiguranje u zdravstvu, osobito stoga što postoje brojna druga obvezna osiguranja od profesionalne odgovornosti (stečajni upravitelji, odvjetnici, javni bilježnici...). Novelom ZZZ iz 2013. stavak 3. članka 124. dobio je sljedeći sadržaj: *Poslodavac je obavezan sve zdravstvene radnike koji neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu osigurati od štete koja bi mogla nastati u provođenju zdravstvene zaštite*. Točno je da je bolje da su ovim obuhvaćeni barem oni zdravstveni radnici koji neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, ali je još točnije da je prava šteta što nisu obuhvaćeni baš svi koji sudjeluju u tzv. lancu svih onih koji sudjeluju u pružanju zdravstvene usluge.

Generalno, i obvezno i neobvezno osiguranje od profesionalne odgovornosti pozitivno djeluju na sve uključene subjekte⁶⁵ – od poslodavca preko liječnika do pacijenta. U sustavu koji nema izgrađenu tradiciju osiguranja, u kojemu se često izbjegava i obvezno osiguranje, značenje obveznog osiguranja od odgovornosti je veliko. Na taj način se potiče i kultura sklapanja polica osiguranja i izvan obveznog područja, bilo da se radi samo o povećanju osiguranog iznosa i/ili i o drugim razlikama. S druge strane, nesporno je da se radi o djelatnosti koja se, velikim dijelom i pod pritiskom konkurencije, vrlo brzo razvija⁶⁶, pa se na primjeru još uvijek najvećeg osiguravatelja koji je do nedavno bio u državnom vlasništvu vidi da i takva društva ipak mogu dobro poslovati, što najčešće s državnim vlasništvom nije slučaj.

⁶⁴ Kao kod automobilskeg obveznog osiguranja.

⁶⁵ Više o obveznim osiguranjima od profesionalne odgovornosti i o stanju u hrvatskom pravu 2005. godine vidjeti u: Hrvoje Kačer, Obvezna osiguranja profesionalne odgovornosti u hrvatskom pravu, Zbornik radova: Ugovor o osiguranju prema novom ZOO, Inženjerski biro d.d., Zagreb, 2005., str. 92.-132.

⁶⁶ Već postoje ponude kojima je „pokriven“ i slučaj estetske operacije uvjetovane nesretnim slučajem-vidjeti tako na: Osiguranje nezgode +zdravstveno osiguranje, www.crosig.hr/osiguranja/osiguranje-od-nezgode/vrste/.

Svaki ugovor o osiguranju, pored toga što donosi svima korist donosi i neke moguće negativnosti. Uvjereni smo da su te negativnosti, i u slučaju kada ih ima, zanemarive u usporedbi s koristima.

Za pacijenta je moguća negativnost u tome da će mu zdravstvena usluga možda⁶⁷ biti skuplja jer će se u nju uračunati i premija osiguranja. Međutim, pacijent ima veliku korist u tome što će se relativno lako naplatiti od osiguravatelja, kao i u tome što će u uvjetima neopterećenog rada i liječnika i ukupne ustanove, dobiti bolju, kvalitetniju zdravstvenu uslugu.

Za liječnika moguća negativnost je u tome da će mu poslodavac nametnuti trošak osiguranja, ali to je⁶⁸ potpuno zanemarivo u usporedbi s uvjetima mirnog i neopterećenog rada. Već smo ranije naveli da i nije nužno da dođe do regresu. Regres je relativno rijedak, dijelom zbog zakonskog rješenja, dijelom zbog ustaljene prakse, koja ima barem dijelom objašnjenje u tome što su velike bolnice gotovo sve ustanove u državnom vlasništvu. Ipak jednom liječniku nije svejedno je li ili nije njegov poslodavac zbog nje/njega bio prisiljen platiti neki iznos oštećeniku.

Za ustanovu moguća negativnost je u tome što će mjesečno ili u nekoj drugoj dinamici plaćati premije osiguranja što može predstavljati opterećenje bolničkog proračuna. Međutim, ta davanja treba staviti u odnos s jedne strane s materijalnom uštedom kada dođe do štete (a te štete su *condicio sine qua non* djelatnosti pružanja zdravstvenih usluga) i s druge strane s neopterećenim radom liječnika i ustanove kao cjeline, što je vrlo dobro jamstvo da će ustanova raditi sve bolje, na korist kako pacijentima i sustavu, tako i sebi i svakom pojedincu unutar same ustanove. Da ne bi bilo dvojbe, premije osiguranja mogu biti visoke isključivo ako se radi o malom broju osiguranika, a ako bi se uključile (a tako je kod obveznih osiguranja) sve zdravstvene ustanove, premija bi bila niska i svima isplativa. Konačno, to dokazuju podaci iz primjene tzv. skandinavskog modela.

Za osiguravatelje je moguća negativnost u plaćanju šteta koje do sada nisu plaćali, ali taj rizik je bit posla osiguravatelja koji stručnim predviđanjima šteta mora pronaći pravi omjer premije i šteta i time sebi osigurati zaradu, a državi kroz različite poreze i doprinose puniti proračun. Posebna je korist što obvezno osiguranje predstavlja temelj za stvaranje kulture sklapanja i onih neobveznih i/ili ugovaranje viših iznosa osiguranja od onih obveznih.

Za državu nema mogućih negativnosti, sve se svodi samo na korist, od boljeg funkcioniranja sustava do ili povećanja broja zaposlenih ili sprječavanja smanjenja

⁶⁷ Možda objektivno i ne bi trebala biti skuplja jer plaćanjem premije se sama šteta „prevladuje“ na osiguravatelja, ali praksa pokazuje da će se bez iznimke postojanje osiguravatelja tumačiti kao dodatni trošak koji znači i poskupljenje vlastite zdravstvene usluge.

⁶⁸ Ako se i dogodi, a ne bi se trebalo dogoditi.

tog broja, objektivno manjeg opterećenja pravosuđa - ako se i ne smanji broj sporova, vođenje od strane visokostručnih profesionalaca koji se bave poslovima osiguranja će smanjiti broj ročišta i omogućiti brže i kvalitetnije odlučivanje. Kada se ovo za državu uzme u obzir, treba se upitati zašto onda država do 2013. nije propisala obvezno osiguranje od profesionalne odgovornosti, a propisala ga je za brojne druge djelatnosti⁶⁹.

I bez da se dublje ulazi u analizu, očito je da su brojne koristi (povećano zapošljavanje kod osiguravatelja, povećana davanja u proračun i u razne fondove, odsutnost kriza koje u bolnicama nastaju kod svake ili prinudne ili dobrovoljne isplate, manja napetost između liječnika i uprava bolnica u svezi raznih šteta i mogućih odgovornosti, manji naboj na liniji ustanova – pacijent....) i što sve jamči ono što je opći i zajednički interes – miran i stručan rad liječnika na jednoj strani i pacijent pun povjerenja koji zna da liječnik nije nepotrebno opterećen.

Dakle, obvezno osiguranje od profesionalne odgovornosti u medicini je nužno ne samo zbog napretka zdravstva, nego i održavanja postojeće razine. Sve navedeno vrijedi za transplantaciju, ali i zdravstvo općenito – radi se o djelatnosti koja zahtijeva obvezno osiguranje kako bi se mogla nesmetano obavljati.⁷⁰ Upravo kod transplantacije je neophodno uključiti u sustav osiguranja sve koji sudjeluju u postupku transplantacije u najširem smislu, pri čemu svakako mislimo i na one koji sudjeluju u transportu (ako tu dođe do problema, uspješne transplantacije neće biti).

7. SUBJEKTIVNA ILI OBJEKTIVNA ODGOVORNOST KOD ŠTETA NASTALIH PRI POSTUPKU TRANSPLANTACIJE U HRVATSKOM PRAVU

7.1. Subjektivna odgovornost

Kod odgovornosti za štetu po osnovi krivnje treba postojati, pored ostalih pretpostavki, i krivnja štetnika kao subjektivni element protupravnosti. Krivnja postoji kad je štetnik prouzročio štetu namjerno ili nepažnjom, pri čemu se predmnjeva obična nepažnja,⁷¹ što bitno olakšava položaj oštećenika. U slučaju kada se radi o ispunjavanju obveza iz svoje profesionalne djelatnosti svatko je dužan

⁶⁹ Radi se o odvjetnicima, javnim bilježnicima, stečajnim upraviteljima...- više: Hrvoje Kačer, Obvezna osiguranja profesionalne odgovornosti u hrvatskom pravu, op. cit., str. 92.-131.

⁷⁰ Više o zdravstvenom osiguranju uopće: Marijan Ćurković, Ugovor o osiguranju osoba – život – nezgoda – zdravstveno, Inženjerski biro, Zagreb, travanj 2009., str. 197. i dalje.

⁷¹ Čl. 1045., st. 2. ZOO.

prema čl. 10., st. 2. ZOO uložiti više nego što se traži od neprofesionalaca, dakle dužan je postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka). Ukoliko se radi o transplantaciji, u svakom slučaju se radi o aktivnostima profesionalaca, što znači da je mjerilo dužne pažnje povećano, dakle traži se pažnja dobrog stručnjaka. Na primjeru transplantacije najjasnije je da je primjena izuzetno složena već i zato što je postupak transplantacije multidisciplinarni i što je u njega izravno i neizravno uključen velik broj osoba. Radi se o jednom od najsloženijih medicinskih postupaka koji zahtijeva vrhunske stručnjake u svakom pogledu, pa bi to moralo značiti i da je to jedan od onih zahvata koji (kao i npr. svaka operacija na srcu) ne trpi prosječnost. Poznato je da je subjektivna odgovornost općenito pravilo, a objektivna odgovornost iznimka.⁷² U pravnoj teoriji i sudskoj praksi u svijetu prevladava gledište da su za šete u medicini najprikladnija pravila subjektivne odgovornosti i to one njezine varijante kod koje oštećenik mora dokazati krivnju liječnika. Prema stavu jednog autora⁷³, zahtjev krivnje kao pretpostavke odgovornosti ovdje ima pravnoetičku nadmoć naspram objektivne odgovornosti i najbolje osigurava slobodu stručnog djelovanja liječnika, budući mu jamči da neće odgovarati za pogoršanje zdravlja pacijenta odnosno za neuspjeh liječenja, ako postupi pažljivo i u skladu s pravilima struke. Nadalje, postoji stav da liječenje nije opasna djelatnost jer da je u stvari bolest izvor opasnosti, odnosno da se pacijent već nalazi u opasnosti, a liječnik pokušava pomoći pa prema tome pacijent treba snositi rizik eventualnog neuspjeha.⁷⁴

Smatramo nužnim naglasiti da je obveza liječnika obveza sredstva, a ne obveza cilja i da se to odnosi i na transplantaciju. U teoriji je prilično jedinstven stav o postojanju⁷⁵ obveze sredstva, a ne obveze cilja. Iako je moguće i odstupanje od ovoga pravila, ipak je odstupanje rijetko.⁷⁶ Pravilo je da se profesionalac koji se bavi intelektualnom djelatnošću obvezuje postupati prema pravilima struke, truditi se što više, koristiti sva dopuštena sredstva (materijalna i druga), ali izostanak rezultata sam po sebi ne znači i nastupanje okolnosti odgovornosti za štetu.⁷⁷ Profesionalac - u ovom slučaju liječnik odgovara ako svojim postupcima

⁷² Silvija Petrić, Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu Bosne i Hercegovine, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse br. 3., Mostar, 2005., str. 117., Petar Klarić, Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (prvi dio), Hrvatska pravna revija br. 8/2001., str. 26. (nap. B.I.K. – iako je citirani tekst objavljen u vrijeme prije stupanja na snagu ZOO vrijedi i danas jer u odnosu na modele odgovornosti nije bilo promjena).

⁷³ Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 391.- 392.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Kao obilježja koje u pravilu postoji kod profesionalne djelatnosti ili intelektualne djelatnosti, u ovom slučaju liječnika.

⁷⁶ Školski primjer iznimke je ako se u ugovornom odnosu ugovorne strane tako dogovore, u čemu mogu i ne moraju naći svoj interes.

⁷⁷ Više o obvezi sredstva (a ne cilja): Francesco Galgano, Diritto civile e commerciale, vol. II., tomo II, CEDAM. Padova, 1990., str. 63. i dalje; Silvija Petrić, Problem pravne osnove profesionalne odgovornosti za štetu, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, (1991), v. 25. br. 1., 2004., str. 208.-

nije udovoljio traženim kriterijima, a ne odgovara ako im je udovoljio, makar se i nije postigao cilj.

Otvorena je dvojba je li pojam dobar stručnjak sinonim za pojam prosječan stručnjak ili nije. Jasno je da u svakom poslu, pa i liječničkom, ima onih koji spadaju u vrh struke, na dno struke i u sredinu struke i nema jamstva da su oni koji su prosječni istodobno i dobri stručnjaci. Prema našem mišljenju, postoji potreba, ali i snažni argumenti, da se za djelatnost transplantacije (pa i bez promjene propisa) zahtijeva najviša moguća stručnost, dakle da se pravni standard iz ZOO o pažnji dobrog stručnjaka tumači na način da se mora raditi o iznimno dobrom stručnjaku, a da se kod eventualne novele to pokuša i normativno izrijeком propisati. Naime, kako je ZOO napravio razliku samo između nestručnjaka i dobrih stručnjaka, ne vidimo baš ni potrebu ni logiku da se jednaka mjera⁷⁸ primjenjuje na profesionalca koji dijagnosticira običnu prehladu ili običnu gripu i onog koji obavlja transplantaciju, posebno npr. transplantaciju srca.⁷⁹

Prema našem mišljenju subjektivna odgovornost će kod transplantacije doći u obzir samo iznimno (kod elemenata kao što je higijena u bolesničkoj sobi i sl., makar bi se i u tim slučajevima možda moglo, argumentom da se radi samo o djeliću ukupnog lanca koji predstavlja transplanatciju, pa svaki dio nužno dijeli sudbinu cjeline, tumačiti i drukčije), a pravilo je objektivna odgovornost.⁸⁰

7.2. Objektivna odgovornost

Za štetu od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost štete za okolinu odgovara se bez obzira na krivnju. Po kriteriju uzročnosti odgovara se i u drugim slučajevima predviđenim zakonom. Po ovom kriteriju štetnik odgovara već na temelju objektivne činjenice da je šteta prouzročena (kriterij uzročnosti - kauzaliteta), pa ovu odgovornost nazivamo i objektivnom odgovornošću. Kod odgovornosti po ovom kriteriju, štetnik se ne oslobađa odgovornosti dokazivanjem da nije kriv što se šteta dogodila, nego se može osloboditi odgovornosti samo ukoliko dokaže da je šteta prouzročena višom silom, radnjom samog oštećenog ili neke treće osobe (članak 1067. ZOO)⁸¹, kao i ako dokaže⁸² da nema kauzalnog

210., o (međunarodnoj) sudskoj praksi u svezi ovoga: Baldassari, A.-Baldassari S., *La responsibilita civile del professionista*, Giuffrè editore, Milano, 1993., str. 135.-161.

⁷⁸ Naravno da se to mora odraziti i na druge aspekte pa tako npr. i na plaću, slobodne dane, dežurstva i dr.

⁷⁹ Više: Hrvoje Kačer, *Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku*, Zbornik radova skupine autora: *Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse*, Novalja, 2009., str. 23.- 69.

⁸⁰ Ovo znači i mogućnost iznimke, gdje svakako spada transfuzija.

⁸¹ Hrvoje Kačer, *Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku*, op. cit., str. 39.

⁸² U protivnom vrijedi predmnjeva postojanja kauzalnog nekusa ako je šteta nastala u svezi s opasnom stvari ili opasnom djelatnošću.

neksusa. „Opasna stvar je svaka stvar koja po svojoj namjeni, osobinama, položaju, mjestu i načinu uporabe ili na drugi način predstavlja povećanu opasnost nastanka štete za okolinu, pa je zbog toga treba nadzirati povećanom pažnjom.“⁸³ „Djelatnost predstavlja povećanu opasnost i postaje opasna djelatnost kada u njezinom redovitom tijeku, već po samoj njezinoj tehničkoj prirodi i načinu obavljanja, mogu biti ugroženi životi i zdravlje ljudi ili imovina, tako da to ugrožavanje iziskuje povećanu pozornost osoba koje obavljaju tu djelatnost kao i osoba koje s njom dolaze u dodir.“⁸⁴

Prema stavu jednog autora, s kojim se u potpunosti slažemo⁸⁵, sve se veći broj autora zalaže za uvođenje objektivne odgovornosti u područje medicinskog odštetnog prava, jer je sve veća uporaba različitih aparata korištenje visoke tehnologije u medicini (CT laparoskopija, laparaktomija, robotička kirurgija, endoskopija, laser, telemedicina, zračenja itd.), a s druge strane anonimizacija i depersonalizacija odnos liječnik – pacijent.⁸⁶ Prema umjerenijim gledištima, „pravila objektivne odgovornosti bi trebalo primjenjivati barem na najopasnije vidove medicinskih intervencija, kao što su kirurški zahvati, nuklearna medicina, **transplantacija** i sl.“⁸⁷

Kod transplantacije, smatramo da se u tumačenju mora ići u prilog pacijentu, to je ratio legis. Teško je zamisliti složeniju i sofisticiraniju medicinsku djelatnost od transplantacije – ne mora se raditi o transplantaciji srca (makar je ona vjerojatno najreprezentativnija za našu tezu) – s druge strane, tko će se usuditi tvrditi da nije maksimalno složena transplantacija bilo kojeg organa, od kože (pa i u najmanjem

⁸³ Današnjoj medicini je svojstveno da je sve više oslonjena na različite medicinske uređaje bez kojih je velika većina onoga što se obično naziva medicinskim uslugama gotovo nezamislivo, bilo da je riječ o dijagnostici, bilo da je riječ o liječenju. To ne znači da je uloga čovjeka stručnjaka postala nebitna, nego samo stvara jedan drukčiji kontekst od onoga koji je postojao prije ne tako dugo vremena. U prošlosti su se medicinski uređaji svodili na jednostavne uređaje čiju je ispravnost liječnik koji njime radi mogao lako kontrolirati, dok je danas često riječ o vrlo kompliciranim uređajima koji se moraju redovito servisirati (za što medicinske ustanove često nemaju dovoljno sredstava pa se često događaju kvarovi) i za kojeg liječnik koji na njemu radi ne može sa sigurnošću reći da je ispravan. Primjer za to bi bilo da je serviser u bolnici na stroju za anesteziju greškom zamijenio cijevi od kisika i dušika od čega je pacijentica koja je bila prva na programu za operaciju i umrla (nažalost, to je stvarni primjer iz KBC Firule od prije nekoliko godina). Sličnih primjera, nažalost, ima dosta. Standard današnje medicine je da se prije konačne dijagnoze izvede čitav niz pretraga (npr. röntgen, CT, MR) i to je samo dijelom rezultat toga da liječnici ne žele sebe staviti u situaciju da im se sutra prigovori da nisu baš sve poduzeli što su mogli i da su za to odgovorni, a drugim dijelom rezultat činjenice što su današnje opasnosti u smislu bolesti jednostavno neuporedive s nekadašnjim i gotovo svakog dana se u svijetu pojavi nešto novo što zahtijeva pronalazak protulijeka i sl.

⁸⁴ Petar Klarić, Martin Vedriš, op. cit., str. 615., slično i u: Veseljko Šeparović, Odgovornost za štetu od opasne stvari ili opasne djelatnosti; Zakonitost broj 9-10/87, str. 1000.

⁸⁵ Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 392.

⁸⁶ Heinz Barta, Munchner Uberlegungen fur eine neue Medizinhaftung, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, br. 2/1997., str. 381.

⁸⁷ Petar Klarić, Odštetno pravo, op. cit., str. 392.

opsegu) dalje. Primjenjuje se anestezija, koriste se vrlo sofisticirani uređaji⁸⁸, angažiraju se isključivo vrhunski stručnjaci, samo uski krug ustanova (i pojedinaca u njima) ima pristup ovim zahvatima i radi se o liječničkoj eliti u pozitivnom smislu toga pojma. Sigurno je da tijekom postupka transplantacije, već po samoj njezinoj tehničkoj prirodi, načinu obavljanja, može biti ugroženo zdravlje, život i/ili imovina, tako da to ugrožavanje iziskuje povećanu pažnju osobe koja obavlja tu djelatnost – ovo je pravno shvaćanje Vrhovnog suda Republike Hrvatske koji smo naprijed citirali, a koji kao da je pisan imajući u vidu transplantaciju. Neuspješna transplantacija očito mora značiti da je oporavak pacijenta (radi čega je transplantacija i indicirana) ili propao ili samo odgođen⁸⁹, a u najlošijoj opciji pacijent umire. Svaka od ovih opcija će značiti povredu prava osobnosti i samim tim nanesenu neimovinsku štetu, uz mogućnost nastanka i imovinske.

Svjesni smo otpora koji postoje u odnosu na uvođenje objektivne odgovornosti u medicini. Međutim, ti su otpori manji kada se radi o uporabi sofisticiranih uređaja, odnosno kada je moguće podvođenje pod pojmove opasne stvari i opasne djelatnosti. Na temelju navedenoga vjerujemo da je jasno da je transplantacija opasna djelatnost i da se za nju odgovara bez krivnje odnosno objektivno. Navedeno ne isključuje i da su pojedine stvari (uređaji) koje se rabe u postupku transplantacije opasne stvari. Naravno da bi bilo bolje da postoji jasna zakonska odredba sa ovim sadržajem, ali i bez nje, vjerujemo da postupak tumačenja jednostavno mora dovesti do ovog zaključka.

8. ZAKLJUČAK

Medicina je doživjela veliki napredak i potrebno je da je pravo prati, što je ponekad težak zadatak. Pohvalno je što smo implementirali pravnu stečevinu Europske unije u naše zakonodavstvo, čime je zaštita pacijenata dovedena na visoku razinu. Preciznije, u novim zakonima (ZOT i ZOP) bila je riječ o usvajanju dviju novih direktiva koje su doprinijele sigurnosti transplantacije i boljoj pravnoj regulaciji. Međutim, šteta što je zakonodavac opet bio brzoplet i što postoje pravne praznine koje prije nisu postojale. Ono što je nužno učiniti zbog pravne sigurnosti i vladavine prava je u što kraćem roku popuniti pravne praznine, kako bismo mogli nastaviti biti primjer ostalim zemljama u području transplantacijskog prava.

⁸⁸ Više o odgovornosti za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja (iako se ne spominje posebno transplantacija, očito su postavljene teze koje idu u prilog objektivnoj odgovornosti više nego primjenjive i na transplantaciju): Petar Klarić, Odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja, Zbornik radova skupine autora: Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja, 2009., str. 69.- 87.

⁸⁹ U slučaju moguće nove, ovaj put uspješne transplantacije.

Informirani pristanak je jedna od pretpostavki da bi medicinski postupak bio pravno dopušten, te je potrebno da bude potpuno jasno sve vezano za njega. Donor i primatelj imaju pravo na punu informiranost, a to je pravni standard koji je vrlo zahtjevan i kojega je često dosta teško ispuniti. Iako nema potpuno jasne zakonske odredbe, moglo bi se zaključiti da, ako nema informiranog pristanka (a on pretpostavlja punu obaviještenost) pacijent gotovo sigurno uspijeva s odštetnim zahtijevom (ako su ispunjeni i drugi uvjeti), a već to pokazuje o koliko se ozbiljnoj stvari radi.

Transplantacija je postupak koji obavljaju vrhunski liječnici, osoblje (i medicinsko i nemedicinsko) koje sudjeluje pri postupku transplantacije su vrhunski stručnjaci. ZOO propisuje subjektivnu odgovornost kao pravilo, a objektivnu samo za slučaj opasne stvari ili opasne djelatnosti. Smatramo da je transplantaciju potrebno smatrati opasnom djelatnošću, te primjenjivati pravila o objektivnoj odgovornosti za štetu, kod koje se krivnja ne dokazuje. Time je bitno olakšan i položaj oštećenika u eventualnom postupku. Naravno, potrebno je osigurati da liječnici obavljaju svoj posao bez straha od greške i tužbe zbog nastale štete. Zato je dobro što je u hrvatsko zakonodavstvo uvedeno obvezno osiguranje od odgovornosti u zdravstvu.

Također, za transplantaciju vrijedi obveza liječnika u smislu obveze sredstva, a ne obveze cilja. U teoriji je prilično jedinstven stav o postojanju obveze sredstva, a ne obveze cilja. Iako je moguće i odstupanje od ovoga pravila, ipak je odstupanje rijetko. Profesionalac - u ovom slučaju liječnik odgovara ako svojim postupcima nije udovoljio traženim kriterijima, a ne odgovara ako im je udovoljio, makar se i nije postigao cilj.

SUMMARY

THE RIGHTS OF PATIENTS AND TRANSPLANTATION

Transplantation is very complicated medical procedure, which performs the best doctors and which has special legal regulation. The author of this paper gives a historical review of legal regulation of transplantation in Croatia and analyzes the laws of transplantation that are still in force, particularly informed consent to the transplantation as one of the fundamental rights of patients, insurance of liability for a transplantation, and does on transplantation applies subjective or objective responsibility, as well as whether applies an obligation of means or targets.

Key words: *transplantation, patients rights, informed consent, insurance, damage, responsibility*

Petra Matijaščić Žugaj, mag.iur.,
Udruga osoba s invaliditetom Samobora i Sv. Nedelje
Daria Jagić, mag.iur.,
Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Zagreb

PRAVA PACIJENATA S INVALIDITETOM I DUŠEVNIM SMETNJAMA

UDK: 341. 231. 14 : 616. 89

Primljeno: 15. listopada 2015.

Stručni članak

Predmet ovog rada je ukratko iznijeti položaj, odnosno prava osoba s invaliditetom i duševnim smetnjama. Ratifikacijom međunarodnih ugovora i donošenjem nacionalnog zakonodavstva, kao država, učinili smo početne korake u izjednačavanju navedenih skupina stanovništva, ali još uvijek svi zajedno moramo raditi na edukaciji i uklanjanju prepreka. Moramo prihvatiti činjenicu da smo svi jednaki i da osobe ne procjenjujemo prema njihovim "nedostacima", nego prema njihovim kvalitetama i vrlinama.

Ključne riječi: *osobe s invaliditetom, osobe s duševnim smetnjama, jednakost*

UVOD

Ovim radom želimo ukratko prikazati prava i položaj pacijenata s invaliditetom i duševnim smetnjama, obzirom da radimo s navedenim skupinama. U svome svakodnevnom radu susrećemo se s raznim situacijama, te ponekad ne znamo da li smo reagirale na pravilan način i da li smo to mogle bolje, ali trudimo se olakšati našim korisnicima što lakše i bezbolnije ostvarivanje njihovih prava i potreba, koja im pripadaju iz ratificiranih međunarodnih ugovora i važećeg nacionalnog zakonodavstva. Velik broj pravnih propisa u području zaštite prava osoba s invaliditetom i osoba s duševnim smetnjama ukazuje na činjenicu da postoji potreba za detaljnim određivanjem načina postupanja prema navedenim skupinama, ali i svjesnost nadležnih institucija u provedbi. Isto tako, svjedoci smo kršenja prava pacijenata, a posebno navedenih kategorija, te ima nastojimo pomoći u sprečavanju diskriminacije, po bilo kojoj osnovi, i poboljšanju položaja navedenih kategorija stanovništva.

U nastavku će prvo biti prikazan položaj pacijenata s invaliditetom, a onda položaj pacijenata s duševnim smetnjama.

PACIJENTI S INVALIDITETOM

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (u nastavku: Konvencija) i Fakultativni protokol uz Konvenciju najmlađi je dokument o ljudskim pravima, koji su Ujedinjeni narodi donijeli 2006. godine. Republika Hrvatska (u nastavku: RH) potpisala je Konvenciju 30. ožujka 2007. godine, Hrvatski sabor ratificirao ju je 01. lipnja 2007. godine, a stupila je na snagu 03. svibnja 2008. godine¹, nakon što ju je potpisalo i ratificiralo dvadeset zemalja. Svrha Konvencije je, prema čl. 1. st. 1., promicanje, zaštita i osiguravanje punog i ravnopravnog uživanja svih ljudskih prava i temeljnih sloboda svih osoba s invaliditetom i promicanje poštivanja njihovog urođenog dostojanstva.

Osobe s invaliditetom (u nastavku: OSI), sukladno čl. 1. st. 2. Konvencije, definirane su kao „osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima“. Čl. 25. Konvencije posvećen je području zdravlja, kojim se OSI priznaje pravo na uživanje najviših ostvarivih zdravstvenih standarda bez diskriminacije na osnovi invaliditeta. „Države stranke će poduzeti sve prikladne mjere kako bi OSI osigurale pristup zdravstvenim službama koje vode računa o njihovom spolu, uključujući rehabilitaciju povezanu sa zdravljem. Države stranke će: a) osigurati OSI isti opseg, kvalitetu, standard besplatnih ili obzirom na cijenu dostupnih zdravstvenih usluga i programa koji se pružaju drugim osobama, uključujući područje spolnog i reproduktivnog zdravlja i zdravstvene programe kojima je obuhvaćeno cijelo stanovništvo, b) osigurati zdravstvene usluge koje su OSI posebno potrebne zbog njihovog invaliditeta, uključujući primjerenu ranu identifikaciju i intervenciju, kao i usluge čija je namjena smanjenje i prevencija daljnjeg invaliditeta, uključujući invaliditet kod djece i starijih osoba, c) pružati ove zdravstvene usluge što je moguće bliže zajednicama u kojima OSI žive, uključujući ruralne krajeve, d) zahtijevati od zdravstvenih radnika pružanje iste kvalitete usluga OSI kao i drugima, i na osnovi slobodnog i informiranog pristanka, među ostalim podizanjem razine svijesti o ljudskim pravima, dostojanstvu, neovisnosti i potrebama OSI kroz obuku i promicanje etičkih standarda u javnom i privatnom zdravstvenom sektoru, e) zabraniti diskriminaciju OSI u pružanju usluga zdravstvenog osiguranja, kao i životnog osiguranja, gdje je to dopušteno nacionalnim zakonom, a što će biti osigurano na pošten i razuman način, f)

¹ Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (Narodne novine, Međunarodni ugovori, broj 6/07, 5/08)

spriječiti diskriminirajuće uskraćivanje zdravstvene zaštite ili zdravstvenih usluga ili hrane i pića na temelju invaliditeta“.

U RH odredbe o pravima i obvezama OSI sadržane su u brojnim zakonima i još brojnijim provedbenim propisima (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju², Zakon o zaštiti prava pacijenta³, Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju⁴, Zakon o zdravstvenoj zaštiti⁵, Zakon o medicinskim proizvodima⁶,...) RH donijela je Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom⁷ kojim se uređuje način prikupljanja podataka o uzroku, vrsti, stupnju i težini oštećenja zdravlja OSI, način obrade i korištenja podataka te zaštita podataka o OSI. U njemu je OSI definirana kao osoba koja ima trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi, nastale kao posljedica oštećenja zdravlja, dok je invaliditet definiran kao trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak (koje proizlazi iz oštećenja zdravlja) sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti, u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života. Hrvatski registar o OSI, koji vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo, sastoji se od općeg (unose se opći podaci o osobi: ime i prezime osobe, spol, JMBG, mjesto rođenja, prebivalište, boravište, obrazovanje, zvanje, zaposlenje, bračno stanje) i posebnog dijela (unose se podaci o vrstama tjelesnih i mentalnih oštećenja, i to: oštećenja vida, oštećenja sluha, oštećenja govorno-glasovne komunikacije, oštećenja lokomotornog sustava, oštećenja središnjeg živčanog sustava, oštećenja perifernog živčanog sustava, oštećenja drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni), mentalna retardacija, autizam, duševni poremećaji i više vrsta oštećenja). U bazi Hrvatskog registra o OSI, na dan 8. travnja 2015., nalaze se podaci za 507.645 osoba. 306.181 OSI je muškog spola (60,3%), a 201.464 osoba je ženskog spola (39,7%). Najveći broj osoba je u dobnoj skupini 55-64 godine u kojoj je 134.557 osoba s invaliditetom (26,5% od ukupnog broja OSI).⁸

² Narodne novine, broj 80/13, 137/13

³ Narodne novine, broj 169/04, 37/08

⁴ Narodne novine, broj 85/06, 150/08, 71/10

⁵ Narodne novine, broj 150/08, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14

⁶ Narodne novine, broj 76/13

⁷ Narodne novine, broj 64/01

⁸ Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu, Zagreb, 2015.

PRAVA NA OSNOVI INVALIDITETA

OSI nisu osobe s posebnim ili dodatnim potrebama već osobe s istim potrebama, kao i svi drugi, samo što se zbog postojanja invaliditeta te potrebe zadovoljavaju na drugačiji način (uz pomoć druge osobe, ortopedskih pomagala). Prema čl. 23. st. 1. Uredbe o metodologiji vještačenja⁹ (u nastavku: Uredba), postupak za ostvarivanje prava na temelju vrste i stupnja oštećenja organizma – tjelesnog oštećenja iz područja socijalne skrbi, zdravstvenog i mirovinskog osiguranja pokreće se na zahtjev osobe koja podnosi zahtjev kod nadležnog tijela koje odlučuje o pravu, a, sukladno čl. 24. st. 1., ako tijelo nadležno za priznavanje prava iz područja socijalne skrbi i zdravstva ocijeni da je u postupku ostvarivanja prava potrebno provesti vještačenje, zahtjev za vještačenje zajedno s medicinskom i drugom raspoloživom dokumentacijom dostavlja Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom (u nastavku: Zavod za vještačenje)¹⁰.

OSI ostvaruju zdravstvenu zaštitu pod jednakim uvjetima kao i ostale osigurane osobe, u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, a pod time se podrazumijeva pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u nastavku: HZZO), pravo na dentalna pomagala, pravo na ortopedska i druga pomagala i pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

Važan zakon u nacionalnom zakonodavstvu je i Zakon o zaštiti prava pacijenata kojim su regulirana prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, a sadrži i posebne odredbe vezane uz zaštitu prava OSI kao pacijenata. Potrebno je istaknuti pravo na suodlučivanje, koje obuhvaća pravo na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku, obzirom na njihove sposobnosti i mogućnosti. Ovo pravo je važno kod npr. komunikacije s osobama s intelektualnim teškoćama za koje su potrebne informacije u lako razumljivom obliku. „Pravo na obaviještenost ima i pacijent s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem“¹¹.

⁹ Narodne novine, broj 153/14

¹⁰ Osnovan je na temelju Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (Narodne novine, broj 157/13 i 152/14)

¹¹ Čl. 13. Zakona o zaštiti prava pacijenata

POTEŠKOĆE U PROVEDBI PROPISA I PRITUŽBE PACIJENATA S INVALIDITETOM

Hrvatski sabor donio je na sjednici održanoj 03. listopada 2007. godine Zakon o pravobranitelju za osobe s invaliditetom¹² na temelju kojeg je 30. svibnja 2008. godine, jednoglasnom odlukom Hrvatskog sabora, imenovana za prvu hrvatsku pravobraniteljicu za OSI (u nastavku: pravobraniteljica) Anka Slonjšak, koja djeluje samostalno i neovisno, držeći se načela pravičnosti i morala. Zadatak pravobraniteljice je štititi, pratiti i promicati prava i interese OSI na temelju Ustava RH, međunarodnih ugovora i zakona. Svatko se može obratiti pravobraniteljici i podnijeti prijedlog za razmatranje pitanja od značaja za zaštitu njezinog prava i interesa. Pravobraniteljica je dužna, u roku od 60 dana, obavijestiti podnositelja o poduzetim aktivnostima.

Poteškoću u provedbi propisa predstavlja često donošenje izmjena i dopuna zakona i pravilnika, koje, nažalost, idu u suprotnom smjeru od onog u kojem bi trebale. Kao primjer česte izmjene i dopune možemo navesti Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalicama¹³, koji je u 2014. godini izmijenjen i nadopunjen 11 puta. Najčešće se izmjene odnose na smanjivanje prava, odnosno brisanje ortopedskih pomagala i produženje rokova njihove primjene, a ograničavanje kruga korisnika koji imaju pravo na baterije za slušna pomagala je posebna priča koja je zainteresirala korisnike i javnost. Nakon navedene izmjene samo su osigurane osobe do navršene 18. godine života, odnosno osigurane osobe iznad 18. godine života koje su na redovitom školovanju imale pravo na bateriju za slušno pomagalo. Odluka je pomalo diskriminirajuća uzme li se u obzir da je baterija dio slušnog pomagala bez koje sam aparat ne može funkcionirati. Navest ću još jedan primjer neusklađenosti: „*Uredu pravobraniteljice pritužila se majka koja ima dijete sa specifičnim oštećenjem vida, a kojem su djetetu za normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu i obrazovanju potrebne posebne naočale s tzv. „kanten filterima“, a koje pomagalo se ne nalazi na listi pomagala Pravilnika, već se roditelji djece s takvim specifičnim oštećenjem vida moraju sami snalaziti za nabavku pomagala i snositi troškove.* HZZO, kao razlog za neuvršćavanje „kanten filtera“ na popis pomagala, naveo je kako „ponuđene cijene pomagala nisu bile sukladne odredbama Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena ortopedskih i drugih pomagala, a studija utjecaja na proračun Zavoda, također, nije bila

¹² Narodne novine, broj 107/07

¹³ Narodne novine, broj 7/12, 14/12, 23/12, 25/12, 45/12, 69/12, 85/12, 92/12, 119/12, 147/12, 21/13, 38/13, 93/13, 119/13, 125/13, 129/13, 136/13, 141/13, 154/13, 11/14, 12/14, 22/14, 34/14, 45/14, 54/14, 59/14, 86/14, 92/14, 119/14, 129/14, 149/14, 17/15, 29/15, 41/15., 62/15, 77/15, 86/15

sukladna odredbama Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena ortopedskih i drugih pomagala“.

Pravobraniteljica učestalo dobiva pritužbe na postupanje zdravstvenih djelatnika prema OSI. Temeljni problem predstavlja niska razina educiranosti zdravstvenog osoblja o invaliditetu općenito – primjeri: medicinska sestra se majci djeteta s Down sindromom obratila riječima: „Na, pogledajte što ste to rodili“ ili kada je zdravstveni djelatnik izravno rekao: „Neću ga primiti, zagadit će mi odjel“, odbio primiti na bolničko liječenje osobu s paraplegijom koja ima dekubitus. Još jedan primjer iz kojeg je vidljivo da je OSI stavljena u nepovoljan položaj: „Osobi s autizmom nije osiguran nastavak liječenja kemoterapijom zbog nemogućnosti da ustanova u kojoj je smješten organizira kontinuiranu pratnju tijekom liječenja. Taj uvjet je postavljen samo zbog invaliditeta osobe - radi kojeg je komunikacija otežana“.

OSI navode kako djelatnici medicinske struke ne poznaju i ne prepoznaju potrebe koje proizlaze iz invaliditeta. Ovaj problem je prepoznat kao važan te je određena Edukacija zdravstvenih djelatnika o posebnostima bolesti i stanja OSI, kao jedna od mjera Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine¹⁴.

Brojnost pritužbi OSI odnosi se i na ostvarivanje prava, odnosno nelogičnosti pojedinih odredaba i propusta u reguliranju pojedinih odnosa u Pravilniku o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući¹⁵. U nastavku primjer pritužbe, koje je zaprimila pravobraniteljica: „Uredu pravobraniteljice za osobe s invaliditetom su se pritužili supružnici vezano za odbijanje suglasnosti za stacionarnu rehabilitaciju za oba bračna partnera. Suprug je paraplegičar i radi održavanja postojećeg stanja potrebna mu je fizikalna terapija/rehabilitacija svake godine. Zbog nepokretnosti tu terapiju ne može provoditi ambulantno već mu je potrebna stacionarna rehabilitacija. Supruga je preboljela dječju paralizu, kreće se vrlo teško na štakama i koristi invalidska kolica. Također joj je potrebna stacionarna rehabilitacija zbog pogoršanog stanja. Prvostupanjsko tijelo supružnicima je odbilo priznati pravo na stacionarnu rehabilitaciju, međutim, po izjavljenoj žalbi, supružnicima je rehabilitacija priznata i to u trajanju od 21 dan. Supružnici su u svojoj pritužbi ujedno skrenuli pozornost i na trajanje stacionarne rehabilitacije od samo 14 dana koliko je uobičajeno da komisija na području mjesne nadležnosti njihova prebivališta obično i priznaje. Od tih 14 dana ne može se računati na prvi dan, zadnji dan, te dva vikenda po dva dana, što je ukupno 6

¹⁴ Narodne novine, broj 63/07

¹⁵ Narodne novine, broj 46/07, 64/08, 91/09, 118/09

dana. Kad odbijemo tih 6 dana od 14, ispada da se iskoristi samo 8 dana terapije. Osobe s para/tetraplegijom imaju problem s inkontinencijom pa se dogodi da u tjednu izgube još koji dan zbog toga. Stoga je za para/tetraplegiju odobravanje stacionarne rehabilitacije u trajanju od 14 dana neozbiljno, neefikasno i neetično.“ Iz navedenog se vidi da je sve teže ostvariti prava OSI koja su im potrebna, jer, nažalost, ne postoje stručnjaci koji su specijalizirani za pojedinu vrstu invaliditeta.

Dodatni problem u ostvarivanju zdravstvene zaštite predstavlja nedovoljna opremljenost osnovnim pomagalicama za OSI (npr. transfer dizalice) te nedostatak osoblja, koji bi pomogao OSI tijekom boravka u bolnici ili na rehabilitaciji ili koji bi se mogao sporazumjeti na adekvatan način (npr. gluhe i gluhoonijeme osobe).

Otežavajuća okolnost u provođenju zdravstvene zaštite je, još uvijek, neprilagođenost prostora i opreme, kao i dostupnost OSI u ruralnim sredinama, što predstavlja povredu čl. 9. st. 1. Konvencije, u kojem se navodi da će države stranke poduzeti odgovarajuće mjere osiguravanja pristupačnosti OSI, izgradnjom okruženja, prijevozom, informacijama i komunikacijama, uključujući informacijske i komunikacijske tehnologije i sustave, kao i drugim uslugama i prostorima otvorenim i namijenjenim javnosti, kako u urbanim, tako i u ruralnim područjima, na ravnopravnoj osnovi, kako bi OSI osigurale život neovisan o tuđoj pomoći i potpuno sudjelovanje u svim područjima života. Mjere će se primjenjivati, među ostalim, na građevine, ceste, prijevoz i druge zatvorene i otvorene prostore, uključujući škole, stambene zgrade, zdravstvene ustanove i radna mjesta ... Još jedan zakon koji je na snazi u RH od 01. siječnja 2009. godine, a važan je za položaj OSI, je Zakon o suzbijanju diskriminacije¹⁶. Navedenim zakonom se osigurava zaštita i promicanje jednakosti kao najviše vrednote ustavnog poretka RH, stvaraju se pretpostavke za ostvarivanje jednakih mogućnosti te se uređuje zaštita od diskriminacije, između ostalog, na osnovi zdravstvenog stanja i invaliditeta. Zakon, između ostalog, navodi da će se diskriminacijom smatrati i propust da se OSI, sukladno njihovim specifičnim potrebama, omogući: korištenje javno dostupnih resursa, sudjelovanje u javnom i društvenom životu, i pristup radnom mjestu i odgovarajući uvjeti rada, prilagodbom infrastrukture i prostora, korištenjem opreme i na drugi način koji nije nerazmjern teret za onoga tko je to dužan omogućiti.

Donošenjem Konvencije postigao se napredak u položaju OSI, iako još uvijek, svi zajedno, moramo uložiti veliki trud i napor da bi OSI imale isti položaj i prava, kao i svi ostali.

Za kraj ću navesti jedan svijetli primjer, kako bi ustvari i trebalo biti: „*Postati majka mi nije bio neki životni prioritet, mislim zato što nisam imala nekog životnog*

¹⁶ Narodne novine, broj 85/08, 112/12

partnera s kojim bi se s obzirom baš na svoj invaliditet u to upustila. Prije četiri godine upoznala sam svog sadašnjeg, još uvijek nevjenčanog supruga i s vremenom smo odlučili imati dijete. Nije mi to bila neka teška odluka, ali vjerojatno zato što poznajem dosta žena i djevojaka koje imaju dijagnozu paraplegije i majke su. Uvijek sam si govorila, ako mogu one, mogu i ja! Ja sam zapravo vrlo otvorena i ne zamjeram ljudima kad nešto pitaju vezano za moj invaliditet, razumijem da u neke stvari ne mogu biti upućeni i da im je sve to skupa nepoznanica. Učili su uz mene. Znači sigurno je bilo i priča o tome kako to nije normalno ili nije u redu ili tko zna što, ali jednostavno nisu došle do mene. I bolje im je :-). Ja vjerujem i da se po ulici ljudi čude, ali neka. Nažalost i u bolnici su često učili od mene. To me najviše smeta. Nakon svih tih silnih godina školovanja mogu barem generalno znati što je paraplegija, tetraplegija, multipla skleroza, cerebralna paraliza, distrofija mišića ...da ne bi krivo mislili, meni su u bolnici svi bili super!!! Stvarno super! Barem ovaj put. Na drugim odjelima sam imala u životu puno većih problema. Trudnoću mi je počela voditi jedna mlađa doktorica u KBC Rijeka, ali ona mi se nakon neka tri mjeseca naprosto više nikad nije javila. Nije odgovorila na nijedan poziv ni poruku i nikad je nisam više srela tako da ne znamo što joj se dogodilo. Trudnoću mi je nastavio voditi predstojnik klinike i meni je bio predobar. Zapravo rekla bi vrlo stručan i pedantan. Tražio je nalaze i mišljenja i od liječnika druge struke odnosno fizijatra, urologa itd. Ništa nije bilo prepušteno slučaju. Redovito sam kod njega na kliniku dolazila na preglede tako da sam već u trudnoći upoznala sve liječnike i sestre na klinici. Došla sam u rodilište dvadesetak dana prije termina poroda, trebala ići na carski rez za deset dana, ali trudovi su me uhvatili nakon dva dana boravka u bolnici. A ja sam ih uvjeravala da je to cistitis, bol je ista. Srećom su bili pametniji od mene, spojili me na aparat i pozvali doktora od kuće, odmah smo išli u salu i eto rodila se naša djevojčica, dvadeset dana prije termina. Zdrava, lijepa i preslatka.... Imala sam tu privilegiju da sam mogla biti sama u sobi, sestre su se jako lijepo brinule o meni, iako kako kažu baš nemaju iskustva s osobama s invaliditetom. Ali voljne su naučiti, ako im netko ukaže na neke stvari, a to zasigurno ne bi trebali biti pacijenti. Na kraju su jednoglasno zaključile da sam im ja najbolji pacijent.“

PACIJENTI S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Pravni položaj osoba koje u Republici Hrvatskoj imaju status pacijenta reguliran je Zakonom o zaštiti prava pacijenata. Ako se radi o osobama s duševnim smetnjama njihov pravni položaj reguliran je prvenstveno Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (u daljnjem tekstu: ZZODS). Zakonodavna vlast

Republike Hrvatske donošenjem ovog zakona uskladila je dosadašnju pravnu regulativu s pravnim propisima Europske Unije, te je ujedno unaprijedila pravni položaj osoba s duševnim smetnjama dajući im veća prava. Trenutno važeći ZZODS objavljen je u Narodnim novinama, broj 76/14, a stupio je na snagu 1. siječnja 2015. godine donoseći i stvarajući nove izazove za sve osobe koje sudjeluju u liječenju i postupanju prema osobama s duševnim smetnjama.

Pojam "osoba s duševnim smetnjama" nije posebno definiran, ali su u ZZODS-u definirani pojedini pojmovi pomoću kojih možemo doći do određenja značenja tog pojma. Možemo reći da je „osoba s duševnim smetnjama“ osoba kojoj je medicinskim vještačenjem dijagnosticiran poremećaj koji je kao duševna smetnja definiran prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja. Trenutno važeće međunarodno priznate klasifikacije su DSM 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) Američkog psihijatrijskog društva i MKB 10 (10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema Svjetske zdravstvene organizacije).

ZZODS-om su propisana temeljna načela, zaštita prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama te će kroz odredbe toga zakona biti opisana prava osoba s duševnim smetnjama.

Osoba s duševnim smetnjama ima pravo:

1. biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena o tome kako ih može ostvariti
2. biti upoznata s razlozima i ciljevima svog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka
3. biti smještena i liječena u najbližoj odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi
4. biti upoznata s podacima o svom zdravstvenom stanju i dobiti na uvid svoju medicinsku dokumentaciju
5. sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije
6. obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu
7. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad na radno - terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihod
8. podnositi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih dobiti usmene odgovore odmah, a pisane na njezin pisani zahtjev najkasnije u roku od osam dana
9. podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima

10. po svom izboru i o svom trošku nasamo se savjetovati s liječnikom ili odvjetnikom
11. družiti se s drugim osobama u ustanovi i primati posjete
12. o svom trošku slati i primati, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete i tiskovine, telefonirati, te koristiti elektroničku tehnologiju i komunikaciju
13. pratiti radijske i televizijske programe
14. posjedovati predmete za osobnu uporabu
15. sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove
16. predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu
17. na osiguranu podršku za život u zajednici
18. glasovati u skladu s posebnim zakonom
19. ostvarivati i sva druga prava prema ovom Zakonu i posebnim propisima.¹⁷

Od navedenih prava strogo osobna pravo može ostvarivati samo osoba s duševnim smetnjama. Tako npr. obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu; sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove; glasovati u skladu s posebnim zakonom. Želeći zaštititi osobe s duševnim smetnjama zakonodavac je omogućio da pojedina prava može ostvarivati i osoba od povjerenja i njen zakonski zastupnik. Od gore navedenih prava, osoba od povjerenja može ostvarivati prava vezana za smještaj i liječenje, a zakonski zastupnik uz to može još i podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima, sve radi ostvarivanja prava osobe s duševnim smetnjama.

Osoba od povjerenja u prethodnom zakonu označavala je osobu u koju je osoba s duševnim smetnjama doslovno „imala povjerenja“, od 01.01.2015. osoba od povjerenja u smislu ZZODS-a je osoba ovlaštena za davanje ili uskratu pristanka na određene medicinske postupke umjesto osobe koja ju je na to ovlastila obvezujućom izjavom.

Svaka osoba može ovlastiti samo jednu osobu, koja na to pristane, da kao osoba od povjerenja umjesto nje, nakon što se ispune zakonske pretpostavke, daje ili uskrati pristanak na određene medicinske postupke propisane ZZODS-om. Takva izjava osobe s duševnim smetnjama naziva se obvezujuća izjava. Obvezujuća izjava primjenjuje se samo onda ako osoba koja ju je dala nije sposobna dati pristanak za medicinske postupke određene tom izjavom. Za pravovaljanost

¹⁷ Čl. 14. ZZODS-a

takve izjave nužno je da ona bude sastavljena u obliku javnobilježničkog akta. Namjeru zakonodavca da u najvećoj mjeri omogući osobi s duševnim smetnjama odlučivanje o medicinskim postupcima, i prije nego postoji potreba za njima, dokazuje činjenica da obvezujuća izjava ima prednost pred odlukama zakonskoga zastupnika. Time se još jednom potvrđuje da je zakonodavac prepoznao vrijednost osobe koja bi osobno brinula o zdravlju osobe s duševnim smetnjama, ako ona to ne bi bila u stanju.

Niti jedna duševna bolest sama po sebi ne može biti dovoljan razlog da se neko prisilno uputi u psihijatrijsku ustanovu, za to je nužno ispunjavanje preduvjeta da osoba s težim duševnim smetnjama, zbog svoje duševne smetnje, ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba (čl. 27. ZZODS-a), odnosno ako je u kaznenom postupku proglašena neubrojivom te joj je radi postojanja težih duševnih smetnji i opasnosti za okolinu sud odredio prisilni smještaj (čl. 34 ZZODS-a/97).¹⁸

Novost u važećem ZZODS-u je pravo osobe s duševnim smetnjama da pristane na liječenje bez obzira ima li poslovnu sposobnost, jer lišenje poslovne sposobnosti ne znači nesposobnost za davanje pristanka. Ako osoba pristane na liječenje takvo liječenje smatrat će se dobrovoljnim. Dobrovoljno liječenje na prvom je mjestu po važnosti ali i u postotku od ukupnog broja koje se liječe od psihičkih bolesti.

Druga vrsta smještaja u psihijatrijsku ustanovu je smještaj bez pristanka. Pod pojmom smještaj bez pristanka misli se na smještaj bez pristanka osobe s duševnim smetnjama, ali i bez njenog protivljenja smještaju. Psihijatrijska ustanova obvezna je o smještaju bez pristanka, bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati od dobivanja pisanog pristanka osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom.¹⁹ Sukladno odredbi članka 26. stavka 2. ZZODS-a, pravobraniteljica za osobe s invaliditetom ovlaštena je provjeriti opravdanost smještaja bez pristanka u slučajevima kada je pisani pristanak dao zakonski zastupnik ili skrbnik. Ako se osoba smještena bez pristanka u bilo kojem trenutku usprotivi pristanku zakonskog zastupnika, psihijatrijska ustanova obvezna je bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od protivljenja, neposredno ili telekomunikacijskim sredstvima dostaviti nadležnom sudu obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s medicinskom dokumentacijom. Bilješka o protivljenju s naznakom trenutka protivljenja mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju.

¹⁸ „Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama“ u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014. godini; Zagreb, veljača 2015., Republika Hrvatska, Pučki pravobranitelj

¹⁹ Čl. 26. ZZODS-a

Liječnik psihijatar procjenjuje sposobnost za davanje pristanka osobe s duševnim smetnjama svaki puta, bilo da se radio o dobrovoljnom pristanku ili smještaju bez pristanka. Iznimka od toga je slučaj kada se radi o osobito hitnim slučajevima ozbiljne i izravne ugroženosti života ili zdravlja osobe s duševnim smetnjama, tada utvrđivanje sposobnosti za davanje pristanka i traženje pristanka nije obvezno. Medicinski postupak bez pristanka može se primjenjivati samo dok traje ta ugroženost.

Treća vrsta smještaja u psihijatrijsku ustanovu obuhvaća prisilno zadržavanje i prisilni smještaj. Ako osoba s težim duševnim smetnjama zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ZZODS-om. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj detaljno su regulirani ZZODS-om. Prijedlog za prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu daje doktor medicine koji je osobu osobno pregledao i napisao propisanu ispravu o tom pregledu. Prijedlog mora biti obrazložen. Slučaj u kojem će se osoba primiti u psihijatrijsku ustanovu i bez uputnice doktora medicine jesu osobito hitni slučajevi ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti.

Po primanju u psihijatrijsku ustanovu osobu pregledava psihijatar koji procjenjuje postoje li ili ne razlozi za prisilno zadržavanje, ako postoje, osobu će zadržati u psihijatrijskoj ustanovi, a ako ne postoje osobu će otpustiti iz psihijatrijske ustanove. U oba slučaja svoju obrazloženu odluku unijet će u medicinsku dokumentaciju. Psihijatrijska ustanova u kojoj je osoba prisilno zadržana obvezna je bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, neposredno ili telekomunikacijskim sredstvima, dostaviti nadležnom županijskom sudu obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s medicinskom dokumentacijom²⁰. Nakon toga se pokreće postupak u kojem sud donosi odluku o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu ili otpustu procjenjujući radi li se o osobi s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Za pomoć u procjeni ispunjava li osoba navedene uvjete za prisilni smještaj u navedenom postupku, sud može zatražiti pisani nalaz i mišljenje jednog od vještaka psihijatra koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba, iznimno vještaka zaposlenog u toj ustanovi. U postupku prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu odlučuje sudac pojedinac nadležnog suda imenovan od predsjednika Vrhovnog suda Republike Hrvatske. Postupak po kojem sud odlučuje o prisilnom smještaju je izvanparnični postupak u kojem je javnost isključena. U rješenju o prisilnom smještaju sud određuje prisilni smještaj u trajanju do 30 dana,

²⁰ Čl. 32. ZZODS-a

računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama. Nakon isteka tog roka sud može produžiti prisilni smještaj osobe u psihijatrijskoj ustanovi u trajanju do tri mjeseca od dana isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju. Svaki daljnji prisilni smještaj može se produžiti rješenjem suda na vrijeme do šest mjeseci.

Psihijatar je obavezan osobu upoznati s njezinim pravima propisanim ZZODS-om, uključujući i pravo na izbor odvjetnika. (29/2) U sudskim postupcima propisanim ZZODS-om osoba s duševnim smetnjama mora imati odvjetnika. Ako ga ona, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik sam ne izabere, sud će po službenoj dužnosti postaviti odvjetnika vodeći računa o njegovoj stručnosti iz područja forenzičke psihijatrije.²¹

Osobu s duševnim smetnjama može se podvrgnuti medicinskom postupku samo uz njezin pisani pristanak koji može opozvati u bilo kojem trenutku. Važno je upozoriti osobu s duševnim smetnjama o posljedicama opoziva pristanka odnosno posljedice prestanka primjenjivanja određenog medicinskog postupka.

U slučaju opoziva pisanog pristanka na liječenje psihijatar će njeno stanje ponovno procijeniti i ako utvrdi da ne postoje uvjeti za prisilno zadržavanje, osobu će otpustiti iz psihijatrijske ustanove. Ako pak utvrdi da su ispunjeni uvjeti za prisilno zadržavanje, osobu će zadržati i pokrenuti postupak za prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu prema relevantnim odredbama ZZODS-a. Isto će psihijatar postupiti i u slučaju osobe smještene bez pristanka koja se protivi pristanku zakonskoga zastupnika.

Psihijatrijska ustanova može odobriti privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove prisilno smještenoj osobi zbog pripreme za otpust ili drugih opravdanih razloga ako postoji visok stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska neće ugroziti vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.²²

Postupak otpusta iz psihijatrijske ustanove dobrovoljno smještene osobe i osobe smještene bez pristanka istovjetan je postupku otpusta iz druge zdravstvene ustanove, osim ako su ispunjeni uvjeti za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj po ZZODS-u.

U liječenju osoba s duševnim smetnjama prednost se daje neinstitucionaliziranom odnosno ambulantnom liječenju. Tek ako ambulantnim liječenjem nije moguće postići odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, osoba s duševnim smetnjama smješta se u ustanovu. Osobe koja je duže vrijeme provela u psihijatrijskoj ustanovi teže se prilagođava životu izvan ustanove od one koja se liječi ambulantno i zapravo ne mijenja svoj životni ritam u većoj mjeri. Ambulantnim liječenjem primjenom

²¹ Čl. 15. ZZODS-a

²² Čl. 49. ZZODS-a

najblaže metode postiže se rezultat, poboljšanje psihičkog stanja. Suvremena psihijatrija uvodi još jednu mogućnost liječenja koja ima dobre karakteristike i institucionaliziranog i neinstitucionaliziranog liječenja. To su dnevne bolnice. Specijalizirani programi liječenja manjih grupa ljudi koji imaju slične potrebe za liječenjem. U dnevne bolnice upućuju se osobe koje trebaju veću potporu od onih koji se liječe ambulantno, a opet nije im potrebno institucionalizirano liječenje i stalni nadzor. Dnevne bolnice organizirane su na način da s radom počinju u jutarnjim satima, tokom dana održavaju se grupni programi liječenja i potpore, a s radom završavaju u poslijepodnevnom satima. Koristeći takav režim liječenja osobe s duševnim smetnjama imaju mnogostruke koristi. Jedan dio dana pod vodstvom su stručnog osoblja, usmjerene na poboljšanje svog psihičkog, ali i fizičkog zdravlja, a drugi dio dana slobodne su sudjelovati u privatnom i društvenom životu na način koji same odaberu.

Niz nacionalnih politika, strategija i planova, izravno ili manje izravno, utječu na područje zaštite mentalnog zdravlja uključujući Strategiju održivog razvitka Republike Hrvatske, Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece, Nacionalni program za mlade, Nacionalnu strategiju prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih, Nacionalnu strategiju suzbijanja zlouporabe droga, Nacionalnu strategiju pomoći stradalnicima i sudionicima Domovinskog rata, Nacionalnu strategiju izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom... Ovim kao i drugim dokumentima obuhvaćene su mnoge mjere koje promiču mentalno zdravlje građana i koje predstavljaju preduvjet društvenog razvitka.²³ Iz niza zakonskih, podzakonskih i provedbenih propisa vidljiv je visok stupanj zaštite uvjetovan velikom vrijednosti mentalnog zdravlja. Po tekstu Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja 2011.-2016. zdravlje je najveće bogatstvo za građane i društvo, a bez duševnog nema ni općeg zdravlja.

Ono što je potrebno uvijek ponovno istaknuti je da osobe smještene u psihijatrijsku ustanovu imaju pravo na jednake uvjete i standarde liječenja kao i osobe smještene u druge znanstvene ustanove radi liječenja. Mi u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ trudimo se pružiti našim bolesnicima liječenje po najvišim standardima, vodeći se misijom „Pružiti visokokvalitetnu zdravstvenu skrb i personalizirano visoko učinkovito liječenje oboljelih od psihičkih bolesti, sa ciljem postizanja oporavka, resocijalizacije i osobnog zadovoljstva bolesnika, kroz predani rad, znanstvena istraživanja i obrazovanje svih zdravstvenih djelatnika.“

²³ Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja 2011.-2016.

ZAKLJUČAK

Unatoč ratifikaciji međunarodnih ugovora i donošenju zakonskih propisa, kao zemlja, još uvijek, moramo uložiti veliki trud i napore da bi navedene skupine osoba imale isti položaj kao i ostali stanovnici. Prepreke koje moramo svladati su kvalitetna edukacija svih skupina stanovništva, a naročito zdravstvenih djelatnika, te ulaganje financijskih sredstva u uklanjanje barijera i prepreka, kako bi nam svi sadržaji i sve institucije bile dostupne pod jednakim uvjetima. Trebamo prihvatiti činjenicu da smo svi jednaki i da osobe ne procjenjujemo prema njihovim nedostacima, nego prema njihovim kvalitetama i vrlinama.

SUMMARY

RIGHTS OF PATIENTS WITH DISABILITIES AND MENTAL DISORDERS

The subject of this article is to briefly summarize the position, and the rights of people with disabilities and mental disorders. By ratifying international treaties and adopting national legislation, as a country, we have made initial steps in the equalization of these groups of the population, but we still need to work together on education and the elimination of obstacles. We must accept the fact that we are all equal and that people are not judged by their "disabilities", but according to their qualities and virtues.

Key words: *people with disabilities, people with mental order, equality*

POPIS LITERATURE:

Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja 2011.-2016.

Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (Narodne novine, Međunarodni ugovori, broj 6/07, 5/08)

Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (Narodne novine, broj 64/01)

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu, Zagreb, 2015.

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (Narodne novine, broj 157/13, 152/14)

Zakon o pravobranitelju za osobe s invaliditetom (Narodne novine, broj 107/07)

Zakon o suzbijanju diskriminacije (Narodne novine, broj 85/08, 112/12)

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine, broj 76/14)

Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine, broj 169/04, 37/08)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, broj 150/08, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14)

Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalicama (Narodne novine, broj 7/12, 14/12, 23/12, 25/12, 45/12, 69/12, 85/12, 92/12, 119/12, 147/12, 21/13, 38/13, 93/13, 119/13, 125/13, 129/13, 136/13, 141/13, 154/13, 11/14, 12/14, 22/14, 34/14, 45/14, 54/14, 59/14, 86/14, 92/14, 119/14, 129/14, 149/14, 17/15, 29/15, 41/15., 62/15, 77/15, 86/15)

Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući (Narodne novine, broj 46/07, 64/08, 91/09, 118/09)

www.posi.hr, Izvješće o radu pravobraniteljice za osobe s invaliditetom 2014.,

Prof. dr. sc. Hrvoje Kačer
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Nina Mišić Radanović
Sveučilišni odjel za forenzične znanosti Sveučilišta u Splitu,

OSNOVE GRAĐANSKOPRAVNE ODGOVORNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

UDK: 347. 56 : 614. 25(497.5)
61(497.5)

Primljeno: 15. listopada 2015.
Izvorni znanstveni rad

U ovom tekstu su autori, uz značajnu uporabu sudske prakse, prikazali materiju osnova građanskopravne odgovornosti. Radi se o poznatoj podjeli na ugovornu i zakonsku odgovornost, ali ovaj put uz povezivanje sa modelima objektivne i subjektivne odgovornosti. Uz prikaz i kritiku stanja *de lege lata* autori su iznijeli i prijedloge *de lege ferenda*, u prvom redu onaj glede drukčije – točnije preciznije definicije opasne stvari i opasne djelatnosti, barem što se tiče medicine.

Ključne riječi: *građanskopravna odgovornost, krivnja, opasna stvar, opasna djelatnost, zakon*

I. UVOD

Već je možda nekima i dosadila priča o suštini i trendovima u medicinskom i zdravstvenom pravu¹, kako na globalnoj razini tako i u Republici Hrvatskoj. Međutim, polazeći od toga da se stvarno rado o nevjerojatno propulzivnom dijelu stvarnosti, kao i da u nizu slučajeva zakonodavac (gotovo svaki, ali hrvatski svakako) i presporo i uopće neadekvatno reagira na potrebe prakse, pravna znanosti i pravna struka jednostavno moraju ustrajno raditi na poboljšicama. Drugim, riječima, pasivnost pravne struke je siguran put u katastrofu, a ustrajan, kontinuiran i kvalitetan rad je *condicio sine qua non* ne samo napretka, nego i da ne dođe do nazadovanja. Ako znamo da ni aktualno stanje nije zadovoljavajuće onda bi nazadovanje morali opisati nekom težom formulacijom od katastrofe.

U pravilu se pod pojmom odgovornost zdravstvenih radnika misli (samo) na liječnike (pa se i češće rabi pojam liječničke odgovornosti nego zdravstvene

¹ Sigurno se ne radi o istoznačnicama – sinonimima i sigurno je da je zdravstveno pravo širi pojam od pojma medicinsko pravo (makar ima u teoriji i suprotnih mišljenja). Ono čime se bavimo u ovom tekstu su u pravilu štete medicinskog prava, ali se svi zaključci na odgovarajući način mogu primijeniti i na zdravstveno pravo uopće. U svakom slučaju kao rašireniji i prihvaćeniji i kao onaj pojam koji je i točniji (uži) kada se radi o odgovornosti liječnika

odgovornosti), a zanemaruje se sve druge koji, uz liječnike ili neovisno o liječnicima, snose svoj dio odgovornosti zato što su jedan segment u lancu davatelja zdravstvene usluge. Naravno da je to pogrešno, ali radi lakšeg razumijevanja i poštivanja uobičajenog nazivlja i mi ćemo se koristiti pojmom liječničke greške. Međutim, ako posebno ne naglasimo drukčije, taj pojam treba tumačiti ekstenzivno, tako da obuhvaća sve koji sudjeluju (ili ne sudjeluju, iako bi morali, pa čine grijeh ili *crimen* propuštanja) u davanju zdravstvenih usluga. Potencijalno mogu odgovarati baš svi u tzv. lancu zdravstvene usluge (od higijeničara, vozača, sestara i tehničara, preko stažista i specijalizanata, sve do ravnatelja, *a contrario* nije moguće pronaći ni fizičku ni pravnu osobu koja bi bila izuzeta od mogućnosti potencijalne odgovornosti), a tu spadaju i pravne i fizičke osobe. Pojam odgovornosti u pravilu u građanskom pravu znači odgovornost za štetu.

U ovom tekstu bavimo se osnovama građanskopravne odgovornosti, a to je samo dio ukupne materije onoga što se uobičajeno naziva medicinsko ili zdravstveno pravo. Međutim, obzirom na ulogu i značenje koje građanskopravna odgovornost (pa tako i osnove te odgovornosti) ima (ne samo unutar sustava odgovornosti uopće nego i unutar cijele te razmjerno nove pravne grane) jako je teško ponekad povući precizne crte podjele. Međutim, bez građanskopravne odgovornosti (pa tako i osnova te odgovornosti) gotovo da nije moguće izučavati ni jedan drugi pravni problem iz ovoga područja.

Iako u užem smislu pojam osnove odgovornosti znači istraživanje sa jedne strane one ugovorne i sa druge strane one izvanugovorne odgovornosti, to ni približno nije tako jednostavno kao što možda izgleda *prima facie*. Po naravi stvari nužno je to povezati, ne samo sa definicijom štete, nego i sa vrstama odgovornosti – objektivnom i subjektivnom, onom sa krivnjom i onom neovisnom o krivnji, tek kada tako zaokružimo temu moguće je dobiti jedan doista cjelovit tematski prikaz.

Posebno smo željeli istražiti je li moguće (svakako na bolje) promijeniti današnje stanje legislative u smislu uporabe pravnih standarda, posebno kod definicije objektivne odgovornosti. Naime, koliko god uporaba pravnih standarda ima svoje prednosti (u prvom redu nema potrebe da sudska praksa čeka, u pravilu presporu, reakciju zakonodavca) ima i nedostataka, od kojih je svakako ključan niži stupanj pravne sigurnosti zato što različiti sudovi mogu (i to često i rade) različito tumačiti određenu pravnu normu i onda umjesto jedinstvenog pravnog sustava na razini države imamo (potencijalno) onoliko pravnih sustava koliko imamo županijskih sudova (a značenje tih sudova na čijoj razini sudske odluke postaju pravomoćne je već i sada jako veliko, a najavljene promjene glede instituta revizije bi to značenje mogle još i povećati).

II PRAVNI IZVORI

Kao i glede bilo kojeg drugog pravnog pitanja, temeljni pravni izvor je svakako Ustav Republike Hrvatske² koji ima nekoliko iznimno važnih odredbi za medicinsko pravo uopće (pravo na zdrav život i okoliš, pravo na zdravstvenu zaštitu, zabranu uključivanja bez privole u liječničke pokuse, te mogućnost ograničavanja brojnih inače zaštićenih prava ako je to potrebno radi zaštite zdravlja). Obzirom na to da se radi o području građanskopravne odgovornosti (makar i unutar medicinskog ili zdravstvenog prava koje se formira u posebnu pravnu granu), temeljni pravni izvor nakon i pored Ustava je Zakon o obveznim odnosima³ koji je *sedes materiae* glede te vrste odgovornosti. Posebno treba voditi računa da se ZOO odnosi samo na one obveznopravne odnose nastale od 01. siječnja 2006. god., a ne i na one prije, na koje se odnosi i primjenjuje propis istog naziva, inače preuzet iz bivše države⁴. Kako bi se opće odredbe mogle primijeniti i kako bi se moglo utvrditi je li netko postupao ili nije postupao *lege artis* pravni izvori su i svi tzv. zdravstveni propisi, pa tako npr. Zakon o zdravstvenoj zaštiti⁵, Zakon o zaštiti prava pacijenata⁶, Zakon o liječništvu⁷, Zakon o sestrištvu⁸, Zakon o ljekarništvu⁹, Zakon o stomatološkoj djelatnosti¹⁰, Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja¹¹. Isto vrijedi i za niz općih akata koji nisu zakoni, ali ipak obvezuju, kao npr. različite rezolucije, Kodeks medicinske etike i deontologije¹² i tako redom. Obzirom na činjenicu da će se naknada štete u pravilu rješavati u parničnom postupku to posebno značenje ima i Zakon o parničnom

² 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. - nastavno: Ustav).

³ Zakon o obveznim odnosima (NN 35/05., 41/08., 125/11., 78/15. -nastavno: ZOO).

⁴ Zakon o obveznim odnosima (NN 53/91., 73/91., 111/93., 3/94., 7/96., 91/96., 112/99., 88/01.-nastavno: RZOO).

⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 12712., 70/12., 82713., 159/13., 154/14. - nastavno: ZZZ).

⁶ Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04., 37/08. - nastavno: ZZPP ili Zakon o zaštiti prava pacijenata).

⁷ Zakon o liječništvu (NN 121/03., 117/08. - nastavno: ZOL ili Zakon o liječništvu).

⁸ Zakon o sestrištvu (NN 121/03., 117/08., 57/11. - nastavno: ZOS ili Zakon o liječništvu).

⁹ Zakon o ljekarništvu (NN 121/03., 35/08., 117/08. - nastavno: ZOLJ ili Zakon o ljekarništvu).

¹⁰ Zakon o stomatološkoj djelatnosti (NN 121/03., 117/08., 120/09. - nastavno: ZOSD ili Zakon o stomatološkoj djelatnosti).

¹¹ Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (NN 144/12.- nastavno: ZOP ili Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja).

¹² Kodeks medicinske etike i deontologije (NN 55/08. - nastavno: Kodeks). Postoji i Međunarodni Kodeks medicinske etike iz davne 1945. god. – vidjeti u: Vjekoslav Miličić, Deontologija profesije liječnik, Zagreb, 1996. god., prilog XXIV. Inače, najstarija kodifikacija liječničke etike je, ili se barem smatra se da je najstarija, Hipokratova zakletva iz V. stoljeća prije nove ere (vidjeti tekst u: Vjekoslav Miličić, op. cit., prilog XXIII.).

postupku¹³. Posebno pravno značenje imaju međunarodni ugovori, koji temeljem Ustava imaju nadzakonsku snagu pod uvjetom ratificiranja i objave, a tu treba posebno spomenuti Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini¹⁴ koja, pored ostaloga, pacijentima jamči i pravo na naknadu štete prouzročene medicinskom intervencijom. Pravni izvor je svakako i Zakon o medijima¹⁵, jer se vrlo često putem medija nanosi nekome šteta, a taj netko može biti i pacijent i liječnik, pri čemu i pacijenti i liječnici, kao i zdravstvena ustanova, mogu biti i oni koji su, uz nakladnika, odgovorni za štetu

Značenje pravnog izvora ima i svaki drugi propis (kako zakonske, tako i podzakonske razine) koji se, bilo izravno bilo neizravno, bavi pitanjima zdravstva i odgovornosti.

Ono što je vrlo značajno naglasiti je i uloga znanosti¹⁶ (koja djeluje SAMO I ISKLJUČIVO snagom argumenta) kao (makar i neformalnog) izvora prava *sui generis*, poglavito u slučaju pitanja kao što je tumačenje u pravu¹⁷, a koje je neka vrsta pravne stečevine uopće, dakle (uvjetno rečeno) iznad svake konkretne pravne norme, na neki način i iznad ograničenja koja predstavljaju granice država i regija. Međutim, specifično baš za zdravstveno ili medicinsko pravo uopće, pa tako i pitanje odgovornosti liječnika, pravni izvor je svakako i medicinska znanost, na koju se sve relevantne pravne norme izravno ili neizravno pozivaju. Potrebno je naglasiti i ulogu (sudske) prakse kao izvora prava *sui generis*. Pri tome treba naglasiti da sudska (uključujući i ustavnosudsku) praksa (za razliku od znanosti) djeluje snagom argumenta (što vrijedi i za znanost), ali i argumentom snage, obzirom na to da viši sudovi imaju ovlast nametnuti svoje pravne stavove nižima. Iako je Republika Hrvatska i prije stjecanja punopravnog članstva u EU imala obveze preuzete Zakonom o potvrđivanju Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju između Republike Hrvatske i europskih zajednica i njihovih država

¹³ Zakon o parničnom postupku (SL 4/77., 36/77., 36/80., 69/82., 58/84., 74/87., 57/89., 20/90., 35/91., NN 26/91., 53/91., 91/92., 112/99., 117/03., 88/05., 2/07., 84/08., 96/08., 123/08., 57/11. i 148/11. – pročišćeni tekst, 25/13. – nastavno: ZPP ili Zakon o parničnom postupku).

¹⁴ Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (NN MU 13/03-nastavno: Konvencija).

¹⁵ Zakon o medijima (NN 59/04., 84/11., 81/13. – nastavno: ZOM)

¹⁶ Namjerno se nismo ograničili na pravnu znanost, kako se to uobičajeno radi. Naime, baš na području odgovornosti za štetu i uopće štete jasna je povezanost i međuovisnost pravne i medicinske znanosti (npr. baš medicina daje odgovor na pitanje je li netko i u kojem trenutku umro, o kakvim se bolovima npr. radi i dr.). Naravno, nema ograničenja samo na područje medicine i prava, radi se o znanosti uopće, a pojedini njezini dijelovi (pravna znanost uvijek) su za pravne probleme više bitni.

¹⁷ Prema riječima akademika Jakše Barbića na proslavi 50 godina trgovačkog sudovanja na ovim prostorima održanoj 22. 10.2004. približavanja i integriranje u EZ znači i bitan pomak u tumačenju prava na način da će teleološka metoda čvrsto preuzeti prvo mjesto koje joj sudovi danas baš i ne priznaju, što znači da će se, makar formulacija propisa i nije idealna, tražiti i nalaziti što se to htjelo tim propisom postići. Proteklo vrijeme je akademiku dalo za potpuno pravo.

članica¹⁸ te su obveze od 01.07.2013. kao dana stjecanja punopravnog članstva u EU još ne samo jače nego i daleko konkretnije i uopće različiti akti koji čine ono što se obično naziva europska pravna stečevina ili *acquis communautaire*.

III POVIJESNI RAZVITAK ODŠTETNE ODGOVORNOSTI U MEDICINI

Odštetna odgovornost liječnika (i drugih profesionalaca u lancu davatelja zdravstvene usluge) jedan je od oblika tzv. profesionalne odgovornosti, poput odgovornosti inženjera, odvjetnika i slično¹⁹. Osobitost ove vrste odgovornosti leži u veličini rizika koji sobom nosi ta profesija. Sustav profesionalne odgovornosti liječnika u suvremenim društvima možemo smatrati srednjim putem između okrutnosti Hamurabijeva talionskog načela, po kojemu je bila predviđena kazna odsijecanja ruke za liječnika koji bi svojom nepažnjom skrivio smrt slobodnog čovjeka i Platonova laksizma u kojem je smatrano da je liječnik uvijek nedužan pred zakonom. Naravno, negdje između dvije navedene krajnosti su moderna teorija i praksa prema kojima se može odgovarati kao na temelju ugovora (ugovorna odgovornost) i na temelju koji nije ugovor (nego izravno zakon) za što se rabi pojam izvanugovorne odgovornosti. I u jednom i u drugom slučaju moguće je odgovarati kako na temelju krivnje tako i na temelju tzv. objektivne odgovornosti. Naravno, onako kako se razvijalo ugovorno zdravstveno pravo (pa makar se i nije rabio taj pojam – FALSA DEMONSTRATIO NON NOCET) rastao je i broj onih slučajeva odgovornosti koji potpadaju pod ugovornu odgovornost, a razmjerno se smanjivao onaj dio o zakonskoj odgovornosti.

Statistički podaci²⁰ objavljeni u zadnjih petnaest godina dovoljno govore o tome koliko je zapravo učestala pojava liječničkih grešaka koje rezultiraju smrtnim ishodom. Tako istraživanja pokazuju da je potkraj 1999. godine u Sjedinjenim Američkim Državama umrlo između 44.000 i 96.000 bolesnika u bolnicama upravo kao posljedica neke pogreške. O veličini navedene brojke govori podatak da je te iste godine u prometnim i drugim nezgodama u SAD- u poginulo 43.000 ljudi, te od raka dojke umrlo 42.000 žena. Kao što i inače trendovi koji dolaze sa razvijenog Zapada prije ili poslije dođu i do Republike Hrvatske, tako se dogodilo

¹⁸ Zakon o potvrđivanju sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju između Republike Hrvatske i europskih zajednica i njihovih država članica (NN MU 14/01.-nastavno: ZSSP ili Zakon o stabilizaciji).

¹⁹ Vidjeti više u: Hrvoje Kačer, OBVEZNA OSIGURANJA PROFESIONALNE ODGOVORNOSTI U HRVATSKOM PRAVU u: UGOVOR O OSIGURANJU PREMA NOVOM ZOO, INŽENJERSKI BIRO, ZAGREB, LISTOPAD 2005. STR. 92.-131.

²⁰ Cit. prema: Ivica Crnić, Odgovornost liječnika za štetu, Zagreb, 2009., str. 1. Više u: Ksenija Turković, Novi pogledi u svijetu na odgovornost liječnika za liječničku grešku, 15. posvetovanje Medicina in pravo, Maribor, Slovenija, ožujak, 2006., str. 21.

i sa zdravstvenim ili medicinskim štetama. Jednostavno su neusporedivi slučajevi koji dođu pred hrvatske sudove izraženi ne samo u brojevima tužbenih zahtjeva, nego i u visini novčanih iznosa, sa onima prije samo 10 godina, a što se više ide u prošlost razlika je još i veća (u korist aktualnih brojeva). Naravno, sudske statistike su javno dostupne, ali uvijek ostane sakriveno koliko je slučajeva riješeno izvan sudova.

Najstarija pravila etičkog postupanja liječnika nalaze se već u tekstovima koji potječu od starih Egipćana, Kineza, Perzijanaca, a u antičkoj Grčkoj su izražena u tekstu liječničke zakletve kako ju je formulirao liječnik i filozof Hipokrat. Ovaj tekst²¹ i danas služi kao zakletva koju polažu liječnici u trenutku kada se počinju baviti svojom profesijom. Kodeksi medicinske etike postoje u većini zemalja suvremenog svijeta, u pravilu su utvrđeni u okviru staleških organizacija medicinske profesije.²²

Potrebno je spomenuti da na današnju pravnu situaciju po pitanju medicinske odgovornosti ne gledaju blagonaklono niti liječnici, a niti pacijenti. Tako liječnici tvrde da ne mogu bez opterećenja od tužbi mirno obavljati svoju plemenitu i nadasve humanu djelatnost za koju su i sami svjesni da je ponekad neizbježno povezana s rizikom suprotnog učinka, odnosno gubitkom života ili pogoršanjem zdravlja. O tome znakovito govori vic prema kojemu u jednom kutu operacijske dvorane „čuči“ policajac, u drugome državni odvjetnik, u trećem odvjetnik koji nudi svoje usluge i kojemu objektivno odgovara da bude što više slučajeva - u najboljem slučaju prazan je jedan kut kojega u novije vrijeme popunjavaju osiguravatelji. Upravo radi spomenute situacije sve manje liječnika odlučuje se za tzv. rizične specijalizacije kao što su kirurgija, ginekologija, kardiologija i sl.²³

²¹ Istina, u osuvremenjenom obliku utvrđenom od strane Svjetske zdravstvene organizacije 1948. godine.

²² Primjerice, u Velikoj Britaniji je *British Medical Association* utvrdila *Handbook of Medical Ethics* (1980.); u SAD je 2001. godine utvrđen tekst *Principles of Medical Ethics* od strane *American Medical Association*, U njemačkoj je na snazi *Berufsordnung für die deutschen Ärzte* (1988., 2001.), u Australiji je na snazi *Medical Association Code of Ethics* (1996.), u Kanadi *Code of Ethics of the Canadian Medical Association* (1996.) u Sloveniji *Kodeks medicinske deontologije Slovenije* (1992.; 1997.), u Rusiji *Kodeks vrachbenoi Etiki*, (1997.), itd.

Etički kodeksi u pojedinim zemljama različito su koncipirani, ali se uglavnom može uočiti razlika između dva modela. U anglosaksonskom pravnom sustavu prevladava koncepcija kratkih kodeksa koji se svode na definiranje osnovnih etičkih načela profesije, dok je za kontinentalnoeuropske zemlje karakteristično da usvajaju model detaljnog reguliranja etičkih pravila u svim segmentima liječničke djelatnosti, posebno u odnosu prema pacijentima, ali i u odnosu prema drugim pripadnicima profesije i prema trećim osobama. Prema: Silvija Petrić, *Građanskopravna odgovornost zdravstvenih djelatnika*, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci volumen 26 (2005.) broj 1, str. 90.

²³ U svemu tome posebno su pogođeni mladi liječnici protiv kojih su na temelju analize 240 počinjenih pogrešaka između 1979. i 2001. podignute sudske tužbe zbog krive dijagnoze (u 72%) i tehničke nesposobnosti (38%) kao i zato što su djelovali bez nadzora (70%). Zbog toga se sve manje mladih odlučuje na studij medicine. Cit. prema: Mirko Štifanić, Loša komunikacija i druge liječničke pogreške, *JAHN*, vol.4, br. 7, 2013, str. 309.

No, nisu samo liječnici ti koji su nezadovoljni, već su to i pacijenti, prvenstveno radi toga što smatraju da jako teško ostvaruju svoja prava i da im u tome odmažu kako zakonodavac i sudska praksa tako i liječnici koji se nalaze u dvostrukoj ulozi – kao oni zbog čijih pogrešaka ustanova odgovara, ali i kao oni koji vještače u sudskim postupcima, te se na temelju njihovog vještačenja donosi sudska odluka.

Osim toga, napredak medicine omogućio je zdravstvenom djelatniku biranje između velikog broja različitih tehnika i metoda dijagnostike i liječenja, pa se povećava mogućnost da ne napravi izbor koji je u konkretnom slučaju optimalan po interese pacijenta i time počinu liječničku grešku. Jednako tako, suvremenu medicinsku praksu karakterizira masovna uporaba složenih tehnoloških sredstava, koja s jedne strane omogućavaju nove, komplicirane medicinske zahvate i proširuju granice dijagnosticiranja oboljenja, ali u isto vrijeme povećavaju i stupanj rizika štete od medicinske intervencije.²⁴ Osim toga, napredak znanosti i tehnologije u oblasti biologije i biomedicine u posljednjih nekoliko desetljeća omogućio je do nedavno nezamislive intervencije, posebno u oblasti genetskih istraživanja i genetske dijagnostike i terapije, u oblasti umjetne oplodnje i medicinskih zahvata na embriju i na fetusu, otvorio je niz problema vezanih za presađivanje tkiva i organa sa živih davatelja i s mrtvog tijela, kao i problem definiranja prava na smrt i definiranja činjenice smrti, aktualizirao je pitanja vezana za kliničko ispitivanje lijekova i znanstvena istraživanja na ljudima, itd.²⁵

Zakonodavac je u formalnom smislu jako aktivan i zakoni i podzakonski akti se donose kao na traci, djeluje kao da svaki novi resorni ministar ima neodoljivu potrebu krenuti u promjene *ab ovo*. Problem je u tome što mandat (kako samog ministra, tako i vlade u kojoj je ministar, što se dosta često ne poklapa) relativno kratko traje i svaki ozbiljan zahvat i ozbiljan uspjeh po naravi stvari zahtijevaju daleko dulje vrijeme od jednog četverogodišnjeg ili još i kraćeg mandata. Međutim količina pravnih normi i njihov opseg još uvijek nisu jamstvo da se radi o kvalitetnim pravnim normama, a još manje da je sa pravnog aspekta postignut maksimum. Upravo suprotno, svi smo svjedoci kako još uvijek postoji jako mnogo „crnih rupa“ u smislu nečega što nije pravno uređeno (u konačnici to je i sa definicijama živog i mrtvog ljudskog tijela), a daleko je duži spisak onoga što je loše uređeno (u ovu kategoriju svakako spadaju i slučajevi u kojima zakon nešto uređuje na jedna način, a podzakonski akt na upravo suprotan i umjesto da se primjene pravila o hijerarhiji pravnih akata, svi se ponašaju PROTUPRAVNO – primjer ovakvog slučaja je traženje suglasnosti srodnika kod transplantacije unatoč tome što je zakonsko rješenje predmnjevana suglasnost). Pod loše uređeno

²⁴ Više vidi: Petar Klarić, *Odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja*, Pravo u gospodarstvu, 4/2002. (dalje: KLARIĆ, 2002.), str. 67.-86.

²⁵ Silvija Petrić, op. cit., str. 82.

svrstavamo i zakonsku definiciju pacijenta prema kojoj pacijent nije onaj tko (npr. pijan ili uopće u besvjesnom stanju) padne ispred ograde bolničkog kruga – ne pruža mu se usluga (i to je baš ključ problema), nije zahtijevao uslugu (jer to nije u stanju učiniti) i ne spada pod zakonsku definiciju pacijenta, što posljedično znači kako mu ne pripadaju ni prava pacijenata. Nije baš jasno zašto se ne bi oglasio natječaj za najbolji nacrt²⁶ jednog zakona ili podzakonskog akta, uz više ili manje precizne naputke naručitelja – sigurni smo da bi na taj način struka izbila u prvi plan i prije ili poslije ćemo morati priznati da je to (osim ukoliko se radi u velikoj žurbi²⁷) dobar *modus operandi* donositelja pravne norme.

IV POSTAVLJANJE I RAŠČLAMBA PROBLEMA

IV.1. OPĆENITO O ZAKONSKIM PRETPOSTAVKAMA ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU

Odgovornost za štetu je obveznopravni odnos u kojem je jedna strana dužna drugoj strani popraviti štetu, a druga je od prve ovlaštena zahtijevati taj popravak²⁸. Odgovornost za štetu nastaje pod pretpostavkom da je osoba odgovorna za štetu (štetnik) počinila protupravnu štetnu radnju zbog koje je nastala šteta osobi koja traži popravak štete (oštećenik) i ako postoji uzročna veza između štetne radnje i štete kao posljedice. Sve navedene pretpostavke moraju biti ispunjene **kumulativno**. Tako su pretpostavke odgovornosti za štetu (**pored postojanja subjekata**):

1/ štetna radnja štetnika, 2/ šteta, 3/ uzročna veza između štetne radnje i štete (kauzalni neksus) i 4/ protupravnost²⁹.

Štetna radnja je svaka radnja, činidba (*commissio*) ili propust (*omissio*) štetnika kojom se oštećeniku nanosi šteta. Javlja se kao građanski delikt i povreda ugovornog odnosa. Kod građanskog delikta (deliktna odgovornost) između stranaka prethodno ne postoji ugovorni odnos.

²⁶ Mora biti nacrt jer nije moguće isključiti promjene prigodom rasprave i glasovanja u zakonodavnom tijelu.

²⁷ Problem je što u svakom sazivu hrvatskog zakonodavca sve više akata biva doneseno po žurnom postupku, što znači da bi broj onih zakona koji bi se prepustili struci glede nacрта bio malen. Međutim, i to bi bilo bolje nego aktualno stanje.

²⁸ Vidjeti tako u: Martin Vedriš, Petar Klarić, Građansko pravo, Narodne novine, Zagreb, 2006. god. str. 583.

²⁹ Vidjeti tako u: Hrvoje Kačer - Ante Perkušić, u: Vilim Gorenc i dr., Komentar Zakona o obveznim odnosima, RRIF, Zagreb, listopad 2005. , str. 1605.

Šteta je umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta). Inače, glede štete se teorijska definicija praktično potpuno poklapa sa onom zakonskom iz čl. 1046. ZOO.

Da bi došlo do odgovornosti za štetu između štetne radnje i štete mora postojati uzročna veza – **kauzalni neksus**. Šteta se mora javljati baš kao posljedica štetne radnje. Šteta obično nastupa kao posljedica više uzroka, pa je u okolnostima svakog slučaja potrebno cijeliti onaj uzrok koji je pravno relevantan. To je uzrok koji je tipičan (prema životnom iskustvu ili pravilima struke, uobičajenom životnom tijeku stvari) za određenu štetnu posljedicu. Tako je prema sudskoj praksi pravno relevantni uzrok štete onaj štetni događaj čijem redovitom učinku odgovara konkretna šteta.

O **protupravnosti** govorimo kada je povrijeđena neka pravna norma. Pri tom nije riječ samo o normama građanskog prava jer i ponašanje suprotno normama drugih pravnih područja može dovesti do štete³⁰. Ključno je za pitanje protupravnosti temeljito istražiti dva ključna, a ipak različita pojma – prvi je liječnička greška, drugi je komplikacija.

IV.1.1. LIJEČNIČKA GREŠKA I KOMPLIKACIJA

Pojam liječničke pogreške potječe iz medicine, a stvorio ga je čuveni patolog Rudolf Virchow, pod nazivom stručna greška³¹ u drugoj polovini 19. stoljeća. Premda u pravnoj literaturi i sudskoj praksi nalazimo brojne izraze kojima se terminološki označavaju nepropisne medicinske radnje (npr. stručne ili profesionalne greške, medicinske greške, nepažljivo i nepropisno medicinsko postupanje, greške u liječenju i sl), nažalost, ne postoji potpuno jasna definicija liječničke pogreške, pa je zbog toga treba izvoditi posrednim putem. U tom smislu, kako bi se mogle primijeniti opće odredbe ZOO kao temeljnog pravnog izvora za tu vrstu odgovornosti odnosno utvrditi je li se postupalo u skladu s pravilima medicinske struke (*lege artis*) nužno je koristiti i tzv. zdravstvene propise pa tako npr. i Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti prava pacijenata, Zakon o liječništvu, Zakon o dentalnoj medicini, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti,³² Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog

³⁰ Vidjeti tako u: Hrvoje Kačer, Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, PIP broj 7/2007., str. 15.

³¹ Stručnu grešku liječnika definirao je kao kršenje općeprihvaćenih pravila umijeća liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza. Cit. prema: Petar Klarić, Odštetno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2003., str. 398.

³² NN, 121/03, 117/08

tijela u svrhu liječenja i dr.³³ Premda u pravnoj literaturi pronalazimo različita pojmovna određenja liječničke pogreške,³⁴ ipak za ovaj pojam možemo kazati da je to postupanje suprotno (odnosno koje nije u skladu s) pravilima i metodama, odnosno standardima rada zdravstvene struke i/ili znanstvenim saznanjima, a kojim se ugrožava život i zdravlje ljudi i/ili nepoštivanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke³⁵.

Spomenuti pravni standard, pravila i metode rada, odnosno medicinski standard rada znači da postupke liječnika valja prosuđivati onako kako bi ih, u vrijeme kad je liječnik djelovao, prosudila medicinska struka³⁶. Pritom treba imati na umu sve okolnosti konkretnog slučaja u kojem je došlo do liječničke pogreške. Kriterij za utvrđivanje krivnje liječnika su pravila medicine, a na konkretno pitanje je li određeni liječnik postupao u skladu s pravilima svoje struke odgovor će u pravilu dati vještak medicinske struke. Premda se postupanje liječnika suprotno pravilima medicine u pravnoj literaturi naziva liječničkom pogreškom, prema nekim stajalištima uopće se ne radi o pravnom pojmu, te pitanje je li liječnik postupao u skladu s pravilima svoje struke prevedeno na pravni jezik zapravo je pitanje je li liječnik postupao protupravno. Krivnja i protupravnost u građanskom su u pravu povezani pojmovi.³⁷

1. Definiranje liječničke pogreške

Liječnička pogreška naziva se i medicinskim propustom, u smislu nepovoljnog ishoda bolesti, ozljeda ili stanja pacijenta zbog neprimjerenog medicinskog postupanja, neprimjerene ili neispravne opreme, pogrešno primijenjenih medicinskih sredstava ili lijekova ili pak neprimjerene organizacije medicinskog rada.³⁸ Liječničke pogreške obuhvaćaju jedno šire područje i odnose se na pogreške

³³ Također, potrebno je uzeti u obzir i opće akte koji nisu zakoni, ali ipak obvezuju, kao npr. različite konvencije, rezolucije, Kodeks medicinske etike i deontologije (NN, 47/04) i dr.

³⁴ Pojam *stručne greške* je u njemačkoj literaturi i sudskoj praksi vrlo brzo zamijenjen pojmom *greška u tretmanu* kao širim pojmom koji obuhvaća ne samo greške u liječenju, nego i greške u dijagnozi, profilaksi i naknadnoj skrbi. Klarić smatra da je s gledišta pravne terminologije svakako eufemizam kršenje pravila nazvati greškom, posebno ako se radi o pravilima koja uživaju pravnu sankciju. Petar Klarić, *Odštetno pravo*, str. 398.

³⁵ Ivica Crnić: op.cit. str. 51. Liječničku pogrešku većina stranih autora definira kao zanemarivanje ili odstupanje od medicinskog standarda odnosno standarda medicinske znanosti ili kao svaku liječničku mjeru koja je prema standardu medicinske znanosti i iskustva izvedena bez dužne pažnje.

³⁶ Naravno, pri tome se medicinska struka mora kretati unutar okvira koje propisuje pravni sustav. Tako npr. kada bi medicinska struka kazala kako liječnik uopće ne može odgovarati za obavljanje svojeg posla, pravo takav stav apsolutno nikada ne bi prihvatilo.

³⁷ Saša Nikšić, *Osnovna obilježja odgovornosti za štete u medicini*, *Liječnički Vjesnik* 2008; godište 130, str. 285.

³⁸ Cit. prema: Zlatko Domljan, *Komplikacija ili propust u dijagnostici i liječenju*, *Liječničke novine*, Zagreb, br. 54/2006., str. 19. Također, liječničke pogreške klasificiraju se prema različitim kriterijima, pa ih je moguće razvrstati na: one koje nastaju činjenjem i one koje se sastoje u propuštanju; na teže i lakše; na greške po stadijima intervencije: dijagnostičke, terapijske, profilaktičke; na taktičke i tehničke; na opće, elementarne; u organizaciji rada, itd. Petar Klarić, *Tribina Kluba pravnika*, 19. 12. 2001., dostupno na:

u dijagnozi, pogreške u terapiji, pogreške kod invazivnih zahvata te pogreške kod neinvazivnih zahvata.³⁹

Tako je Vrhovni sud Republike Hrvatske 2002. godine presudom⁴⁰ potvrdio nižestupanjske presude u slučaju suvišnog i nepotrebnog operacijskog zahvata zbog pogrešne dijagnoze liječnika. Naime, prema utvrđenom činjeničnom stanju tužiteljica je trpjela bolove koje je liječnik pokušao sanirati operacijom crvuljka nakon čega bolovi nisu prestali, a prema nalazu i mišljenju vještaka medicinske struke tužiteljica je imala probleme urološke naravi te je operacijom crvuljka nastala šteta koja je izazvana tim nepotrebnim zahvatom. Dijagnostika je složen i kompliciran postupak koji ovisi o znanju, iskustvu i sposobnosti liječnika te se pri ocjeni pogrešnosti dijagnoze uzima u obzir i nesavršenost ljudskog znanja. Liječnik mora imati i upotrijebiti znanja i sposobnosti koja imaju liječnici njegova profila u sličnim okolnostima, pa se od liječnika specijaliste zahtijeva viši stupanj znanja i sposobnosti kad postupa u djelokrugu svoje specijalnosti.

Međutim, u prikazanom slučaju određivanje pogrešne dijagnoze, koje se sastojalo u neprepoznavanju bolesti odnosno pogreškama liječnika pri uzimanju anamneze i promatranju simptoma, predstavlja tzv. pogrešku umijeća (*vitium artis*) koja je dovela do određivanja pogrešne terapije odnosno pogrešne metode liječenja nepotrebnim invazivnim zahvatom. U mnogim slučajevima mora se na temelju prisutnih simptoma misliti na slične bolesti i tek nakon izlučivanja i diferenciranja dolazi se do prave dijagnoze, a od postavljene dijagnoze ovisi koje će se mjere poduzeti u svrhu liječenja.⁴¹

U ovom slučaju može se u potpunosti zaključiti da je zasnovan odnos odgovornosti za štetu prouzročenu liječničkom pogreškom, jer su se ispunile sve nužne pretpostavke: nepotrebno operirana pacijentica kao oštećenik, ordinirajući liječnik kao štetnik, nepotrebna operacija koja je poduzeta zbog pogreške u dijagnozi kao štetna radnja, nastala neimovinska šteta, postojanje uzročne veze između liječničke pogreške u obliku pogrešne dijagnoze i time prouzročene štete, te skrivljeno ponašanje liječnika prouzročeno time što liječnik nije postupao ne

https://www.google.hr/search?q=Tribina+Kluba+pravnika:+Odgovornost+za+%C5%A1tetu+zbog+gre%C5%A1aka+u+medicini,+Zagreb,+2001.&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=IAUIVvfFsbGtZl7wDA

³⁹ Prema podacima u najrazvijenijim zemljama, usprkos korištenja najmodernijih tehnologija, 10% do 15% bolesnika je izloženo pogreškama koje dovode do zakašnjenja u postavljanju dijagnoze ili postavljanja pogrešne dijagnoze. Cit. prema: Branka Golubić Čepulić, Izvori grešaka i njihova kontrola: Model upravljanja neželjenim događajima u kliničkoj transfuziologiji, Zagreb, 2011, str. 9.

⁴⁰ VSRH, Rev 491/1999-2 od 24. rujna 2002., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

⁴¹ Ivica Crnić: op.cit., str. 56. Dijagnoza i terapija čine jedinstvo i to ne samo u medicinskom nego i u pravnom smislu. Bez točne dijagnoze nema ni ispravnog liječenja. U medicini je prihvaćeno načelo "*nikakva terapija bez donekle sigurne dijagnoze*". Cit. prema: Jakov Radišić, Odgovornost zbog pogrešne lekarske dijagnoze i nepreduzimanja potrebnih dijagnostičkih mera, Revija za pravo osiguranja, br. 1, 2011, str. 55.

samo pažnjom dobrog stručnjaka već nije upotrijebio niti onu pažnju koju bi upotrijebio prosječan liječnik. U konkretnom slučaju pažnju dobrog stručnjaka valja utvrđivati usporedbom s radom drugog odgovarajućeg stručnjaka. Tako nas literatura navodi na zaključak da se uvijek treba pitati kako bi se iskusan i pažljiv liječnik opće prakse ili specijalist ponašao u danoj situaciji.⁴² Premda se predmnjeva obična nepažnja, smatramo da se u konkretnom slučaju neindiciranog agresivnog (invazivnog) zahvata radilo o krajnjoj nepažnji tj. o liječničkom postupku koji je izraz nemara, površnosti ili možda brzopletosti.

Prema mišljenju Vrhovnog suda u ovom je slučaju *"nad tužiteljicom izvršen nepotrební operacijski zahvat (zbog pogrešne dijagnoze)"* te su nižestupanjski sudovi u potpunosti utvrdili činjenično stanje pa *"dosuđeni iznos predstavlja nematerijalnu štetu koju je pretrpjela tužiteljica krivnjom tužene kad je nad njom izvršena – nepotrebno – operacija vađenjem slijepog crijeva – crvuljka. Također, sudovi nižeg stupnja su "pravilno primijenili materijalno pravo kada su dosudili tužiteljici štetu u visini koja predstavlja pravičnu novčanu naknadu za svaki navedeni vid štete koji se odnosi na nematerijalnu štetu za pretrpljene fizičke boli, pretrpljeni strah, smanjenje životnih aktivnosti te naruženje odnosno nastali ožiljak."*

Pogreške u dijagnozi koje rezultiraju netočnim ili kasnim otkrivanjem bolesti mogu biti posljedica loše uzete anamneze, površnog kliničkog pregleda, neadekvatnog izbora vrste laboratorijskih ispitivanja ili netočne interpretacije i procjene podataka koji proizlaze iz tih testova.

U navedenom slučaju riječ je o netočnoj dijagnozi, ali liječničku pogrešku predstavlja i propuštena dijagnoza, pa je Vrhovni sud Republike Hrvatske 1998. godine presudom⁴³ odbio reviziju tužene kao neosnovanu *"jer je na temelju nalaza Medicinskog fakulteta u Z. utvrđeno da je došlo do propusta u liječenju tužitelja zbog nedostatne RTG obrade pri prijemu na kirurški odjel, tako da nije postavljena dijagnoza koja bi omogućila adekvatno liječenje..."*

Propuštanje poduzimanja određene radnje koje je prouzročilo štetu jednako je relevantno kao i aktivno djelovanje, pa je takvo stajalište Vrhovni sud Republike Hrvatske potvrdio i presudom⁴⁴ kojom je odbio reviziju u slučaju kod kojega je operativnim zahvatom na tužiteljici došlo do ozljede glavnog žučnog voda, zbog čega se žuč izlila u trbušnu šupljinu, nakon čega je tužiteljica otpuštena iz bolnice te sedam dana poslije ponovno operirana. Naime, odlukama nižestupanjskih sudova

⁴² "Specifičnost za mjerilo njihove profesionalne pažnje jest da se ono utvrđuje dvojako - prema osobama iz istog profesionalnog kruga i prema konkretnim okolnostima u kojima se odvija medicinska intervencija." Cit. prema: Petar Klarić, Tribina Kluba pravnika.

⁴³ VSRH, Rev 2955/1998-2 od 6. lipnja 2002., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

⁴⁴ VSRH Rev 597/06-2 od 6. ožujka 2007., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

do navedenog došlo je zbog propusta u liječenju, jer je tužiteljica preuranjeno otpuštena iz bolnice, s obzirom da nije prepoznato njezino bolesno stanje, iako je trebalo biti. Vrhovni sud prihvatio je takav zaključak nižestupanijskih sudova s obrazloženjem *"da su ozljede glavnog žučnog voda kod tužiteljice posljedica greške liječenja, a ne objektivne komplikacije prilikom operativnog zahvata te da je do postoperativnih komplikacija kod tužiteljice, a slijedom toga i trajno narušenog zdravlja, došlo do propusta u liječenju od strane tuženika nakon prvog operativnog zahvata."*

Nesporno je u ovom slučaju da se radi o jatrogenoj ozljedi žučnog voda za koju nije obrazloženo radi li se o odstupanju od standarda medicinske struke, a što je ključni kriterij za razlikovanje liječničke pogreške od medicinske komplikacije kao neželjenog ishoda invazivnog zahvata.

Mišljenja smo da su nižestupanijski sudovi pravilno utvrdili da je do narušenja zdravlja tužiteljice došlo zbog propusta u liječenju postoperativnog tijeka, premda navedene sudske odluke izvode i zaključak da su ozljede nanese pri operaciji posljedica greške liječenja, a ne objektivne komplikacije takvoga zahvata. Međutim, iz citiranih sudskih odluka ne može se sa sigurnošću utvrditi je li ozljeda glavnog žučnog voda prouzročena nepostupanjem liječnika u skladu s osnovnim principima medicinske znanosti i važećih profesionalnih pravila, ili se pak radi o neželjenom rezultatu medicinskog postupka koji nastaje unatoč medicinski ispravnog i pravodobno izvedenom postupku.

Kao najčešći primjeri medicinske pogreške kirurga navode se pogreške u dijagnosticiranju i postavljanju indikacije za operaciju, slaba tehnika operiranja te greške u prepoznavanju i liječenju postoperativne komplikacije. Tako Vrhovni sud u svojoj odluci⁴⁵ zauzima stajalište *"da je prilikom eksploatacije maternice, nakon pobačaja, došlo do perforacije maternice, da je perforacija moguća, međutim, da perforaciju treba prepoznati te da je greška liječnika tužene što nisu prepoznali perforaciju, jer da je ista na vrijeme prepoznata mogla se sanirati i ne bi došlo do odstranjenja maternice kod tužiteljice."* Ako je liječnik operativni zahvat izvršio lege artis, s povećanom pažnjom odnosno pažnjom dobrog stručnjaka, ne bi se radilo o skrivljenom liječničkom ponašanju već o medicinskoj komplikaciji, ali propust neprepoznavanja perforacije kao komplikacije u ovom slučaju predstavlja skrivljenu liječničku pogrešku.

Medicinska pogreška postoji i u slučaju štete prouzročene neodgovarajućom i nepropisnom primijenom lijeka ili pogrešnom procjenom njegova djelovanja i rizika. Tako je Vrhovni sud Republike Hrvatske presudom⁴⁶ prihvatio utvrđenje

⁴⁵ VSRH Rev. 1584/1998-2 od 4. veljače 1999., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

⁴⁶ VSRH Rev 1181/1991-2 od 2. listopada 1991., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

nižestupanjskih sudova da je do smrti oca tužiteljice došlo zbog toga što je unatoč saznanju (a što je bilo označeno na temperaturnoj listi) da je kod pacijenta već bila postavljena dijagnoza ranije bolesti agranulocitoze proveden liječnički tretman davanjem lijeka Novagetol (koji je kontraindiciran) što je imalo za posljedicu ponovno izazivanje bolesti agranulocitoze koja je kasnije dovela i do smrti oca tužiteljice.

U konkretnom slučaju radilo se o oštećeniku koji je u prometnoj nesreći zbog zadobivene povrede - prijeloma desne potkoljenice zaprimljen u bolnicu gdje ga je primio liječnik kojeg je supruga oštećenika upozorila da je njen suprug ranije bolovao od agranulocitoze što je on kao dežurni liječnik zabilježio u tzv. temperaturnu listu te da je unatoč tomu pripisao četiri lijeka koji su u svom kemijskom sastavu sadržavali elemente koji su najčešći uzročnici bolesti agranulocitoze, slijedom čega je kod oštećenika došlo do naglog povećanja temperature, pri čemu nije načinjena krvna slika. Premda revident uporno upućuje da smrt oštećenika koja je posljedica agranulocitoze nije u vezi s primanjem lijeka Novalgetol već da je u vezi s povredom zadobivenom u prometnoj nesreći i infekcijom koja je pokrenula kroničnu bolest, sudovi su zaključili da je agranulocitoza uzrokovana primjenom kontraindiciranog lijeka Novalgetol tijekom liječenja u bolnici te da bolest agranulocitoze nije uzročno vezana sa zadobivenim ozljedama u prometnoj nesreći.

Unatoč činjenici postojanja slučajeva različitog reagiranja pacijenata na neke lijekove, ovaj primjer nesporno pokazuje očiglednu liječničku pogrešku prouzročenu primjenom nepodobnog lijeka odnosno postupanjem koje je u suprotnosti s općepriznatim i usvojenim načelima medicinske znanosti i struke te liječničke deontologije.

Pogreške u terapiji najčešće su posljedica pogrešnog izbora metode liječenja ili operacije, neprimjerenog izbora lijekova ili krivih doza propisanih lijekova, primjene neodgovarajuće kirurške tehnike u određenom kirurškom tretmanu te izostanka određenih neophodnih tretmana.

2. Definiranje medicinske komplikacije

Jatrogena ozljeda ne prejudicira da je riječ o liječničkoj odgovornosti. To je samo izraz da je neka posljedica nastala zbog djelovanja liječnika (ili drugih zdravstvenih radnika) odnosno da je to ozljeda koju pacijentu prouzroči sam liječnik. Do nepovoljnog ishoda liječničke intervencije može doći i zbog komplikacije koja se dogodila u postupku liječenja. Komplikacija predstavlja neželjeni rezultat medicinskog postupka koji nastaje unatoč medicinski ispravnom i pravodobno izvedenom postupku, koji je izveden pravilnom uporabom ispravne opreme i sredstava (lijekova, kemijskih tvari i slično), uz optimalnu organizaciju

rada. Riječ je naprosto o riziku koji sa sobom nosi svaki medicinski zahvat, koji se ne može dovesti u uzročnu vezu s pogreškom u liječenju te bi kao takva, medicinska komplikacija bila kvalificirana kao slučaj (casus) za koji se ne bi odgovaralo, osim iznimno u slučaju objektivne odgovornosti.⁴⁷

Tako je Županijski sud u Splitu presudom⁴⁸ potvrdio odluku prvostupanjskog suda u sporu o postojanju pogreške liječnika, jer je tužiteljica podvrgnuta kolonoskopskom pregledu, nakon čega je kod nje ustanovljena perforacija debelog crijeva, te učinjen operativni zahvat. U konkretnom slučaju sud je utvrđivao je li s obzirom na zdravstveno stanje tužiteljice pravilno indiciran kolonoskopski pregled, te je li prilikom istog postupljeno „onako kako je trebalo“. Također, tužiteljica je u žalbi isticala da je kolonoskop pomoću kojeg je vršena navedena invazivna pretraga po svojoj namjeni opasna stvar, pa da tuženik odgovara za štetu na temelju članka 173. u svezi s člankom 154. stavkom 2. ZOO-a, po načelu pretpostavljene krivnje, ali je drugostupanjski sud zaključio da se *“kolonoskop kao sredstvo rada kojim se obavlja navedena pretraga ne može izdvojiti kao opasna stvar od cjelokupnog konkretnog medicinskog zahvata odnosno pretrage.”* Navedeni stav dovodi do pitanja je li liječenje opasna djelatnost, ili je sama bolest već izvor opasnosti, tj. nalazi li se pacijent već u opasnosti, a liječnik mu samo pokušava pomoći koristeći pritom i stvari (aparate) koje se mogu smatrati opasnim (zračenje, laser i sl.). Sve su češći zahtjevi teorije, u praksi još neprihvaćeni, za što širom primjenom pravila objektivne odštetne odgovornosti kod koje se odgovora po principu *cause*.⁴⁹

Iz obrazloženja prvostupanjske presude proizlazi da rezultati dokaznog postupka ne daju osnovu za utvrđenje da bi tuženik na bilo koji način nepravilno postupao prilikom provođenja kolonoskopske pretrage tužiteljice, a što bi pak bilo u uzročno-posljedičnoj svezi s štetom. Naime, invazivna pretraga debelog crijeva, koja u svojoj biti uključuje i moguće komplikacije, kao i svaki dijagnostički i terapijski postupak, kod tužiteljice obavljena je prema pravilima struke pri čemu su sami čin operacije do koje je došlo uslijed nastanka komplikacije, te tijekom liječenja prošli bez ikakvih znatnih štetnih posljedica po tužiteljicu. Navedena pretraga indicirana je nakon ultrazvučnog utvrđenja trbušne tvorevine od 6 cm, te je kolonoskopska pretraga obavljena od strane tima sastavljenog od liječnika

⁴⁷ No, ipak kada komplikacije prijeđu granice prihvatljivog, uobičajenog rizika, nastaje odgovornost pružatelja zdravstvenih usluga, koje ulaze u sferu odgovornosti prema načelima objektivne odgovornosti, najčešće kao oblik odgovornosti za opasnu djelatnost, te time čine pravni temelj za naknadu štete. Ivica Crnić: op. cit., str. 66.

⁴⁸ VSRH - Gžp-291/09 od 4. lipnja 2009., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

⁴⁹ Posebice se to odnosi na štete u medicini nastale uporabom sofisticiranih i tehnološki razvijenih aparatura, te za neke specijalne medicinske zahvate kao npr. transfuziju krvi. Cit. prema: Maja Proso, Sustavi osiguranja od odštetne odgovornosti u zdravstvenoj djelatnosti, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 46, 2, 2009., str. 363.

specijaliste gastroenterologa i medicinske sestre koja svojim manipulacijama uvlačenja i izvlačenja aparata nikako ne može utjecati na probijanje stjenkice crijeva. Postojeća laceracija crijeva medicinski predstavlja površinsku razderotinu, dakle, nevidljiv proboj crijeвне stjenke, koji obično spontano zacjeljuje i rijetko se tijekom nekoliko sati iz takve lezije razvija i perforacija. To se međutim, obično događa kod starijih ljudi koji imaju slabije vezivno tkivo i kod nekih bolesti crijeva, a unaprijed nije moguće znati što će se dogoditi tijekom pretrage ili poslije pretrage. *"U konkretnom slučaju radilo se o dopuštenom načinu dijagnostičke procedure koje je opće prihvaćeno u medicinskoj struci, pri čemu su sama priprema i tijekom pretrage obavljani prema postulatima struke, pa se ne radi o propustu ili o stručnoj grešci medicinskog osoblja, jer navedena pretraga uključuje moguće komplikacije, kao uostalom i svaki dijagnostički i terapijski postupak."* Također, pretraga je pravilno indicirana, jer svaka tvorba registrirana na UZV ili CT u nivou crijeva podliježe daljnjoj obradi, pa je u konkretnom slučaju postojala opravdanost upućivanja tužiteljice na kolonoskopiju. Dakle, žalbeni je sud prihvatio zaključak *"da je kolonoskopska pretraga izvršena medicinski korektno i da pri tome nije bilo propusta, pa nastala perforacija crijeva predstavlja posljedicu komplikacija navedenog invazivnog zahvata, a ne grešku liječničkog tima koji je u istoj sudjelovao, zbog čega je prvostupanjski sud osnovano zaključio da su djelatnici tuženika u danim okolnostima postupali onako kako je trebalo i da stoga ne postoji odštetna odgovornost tuženika."*

Stajalište po kojemu bi liječnik počinio grešku jedino ako bi izabrao metodu liječenja koja u medicini nije priznata Vrhovni sud potvrdio je odlukom⁵⁰ rješavajući spor radi naknade štete zbog nastalih komplikacija tijekom liječenja prijeloma natkoljenične bedrene kosti, a koje su, prema tvrdnji tužitelja, uzrokovane pogreškom u procjeni metode liječenja, jer je liječnik operativni zahvat osteosinteze mnogoivernog prijeloma natkoljenice izveo pomoću serklažnih žica, umjesto pločicama i vijcima. Sudovi su utvrdili da sporna šteta nije uzrokovana pogrešnim izborom metode liječenja, jer je *"primijenjena operativna metoda osteosinteze pomoću serklažnih žica poznata i u medicinskoj literaturi priznata metoda koja se primjenjuje, s tim što metoda liječenja pločicama i vijcima nije specifična za djecu, već za odrasle osobe; da do pomaka, odnosno komplikacija može doći kod obje metode (pomoću serklažnih žica, te pločica i vijaka); da se izbor te metode ne može pripisati grešci liječnika koji je izvršio operativni zahvat i da uzroci nezarastanja kosti nakon osteosinteze serklažnim žicama mogu biti različiti, a ne posljedica primjene same te metode."*

⁵⁰ VSRH Rev 1304/07-2 od 28. svibnja 2008., <http://sudskapraksa.vsrh.hr>

U navedenim primjerima sudska praksa uvažava činjenicu da je liječnik slobodan pri izboru dijagnostičkih i terapijskih metoda, pri čemu se u dvojbi dužan držati sigurnijeg puta, a ako postoje različite škole mišljenja o nekoj metodi, ispravnije bi bilo prihvaćanje općepriznate prakse.

Također, u slučajevima medicinskih komplikacija treba uzeti u obzir činjenicu da su predviđanja uspjeha mjera liječenja i štetne posljedice ograničena, posebice kod netipičnih slučajeva odnosno kod nemogućnosti sagledavanja reakcija organizma, čak i za najbolje stručnjake.

IV.2. ZDRAVSTVENA GREŠKA

Glede zdravstvene greške na odgovarajući se način treba primijeniti sve navedeno glede liječničke greške.

IV.3. UGOVORNA I IZVANUGOVORNA OSNOVA

Radi se o dva različita pravna temelja glede kojih u hrvatskom pravu, kako posebno nakon 01. siječnja 2006. i stupanja na snagu ZOO tako i prije **ne postoji (značajna) razlika**⁵¹, za razliku od nekih drugih pravnih sustava. Ne ulazeći u detaljnu elaboraciju, treba napomenuti da su te razlike u stranim pravima najveće u tome što kod ugovorne odgovornosti nije moguća naknada neimovinske štete (ali i da su različiti rokovi zastare, opseg naknade štete, raspolaganja ili prenosivost i nasljedivost, dokazivanje pojedinih pretpostavki i dr.) što je jedna značajna otegotna okolnost za oštećenog⁵², pri čemu je ZOO (za razliku od RZOO) jasno propisao da se **i kod ugovorne odgovornosti odgovara i za neimovinsku štetu**⁵³. Istina je, u sudskoj praksi postoje odluke iz kojih se da iščitati kako sudovi ipak razlikuju ova dva pravna osnova, ali prema našem mišljenju ipak bez jasnog pravnog temelja za takav postupak. Međutim, to što je danas tako ne znači da će uvijek biti tako i treba se jako čuvati nekog nes(p)retnog poteza zakonodavca koji bi, vodeći računa o potpuno drugim stvarima i ne vodeći računa o specifičnostima medicinskog – zdravstvenog prava, propisao kako npr. kod ugovorne odgovornosti ne odgovara za neimovinsku štetu, ili nešto na planu izmakle dobiti i sl.

Za suvremeno je pravo karakteristično da se odnos između davatelja medicinske usluge i pacijenta u pravilu temelji na ugovoru o liječenju, odnosno ugovoru o

⁵¹ Ipak, u slučaju kvalitetnog sastavljenog ugovora moguće je izbjeći mnoge komplikacije do kojih inače dolazi, pa tako npr. i putem solemnizacije izbjeći put parnice.

⁵² Vidjeti više u: Petar Klarić, Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio), Hrvatska pravna revija, kolovoz 2001., str. 24. i dalje

⁵³ Vidjeti u: Vilim Gorenc, u: Vilim Gorenc i dr., Komentar Zakona o obveznim odnosima, RRIF, Zagreb, listopad 2005., str. 512., Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima - napomene, komentari, sudska praksa i prilozi, II - bitno dopunjeno i izmijenjeno izdanje, Organizator, Zagreb, 2006., str. 353.

pružanju zdravstvene usluge koji u hrvatskom pravu, što vrijedi i za većinu drugih pravnih sustava, nije imenovani ugovor.⁵⁴

U pravilu je ugovor teretan, tj. korisnik medicinske usluge plaća naknadu za korištenje usluge, ali ugovor može biti i besplatan u slučaju da se usluga pruža bez naknade. Ugovor u pravilu nije ugovor *intuitu personae*⁵⁵ (drukčije je kada se radi o nekim rijetkim specijalizacijama i nekim jako istaknutim stručnjacima) niti ugovor s trajnim prestacijama (drukčije je npr. kod liječnika opće prakse). U pravilu se zaključuje kao pravni posao kojim se liječnik obvezuje na provođenje određenog tretmana medicinske zaštite. To znači da svaki put kada liječnik pacijentu predloži neki novi postupak ili mjeru u okviru ugovorenog tretmana i pacijent na to pristane, nije riječ o zaključenju novog ugovora, već samo o izvršenju opće obveze preuzete ugovorom da se pruži medicinska zaštita. Ta se obveza izvršava najčešće predlaganjem pojedinih mjera na koje pacijent može pristati ili ne. Ako pacijent pristane na predložene mjere liječnik time ispunjava svoje obveze iz ugovora, a ako odbije pojedinu mjeru ili postupak, ovisno o okolnostima slučaja, može doći do prestanka ugovora ili do izvršenja obveze drugim sredstvima, pod uvjetom da na to pristaju obje ugovorne. Ugovor o medicinskoj usluzi je u pravilu neformalan ugovor za čije je zaključenje dovoljna suglasnost stranaka, a veoma često se u praksi zaključuje i konkludentnim radnjama⁵⁶. Izuzetno se za neke oblike medicinskog tretmana po zakonu zahtijeva pisana forma ugovora.

Ugovor o medicinskoj usluzi zaključuju u pravilu pacijent i davatelj usluge. Davatelj medicinske usluge u načelu slobodno odlučuje da li će zaključiti ugovor s pacijentom, no u određenoj je mjeri njegova sloboda ugovaranja zakonom ograničena.

IV.4. OBJEKTIVNA I SUBJEKTIVNA ODGOVORNOST

Kad se kod protupravnosti traže samo **objektivni elementi**, od odlučnog značaja je činjenica da je štetnik svojim postupanjem povrijedio normu objektivnog prava, dok je odnos počinitelja prema radnji i nanesenoj šteti (**krivnja**) **irelevantan**. **Subjektivni elementi** protupravnosti izražavaju se krivnjom počinitelja. U ovom

⁵⁴ No, treba napomenuti da od tog pravila postoje značajna odstupanja. Tako se primjerice u engleskom pravu gotovo nepodijeljeno smatra da između pacijenta i liječnika koji svoje usluge pruža u okviru NHS sustava ne postoji ugovorni odnos, budući da je obveza medicinske zaštite u okviru NHS utemeljena na zakonu. No, postoje i suprotna stajališta koja polaze od činjenice da pacijent koji koristi ovakve usluge plaća liječnika, istina indirektno, kroz sustav poreza i zdravstvenih premija. Više vidi: KENNEDY, I. – GRUBB, A., *Principles of Medical Law*, Oxford University Press, 1998., str. 283. sq.-prema: Silvija Petrić, op. cit., str. 98.

⁵⁵ Vidjeti suprotno u: Silvija Petrić, ibidem.

⁵⁶ Npr. prijavljivanjem pacijenta na prijemni odjel medicinske ustanove, započinjanjem nekog oblika medicinskog tretmana uz pristanak pacijenta, davanjem savjeta ili mišljenja i sl.

slučaju nije dovoljna činjenica da je štetnik svojim postupanjem povrijedio normu objektivnog prava, **već se zahtijeva i određeni stupanj štetnikove krivnje.**

Objektivna odgovornost ili odgovornost bez krivnje je iznimka, a subjektivna ili skrivljena odgovornost je pravilo. Međutim, činjenica je da postoji trend širenja obuhvata objektivne odgovornosti⁵⁷ i da je to za nešto što je izuzetno značajno za prosudbu pravnog položaja potencijalnih dužnika – odgovornih osoba. Pri tome se ne radi samo o tome da nema elementa krivnje (ma o kojem obliku se radi) nego i o tome da je bitno drukčije raspoređen teret dokazivanja (kod objektivne odgovornosti vlasnik opasne stvari ili onaj tko obavlja opasnu djelatnost, ako želi otkloniti odgovornost, mora dokazati da šteta potječe od nekog nepredvidivog uzroka koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti, ili mora dokazati da je šteta nastala isključivo radnjom oštećenika ili treće osobe, koju nije mogao predvidjeti i čije posljedice nije mogao ni izbjeći ni otkloniti⁵⁸).

Poznato je kako u hrvatskom pozitivnom pravu nema zakonske odredbe koja bi odredila – propisala što su to opasna stvar i opasna djelatnost u zdravstvu odnosno u medicini. Kada je to već tako, onda moramo u istraživanju posegnuti za zakonom koji ima ulogu *lex generalis*, a to je ZOO. Problem je u tome što ni taj zakon uopće ne sadrži odredbu o tome što je to opasna stvar odnosno opasna djelatnost. To je prepušteno praksi koja to u pravilu dobro čini⁵⁹. Praktično svaka stvar može biti opasan, svaka djelatnost može biti opasna. Iako uporaba pravnih standarda općenito nije prijeporna, to ne znači da je bez (pa i onih ozbiljnih) nedostataka od kojih je svakako ključan niži stupanj pravne sigurnosti, zato što različiti sudovi mogu (i to često i rade) različito tumačiti određenu pravnu normu. Kada se radi o motornom vozilu u pogonu onda dvojbi nema, jer je ZOO u čl. 1068. unutar Odsjeka 4. koji nosi naslov ODGOVORNOST ZA ŠTETU OD OPASNE STVARI ILI OPASNE DJELATNOSTI, propisao jedan poseban slučaj opasne stvari/opasne djelatnosti, slijedom čega, kada se radi o motornom vozilu u pogonu, ne postoje nikakve dvojbe – primjenjuju se pravila objektivne odgovornosti⁶⁰.

⁵⁷ U 1990. god. je postojao prijedlog Komisije EZ da se uvede objektivna odgovornost za ugovore o davanju usluga. Vidjeti više u: Hrvoje Kačer, Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, PIP broj 8/2007., str. 19, bilješka broj 18.

⁵⁸ Čl. 1067. ZOO.

⁵⁹ Aldo Radolović, u: Hrvoje Kačer, Aldo Radolović, Zvonimir Slakoper, Zakon o obveznim odnosima s komentarom, Poslovni zbornik, Zagreb, veljača 2006., str. 928.

⁶⁰ Nešto je manje jasan slučaj odgovornosti države za nezakoniti ili nepravilni rad tijela državne i javne uprave prema Zakonu o sustavu državne uprave, ali u tom slučaju je Ustavni sud RH svojom odlukom zauzeo (za sve obvezujuć) pravni stav kako država odgovara bez krivnje, dakle objektivno. Vidjeti više o tome u: Ivica Crnić, Odštetna odgovornost države nije isključivo objektivna, Hrvatska pravna revija broj 4/2008. Str. 24.-33.

Iako je točno da zakonska formulacija opasnih stvari i opasne djelatnosti ne spriječava zaključak da su npr. kirurška kliješta opasna stvar ili da je neki operativni zahvat opasna djelatnost, takav zaključak nije ni obvezan. Točno je i da postoji sudska praksa koja izrijeком dopušta objektivnu odgovornost kod medicinskih šteta (*in concreto* se radilo o fizioterapiji i primjeni galvanskih struja⁶¹) ali to je ipak još jako daleko od zakonske odredbe prema kojoj bi se kod svih tzv. medicinskih šteta koje su nastale uz uporabu tzv. sofisticiranih tehnika i/ili vještina primijenila pravila o odgovornosti bez krivnje. I bez promjene zakonskih tekstova, uz snažan i hrabar iskorak sudske prakse isto ili barem slično bi se postiglo i primjenom pravila o opasnoj stvari. Naime, čak i u naprijed citiranoj odluci Ustavnog suda RH koja je na neki način revolucionarna, nije se iskoristila prigoda (drugim riječima izbjeglo se izjašnjenje) jasno kazati kako ne samo da je uporaba galvanskih struja opasna djelatnost, nego i da je (galvanska) struja opasna stvar.

V. UMJESTO ZAKLJUČKA

U zdravstvenom pravu kao razmjerno mladoj pravnoj grani, još uvijek postoji mnogo prostora za normativni napredak, od boljih i preciznijih postojećih definicija (npr. pojam pacijenta) pa do niza pojmova koji svoju jedinu definiciju imaju u pravnoj teoriji (uključujući i pojmove zdravstveno pravo i medicinsko pravo, ali i mrtvo i živo ljudsko tijelo). Poseban problem je uporaba pravnih standarda, koja jest načelno opravdana, ali ipak ima ozbiljne nedostatke i ne bi trebalo pretjerivati u uporabi. Pri tome u prvom redu mislimo na pojmove opasne stvari i opasne djelatnosti u zdravstvu (medicini). Očito je i da postoji značajna normativna insuficijencija na planu osnova građanskopravne odgovornosti. Tako smo npr. u ovom radu citirali autore koji smatraju kako je ugovor o davanju – pružanju zdravstvene usluge uvijek ili u pravilu *intuitu personae*, a mi smatramo upravo suprotno. Slično je i kod trajnosti prestacije, ali i kod stava radi li se o obligaciji sredstva ili obligaciji cilja. Imajući u vidu pravi zakonodavni stampedo u gotovo svim mandatima hrvatskog zakonodavca (pri čemu se na tom planu posebno ističe aktualni mandat) razumno je strahovati da je realno da se kod neke od zakonodavnih aktivnosti jednostavno prevede cjeloviti učinci, a to može biti jako, jako opasno. Točno je da za sada nema (barem ne značajnih) razlika između ugovornog i zakonskog osnova građanskopravne odgovornosti, ali nema jamstva da će uvijek biti tako. Koliko je sve to zajedno ozbiljan problem jasno

⁶¹ Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 / 2008., str. 35.-40

pokazuje da je smanjenje stope zakonske zatezne kamate očito objektivna potpora gospodarstvu⁶², ali je više nego jasno da nije isto radi li se o nekom neplaćenom računu iz područja prometa roba i usluga ili se pak radi o dospeljoj tražbini naknade štete koju dužnik nije platio. A ipak, radi se o pravnom institutu koji se na jednak način primjenjuje na sve te tako jako međusobno različite situacije. SAPIENTI SAT !

SUMMARY

CIVIL LIABILITY GROUNDS FOR HEALTH WORKERS

In this article the authors, with significant use of jurisprudence, have shown the material basis for civil liability. It is a well-known division on the contractual and legal responsibility, but this time with linkage to models of objective and subjective responsibility. With the review and critique of the situation *de lege lata*, the authors put forward proposals *de lege ferenda*, primarily with regard to the different - namely precise definition of dangerous things and dangerous activities, at least regarding to medicine.

Key words: *civil liability, fault, dangerous thing, dangerous activity, Law*

⁶² Makar neki smatraju kako je to potpora samo dužnicima i potpuno pogrešna poruka zakonodavca.

Prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić¹

OSNOVE KAZNENOPRAVNE ODGOVORNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

UDK: 614.25 : 343

Primljeno: 14. listopada 2015.

Izvorni znanstveni rad

Autorica u radu prvenstveno za cilj ima utvrditi temelje kaznenopravne odgovornosti zdravstvenih radnika u hrvatskom zakonodavstvu. U tu svrhu je ova tema analizirana uzimajući u obzir odredbe važećeg Kaznenog zakona koje reguliraju ovu materiju dovodeći ih u vezu s drugim propisima iz područja medicinskog prava pritom utvrđujući njihovu suglasnost odnosno koliziju. Tomu u prilog ide činjenica što su analizirana kaznena djela u radu po svojoj pravnoj prirodi blanketna te je neophodno uzimanje u obzir drugih pravnih propisa da bi se moglo u potpunosti utvrditi smisao pojedinog kaznenog djela. Cjelokupno analiziranje polazi od temeljnih metoda tumačenja dajući poseban naglasak na sustavnu i poredbenopravnu metodu. Zaključak u radu se referira na činjenicu kako je kaznenu odgovornost zdravstvenih radnika potrebno promatrati kroz krivnju a ne samo uzročnu vezu koja je temelj za objektivnu odgovornost. Pojedina kaznena djela iz KZ-a su analizirana pojedinačno uz zaključak kako je potrebno razlikovati medicinsku pogrešku, koja se pravilnim postupanjem mogla spriječiti, od neželjenog ishoda, kao posljedice koju nije bilo moguće spriječiti. Poseban naglasak je da sudska praksa treba razlikovati pristanak/suglasnost pacijenta od analize je li provedeni postupak na pacijentu bio protupravan.

Ključne riječi: Kazneni zakon, kazneno pravo, zdravstveni radnik, pretpostavke kažnjivosti

1. UVOD

Kazneno pravo, kao poveznica s društvenim sustavom vrijednosti i stvarnim životom, uređuje zaštitu naročito vrijednih individualnih i univerzalnih pravnih dobara od određenih vrsta povrede i ugrožavanja. Pri tome svakako je nužna obazrivost u propisivanju kaznenih djela u smislu supsidijarne i fragmentarne prirode kaznenog prava. Prema prihvaćenom načelu supsidijarnosti, zakonodavac smije predvidjeti ponašanje kao kazneno djelo samo ako se zadovoljavajuća zaštita odgovarajućeg pravnog dobra ne može postići nekim blažim sredstvom. Kazna kao sankcija kaznenog prava mora biti *ultima ratio societatis*, pa je nužna dekriminalizacija ako se dovoljna zaštita može postići primjenom sankcija iz neke druge grane prava (prekršajnog, upravnog, građanskog, disciplinskog itd.). Fragmentarni karakter kaznenog prava ogleda se u činjenici da ono ne štiti sva

¹ Prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, redovita profesorica u trajnom zvanju/predstojnica Zavoda za kaznene znanosti i ravnateljica poslijediplomskog studija »Medicinsko pravo« Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu.

pravna dobra, nego samo jedan njihov fragment, ulomak, i to ponekad samo od određenih vrsta napada. Kazneno pravo ne smije zadirati u sva područja društvenog života nego samo u ona koja su važna za osiguranje mirnog zajedničkog života.

Za medicinske pogreške ili propuste zdravstveni radnici danas u hrvatskom pravnom sustavu odgovaraju višestruko: prekršajno ili kazneno (preklapaju se i nadopunjuju uz zabranu dvostrukog kažnjavanja), građanskopravno u obliku naknade štete te disciplinski kroz sankcioniraje od strane strukovnih tijela u skladu s kodeksom medicinske etike i deontologije. Unatoč stalnom protivljenju, posebno kaznenoj odgovornosti zdravstvenih radnika, osobito liječnika za njihove pogreške, nesporno je ipak povećana njihova socijalna i etička odgovornost. Postupci kojima se, posebno kod invazivnih zahvata, direktno zadire u ljudsko tijelo mogu imati najteže posljedice po zdravlje i život čovjeka. Stoga je i kaznenopravna, a ne samo građanskopravna odgovornost legitiman mehanizam za osiguranje kvalitete zdravstvenih usluga, jer se kroz zaštitu individualnog interesa štiti širi društveni interes. Već u 19. stoljeću American Bar Association² isticala je da liječnici zaista preuveličavaju mogućnost da budu tuženi i stoga neopravdano smatraju da je pravni sustav protiv njih. Ono što opravdava kaznenopravnu odgovornost je činjenica da ona djeluje preventivno tamo gdje se kontrola unutar struke te građanskopravna odgovornost pokazuju neefikasnim mehanizmima. Ona je korisna nadopuna ostalim oblicima odgovornosti, ali samo u slučajevima namjere i grube nepažnje kad je rizik koji je zdravstveni radnik poduzeo u velikoj mjeri bio neopravdan.

U polju djelovanja zdravstvenih radnika moguća su četiri područja eventualne kaznene odgovornosti: terapijski rizik; umjetno produženje života; presađivanje organa i dijelova ljudskog tijela te ubrzani napredak medicinske znanosti.

1. Terapijski rizik koji zdravstveni radnici moraju preuzeti nameće potrebu njihovog stalnog usavršavanja zbog obveze procjenjivanja veće ili manje štetnosti efikasnih, ali opasnih lijekova i liječenja ili procjene relativne opasnosti od obustave liječenja. U ovom području eventualne kaznene odgovornosti pojavljuju se pogreške prilikom liječenja, dijagnostike i naknadne skrbi (pogreške u kirurškoj terapiji, konzervativnoj terapiji te dijagnostici), što je posebno opasno kod agresivnih terapijskih postupaka. Suvremena medicina, dijelom invazivna, uvjetuje porast liječničkih grešaka ponajprije u sofisticiranim zahvatima i dijagnostici.³ Posebno opasno područje je i eksperimentiranje na ljudima odnosno primjena tehnoloških novosti i novih načina liječenja koji djelomično sadrže

² ABA, Američka odvjetnička komora.

³ Istraživanja u SAD pokazuju veliki broj smrtnih slučajeva (cca 44.000 - 96.000 pacijenata) kao posljedice neke medicinske pogreške u bolnicama. Turković, K.: Novi pogledi u svijetu na odgovornost liječnika za liječničku grešku.

u sebi i eksperimentiranje čiji se rezultat ne može uvijek predvidjeti. Znanstvena sredstva i načini istraživanja u dijagnostičke i terapijske svrhe sve su brojnija i složenija i premda se istraživanje može činiti samo na dragovoljcima koji su obaviješteni i upućeni u razloge i posljedice istraživanja, većina bolesnika prihvaća terapijske rizike.

2. Umjetno produženje života u situacijama kada se smrt proteže u vremenu, pa je pitanje kada treba prekinuti reanimaciju odnosno do kada se zdravstvenog radnika potiče da održi život. U hrvatskom kaznenom pravu nesporno je da je prikraćivanje života osobe na samrti, umjetnim zahvatima u ostatak životnih procesa da bi se ubrzalo nastupanje smrti ili tzv. aktivna eutanazija, protupravna i kažnjiva kao ubojstvo. Međutim, još uvijek je za kazneno pravo sporna tzv. pasivna eutanazija odnosno odustajanja od davanja lijekova ili od tehničkih intervencija, npr. umjetnog disanja, davanja krvi, intravenoznog hranjenja, isključivanje modernih medicinskih aparata. Je li pomoć u umiranju neprihvatljiva zbog opasnosti zlouporaba ili nemogućnosti da se sa sigurnošću odredi stanje bolesti kao neizlječive? Je li s kaznenopravnog stajališta dopušteno u terminalnoj fazi i uz ispunjenje određenih uvjeta (pristanak pacijenta ili bliskih rođaka), uskraćivanje lijekova i postupaka koji, s obzirom na stanje bolesnika na samrti, ne liječe, ali održavaju život i odgađaju trenutak smrti? Je li riječ o usmrćenju na zahtjev i iz sažaljenja prema teškom zdravstvenom stanju umirućeg nečinjenjem ili potpomognutom samoubojstvu koje je nekažnjivo ako nije iz niskih pobuda ili pak o kaznenom djelu nepružanja pomoći.

3. U području presađivanja organa i dijelova ljudskog tijela napredak medicine otvorio je niz medicinskih, socijalnih i etičkih problema odgovornosti za ovakve zahvate u čovjeka koji se moraju razmatrati ne samo sa stajališta njihove korisnosti i rizika koji uključuju, nego i s etičkog stajališta i zaštite temeljnih ljudskih prava.

4. Napredak medicinske znanosti postavlja pred etiku zdravstvenih radnika niz novih situacija koje zahtijevaju stalan napor njihova razmišljanja u pogledu protivnosti medicinskoj etici. Danas su najeklatantniji primjeri ekstremno dvojbenih zahvata: psihokirurgija (posljedice ispravljanja ljudskog ponašanja psihokirurgijom su nepredvidive i mogu biti stravične), kloniranje i promjena ljudskog genoma (inkriminirano je reproduktivno kloniranje i intervencija u genom čovjeka usmjerena na promjenu ljudskoga genoma koji nije za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe), miješanje ljudskih spolnih stanica sa životinjskim ili stvaranje himera i sl.

Temeljne značajke kaznenopravne odgovornosti liječnika i drugih zdravstvenih radnika su:

1. Odgovornost zdravstvenih radnika je osobna i subjektivna, jer temeljno načelo koje važi za druga područja važi i za medicinske djelatnike, a to je da svatko odgovara za svoj čin i u granicama svoje krivnje. Zdravstveni radnici ne odgovaraju samo za puko prouzročenje, jer bi se u protivnom radilo o objektivnoj, kauzalnoj odgovornosti nespojivoj s načelom krivnje u suvremenom kaznenom pravu. Odgovornost zdravstvenih radnika pokriva isključivo odgovornost za vlastito ponašanje, odgovornost za sredstva liječenja (instrumente i lijekove ili *product liability*) te odgovornost za postupke drugih članova tima (*vicarious liability*). Pritom, uslijed timskog rada odgovornost se usložnjava, jer tim ispravlja, ali i kumulira pogreške, pa se odgovornost pojedinca gubi u timskom radu. Tim se može pozvati na odgovornost samo ako su jasno razgraničene dužnosti i ako se točno utvrdi gdje je pogreška nastala, jer je odgovornost uvijek vezana uz pojedinca, ali i skupinu pojedinaca u kolegiju, timu ili ekipi. Uz odgovornost liječnika nužna je i odgovornost drugih zdravstvenih radnika odnosno onih koji obavljaju određene poslove prema uputi i pod nadzorom pojedinaca koji samostalno obavljaju poslove zdravstvene zaštite.

Također, postavlja se pitanje što je s odgovornošću za provedbu pogrešne upute odnosno odstupanja od upute. Ako je prihvaćeno načelo da svatko odgovara za svoju radnju i u granicama svoje krivnje, postupanje prema uputi ne isključuje odgovornost u slučaju kad je uputa očigledno nepodobna ili pogrešna, zbog postojanja načela uzajamnog pouzdanja u članove tima, sve dok ne postoje znakovi da se odstupa od stručnog standarda.

2. Odgovornost liječnika i drugih zdravstvenih radnika razmjerna je djelokrugu dužnosti pri čemu važi pravilo: što veći djelokrug dužnosti (obveza i ovlasti) veća je i odgovornost, npr. stažist i šef kirurškog tima ne mogu, načelno odgovarati jednako, ali oba mogu odgovarati u granicama svojih dužnosti, svoje stručnosti i djelokruga preuzetih odgovornosti (npr. u hitnim slučajevima specijalizant može postati šef-kirurg).

3. Odgovornost liječnika i drugih zdravstvenih radnika ograničena je starim rimskim načelom *ultra posse nemo obligatur*, jer prema Justinijanovim Digestama ne postoji odgovornost za nemoguće, neočekivano odnosno ono što je izvan njegovih sposobnosti.

4. Odgovornost zdravstvenih radnika za postupanje u hitnim slučajevima se procjenjuje na poseban način, jer hitne intervencije povećaju stupanj odgovornosti. Hitni slučajevi zahtijevaju stručnije vođenje terapije nego što je to u slučajevima koja nisu hitna, a također, stanje nužde može opravdavati poduzimanje nekih radnji za koje liječnik nije pripravan i koje su izvan njegovih kompetencija. Stoga će se procjena njegovih radnji vršiti prema konkretnim okolnostima odnosno prema

onome što se razborito od njega moglo u toj urgentnoj situaciji očekivati. Pritom se drži da liječnik kojemu nedostaje posebno znanje ne smije nikada riješiti slučaj urgentne akcije tako da uputi pacijenta u drugu zdravstvenu ustanovu, osim ako je to najbrži put pružanja pomoći ili ako će samo tako biti stvorene najpogodnije prilike.

II. PRETPOSTAVKE KAŽNJIVOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Pretpostavke kažnjivosti svih osoba i za sva kaznena djela sadržane su prvenstveno u opisima kaznenih djela i odredbama Općeg dijela Kaznenog zakona (u daljnjem tekstu: KZ)⁴ o krivnji, nužnoj obrani, pokušaju, sudioništvu, neubrojivosti itd., pa je moguće da neko ponašanje koje je opisano kao kazneno djelo u konkretnom slučaju ipak ne bude kazneno djelo jer se nisu ispunile neke od nužnih zakonskih pretpostavki. Prema KZ-u pravne pretpostavke kažnjivosti zajedničke svim kaznenim djelima su pozitivne i negativne pretpostavke: radnja, biće kaznenog djela, protupravnost i krivnja. Stoga je kazneno djelo protupravno i skrivljeno ponašanje /radnja/ čovjeka koje je predviđeno u zakonu kao kazneno djelo. Učinak ovih osnovnih pretpostavki je da su sve konstitutivne (temeljne) za postojanje svakog kaznenog djela, pa ako ne postoji bilo koja od njih, ne postoji ni samo kazneno djelo. U slučaju pozitivnog utvrđenja, odnosno kad je utvrđeno ispunjenje ili ostvarenje svih pretpostavki, počinjeno je kazneno djelo i može se izreći kaznenopravna sankcija.

Za potrebe ovoga rada ukratko ćemo prikazati značenje temeljnih pretpostavki kažnjivosti.

1. Radnja je voljno ponašanje čovjeka, pa su kao kaznenopravno relevantne radnje isključeni učinci prirodnih sila i životinja, kao i tjelesni pokreti čovjeka izvan njegove voljne kontrole.

2. Biće kaznenog djela predstavlja skup posebnih obilježja koje mora ispunjavati ljudska radnja da bi predstavljala određeno kazneno djelo opisano u dispoziciji kaznenopravne odredbe Posebnog dijela KZ-a.

3. Protupravnost je ostvarenje bića kaznenog djela (kršenje kaznenopravne norme) na način koji je društveno štetan. Ona se presumira, ali je dopušteno dokazivati suprotno (oboriva presumpcija), stoga se protupravnost u kaznenom pravu izučava kroz razloge njenoga isključenja.

4. Krivnja je subjektivni odnos počinitelja prema djelu zbog kojeg mu se može uputiti prijekor. Prijekor se može uputiti počinitelju koji se odlučio za nepravu,

⁴ Kazneni zakon, Narodne novine 125/11, 144/12, 56/15, 61/15.

iako je obzirom na svoje osobne okolnosti mogao postupiti drukčije (izabrati pravo).

Pomoću ovih temeljnih pretpostavki zaključujemo da suvremena teorija kaznenog prava usvaja objektivno – subjektivnu koncepciju formalnog pojma kaznenog djela tj. kazneno djelo kao jedinstvo objektivnih i subjektivnih pretpostavki. Međutim, u suvremenom kaznenom pravu javlja se i objektivni pojam kaznenog djela s tendencijom širenja primjene, kao npr. odgovornost temeljem prouzročenja zabranjene posljedice, ekološka i medijska kaznena djela i dr..

U vezi protupravnosti, kada je riječ o podjeli razloga isključenja protupravnosti prema izvorima nastanka ti se razlozi svrstavaju u: a) razlozi isključenja protupravnosti predviđeni u općem dijelu KZ kao opći instituti mogući kod bilo kojeg kaznenog djela - nužna obrana i krajnja nužda; b) tzv. posebni razlozi isključenja protupravnosti koji su predviđeni kod pojedinih kaznenih djela u Posebnom dijelu Kaznenog zakona (npr. neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne iz 145. st. 2.) te c) svi ostali razlozi isključenja protupravnosti koji nisu predviđeni Kaznenim zakonom nego se spominju u posebnim zakonima ili u teoriji (npr. pristanak oštećenika, povrede pri sportskim takmičenjima, radnje u ratu i vršenje roditeljskog prava).

U vezi pretpostavki kažnjivosti zdravstvenih radnika postoje različiti stavovi o pravnom temelju isključenja protupravnosti za medicinske postupke:

1. isključenje protupravnosti na osnovu dopuštenog rizika
2. temeljem prava profesije
3. temeljem pristanka oštećenika

U općoj i stručnoj javnosti posebno se postavlja pitanje učinka **pristanka oštećenika** (pacijenta) kao razloga nepostojanja kaznenog djela odnosno isključenja protupravnosti. Prema rimskom načelu *volenti non fit iniuria* (onome tko pristaje ne čini se nepravda), nema kaznenog djela ako osoba sama dopušta povredu svojih pravnih dobara (Ulpijan: „Što se čini s voljom ozljeđenog, nije nepravo“). Premda KZ uopće ne spominje pristanak oštećenika kao razlog isključenja protupravnosti nečijeg činjenja ili nečinjenja, pravna teorija i sudska praksa ga prihvataju. Pritom se opravdavajući pristanak mora razgraničiti od suglasnosti kojom se isključuje biće kaznenog djela odnosno biće svih onih djela koja pretpostavljaju djelovanje protiv ili bez volje ozljeđenog (npr. spolni odnošaj bez pristanka).

Dakle, staro rimsko načelo ne vrijedi apsolutno, ono trpi odstupanja, pa je pristanak povrijeđenog pravno relevantan razlog isključenja protupravnosti samo ako su kumulativno ispunjeni određeni uvjeti za valjan pristanak:

1. Disponibilnost povrijeđenog dobra znači da se povreda odnosi na dobra kojima oštećenik može slobodno raspolagati, da je odricanje od zaštićenog interesa uopće pravno dopustivo i da ovlaštenik pravnog dobra njime slobodno može raspolagati. To je redovito slučaj u okvirima individualnih imovinskih i neimovinskih interesa npr. djela protiv tjelesnog integriteta, časti, osobne privatnosti, vlasništva, kao i imovine. Riječ je o samo onom individualnom dobru na čijem održanju ne postoji interes društva, primjerice pristanak oštećenika da ga se liši života odnosno usmrti, iako je život individualno dobro čovjeka, ne smatra se opravdavajućim, jer je život dobro za čije održanje postoji interes društva. Dakle, život čovjeka nije dostupno pravno dobro.

2. Valjan ili opravdavajući pristanak je onaj koji je dan slobodno, prije počinjena djela, jer naknadni pristanak nema nikakvog učinka, koji je očitovan prema van, nije opozvan prije dovršenja djela te koji daje sposobna osoba.

Pritom, pristanak je slobodan ako je dan bez bitnih nedostataka volje davatelja, slobodan od prisile (sile ili prijetnje) i zablude. Zatvorenici načelno ne mogu dati slobodan pristanak, a samo iznimno je to moguće npr. kod uzimanja dijelova ljudskog tijela za bliskog člana obitelji. Pristanak je redovito neopravdavajući ako počiva npr. na prisili, prijevari, zabludi ili povredi obveze liječničkog upoznavanja sa činjenicama. U ovom posljednjem riječ je o potrebi tzv. informiranog pristanka (*informed consent*) kao prava bolesnika da bude na razumljiv način obaviješten i da na temelju toga, pisano, prihvati ili odbije predloženu medicinsku intervenciju. Ordinirajući liječnik priopćava adekvatne informacije pacijentu o prirodi, svrsi, tijeku zahvata, vjerojatnosti uspjeha i uobičajenim rizicima, tako da on ima slobodan izbor da prihvati ili odbije određeni tretman. Koncept informiranog pristanka danas je zastupljen u svakodnevnoj kliničkoj praksi te posjeduje kliničku, etičku i pravnu dimenziju, a u RH obrađen je detaljno u Zakonu o zaštiti prava pacijenata⁵ gdje je u članku 6. naveden kao „Pravo na suodlučivanje“ s ishodištem na međunarodnoj razini u čl. 6. *Opće deklaracije o bioetici i ljudskim pravima*, u kojem se poštuje volja pojedinca da sam odlučuje o tome da li će na njemu biti izvršena bilo kakva medicinska intervencija i u koje svrhe. Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na

⁵ Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine 169/04, 37/08

Čl. 2. toč. 4. Kodeksa medicinske etike i deontologije: „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, po svom znanju, najbolji način liječenja“.

prihvatanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka. Riječ je o jednom od temeljnih prava ljudskog bića, njegove slobode volje da li će se medicinska intervencija ili liječenje dozvoliti, pod uvjetom da se ne radi o slučajevima kada bi bolest ugrožavala druge osobe.

Sposobnost za pristanak znači da je osoba svjesna njegova značenja i sposobna donijeti odluku. Ovlaštenik na pristanak mora prema psihofizičkim pretpostavkama i zrelosti svoga razvoja biti u stanju imati uvid u značenje dotičnog pravnog dobra i osnove raspolaganja odnosno, dugim riječima ako ovlaštenik može jasno prosuđivati o značenju i dosezima odricanja od pravnog dobra i taj postupak pravilno procijeniti. Premda tu sposobnost nikada nemaju djeca tj. u kaznenopravnom smislu sve osobe koje nisu navršile osamnaest godina života, ne uzima se u obzir samo određena dob već i sposobnost razumijevanja i rasuđivanja.⁶ Svaki, samo i prolazni, nedostatak sposobnosti pristanka protivi se učinku pristanka u pogledu zaštite slobodnog raspolaganja. Zbog postojanja tzv. surogata pristanka ili zamjenskog pristanka kao djelovanja u interesu oštećenika, uvjet sposobnosti uvida i rasuđivanja važi i za zakonskog zastupnika, jer na njega može biti prebačeno ovlaštenje na davanje pristanka kod tzv. zamjenskih pristanka. To može biti slučaj ne samo kod zakonskog zastupnika i skrbnika već i osobe od povjerenja kojoj je obvezujućom izjavom⁷ prenesena ovlast davanja pristanka umjesto davatelja te izjave.

Nadalje, opravdavajući pristanak mora biti izričit, ozbiljan, dan prije počinjenja djela, očitovan prema van i neopozvan. Počinitelj je morao djelovati sa znanjem pristanka tj. mora znati da je davatelj pristanka koji je ujedno i nositelj pravnog dobra sporazuman s djelom i da se izjasnio o tome prije djela. Ako između izjave o pristanku i počinjenja djela postoji dulji vremenski razmak, potrebno je da se počinitelju manifestira da je pristanak još uvijek važeći i da ne postoji opoziv. U slučaju sumnje, počinitelj mora potražiti odgovarajuće informacije kod ovlaštenika, a ako to nije moguće, može djelovati ako ne postoje neke druge uporišne točke za vjerovatni opoziv.

Posebno je sporno pitanje učinka pristanka pacijenta kod medicinskih zahvata i sljedom toga kaznenih djela protiv zdravlja ljudi.

Kako je već navedeno, pristanak oštećenika isključuje protupravnost samo kod individualnih dobara kod kojih autonomija pojedinca nije u sukobu s društvenim interesima, pa je općeprihvaćen stav i teorije i judikature da je isključeno postojanje kaznenog djela tjelesne ozljede (lake ili obične tjelesne ozljede) iz čl. 117. st. 1.

⁶ O pitanjima svijesti i volje kod pristanka pacijenta Korošec, D.: *Medicinsko kazensko pravo*, Ljubljana, 2004, str. 106.

⁷ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Narodne novine 76/14

KZ-a prilikom dobrovoljnog davanja krvi, tetoviranja, rezanja ili brijanja dlaka, šišanja, vađenja zuba i sl. zbog pristanka oštećenika. Sporni su različiti kozmetički zahvati ili zahvati plastične estetske kirurgije, prenošenje spolnih bolesti i tjelesne ozljede u spolnim aktivnostima.

Poredbeno, uočljivi su različiti stavovi teorije i sudske prakse primarno u pitanju kojim pravnim dobrima oštećenik uopće može slobodno raspolagati.

Prema stajalištu njemačke judikature operativnim zahvatom ostvaruje se biće kaznenog djela teške tjelesne ozljede, ali je, ipak isključena protupravnost zbog pristanka oštećenika. Njemačko kazneno pravo ima i opće pravilo po kojemu pristanak žrtve tjelesnog ozljeđivanja isključuje protupravnost ako to nije protivno javnom interesu.

Na isti način i slovensko kazneno zakonodavstvo u čl. 125. Kazenskog zakonika Republike Slovenije⁸ propisuje da prouzročenje lake tjelesne ozljede nije protupravno ako je oštećenik pristao na to dok prouzročenje teške ili osobito teške tjelesne ozljede nije protupravno ako je oštećenik pristao, a pri tome nisu povrijeđena tuđa prava ili takvo postupanje nije protivno općepriznatim pravnim vrijednostima. Primjerice operacija lica za promjenu identiteta ili odstranjivanje kože na prstima koje onemogućuje uzimanje otisaka i sl. bilo bi zasigurno protivno pravnim vrijednostima i/ili bi moglo dovesti do povrede tuđih prava.

Obavljanje liječničke ili druge zdravstvene djelatnosti u hrvatskom kaznenom pravu ne predstavlja poseban razlog isključenja protupravnosti, pa se pitanje odgovornosti zdravstvenih radnika za provedeno liječenje i zdravstvenu skrb rješava na razini bića kaznenog djela. Pristanak/suglasnost pacijenta isključuje biće, ranije samostalnog, kaznenog djela *samovoljnog liječenja*, a sada oblika djela *nesavjesnog liječenja*, ali nema nikakvog utjecaja na ocjenu je li i medicinski postupak bio protupravan. Neki medicinski zahvati su zabranjeni i unatoč izričitom i ozbiljnom pristanku pacijenta npr. usmrćenje na zahtjev (privilegirani oblik ubojstva), protupravni prekid trudnoće, sakaćenje koje nije medicinski indicirano i dr.

Postoje i slučajevi u kojima ne postoji kazneno djelo, premda pacijent nije dao valjan pristanak za medicinsko postupanje. Tako je isključivo zakonom propisano prisilno liječenje bez pristanka pacijenta npr. prisilna hospitalizacija osoba s duševnim smetnjama, u slučaju postojanja zarazne bolesti opasne po zdravlje drugih i dr.⁹ Također, medicinsko postupanje može se bez valjanog pristanka pacijenta poduzeti i u slučajevima hitnje odnosno kad je liječenje, kirurški ili drugi

⁸ Uradni list RS, št. 50/2012, dostupno na <https://www.uradni-list.si/1/content?id=109161>

⁹ Prema čl. 8. st. 1. Kodeksa medicinske etike i deontologije prisilno liječenje i hranjenje dopušteno je samo u slučajevima kada bolesnik nije sposoban da o tome svjesno odlučuje.

medicinski zahvat poduzet prema osobi koja nije pri svijesti ili je nesposobna za rasuđivanje, a nije dostupan član uže obitelji ili zakonski zastupnik, a odgodom liječenja ili zahvata bio bi ugrožen njezin život ili bi došlo do znatnog pogoršanja njenog zdravlja. Slučajevi hitnog postupanja postoje u situacijama koje traže žurno postupanje, pa se postupak liječnika koji je poduzeo samovoljno liječenje (bez valjanog pristanka pacijenta) može tretirati u kaznenom pravu i kao slučaj krajnje nužde (opravdavajuće i ispričavajuće). Dakle, postojanje životnih situacija npr. razni hitni zahvati (prekid trudnoće i sl.) kad pacijent nije mogao dati pristanak, opravdava onaj krajnji pozitivni učinak za pacijenta u jednoj specifičnoj situaciji koja nameće hitnu, neodgodivu intervenciju. To su slučajevi u kojima se prema pravilima struke smatra dostatnim presumirani (pretpostavljeni) ili usmeni pristanak, pa je riječ o beznačajnom samovoljnom liječenju odnosno beznačajnom djelu nesavjesnog liječenja.

Posebno pitanje u području pretpostavki kažnjavanja zdravstvenih radnika predstavlja i pravo liječnika odnosno drugih zdravstvenih radnika da se pozove na prigovor savjesti. Naime, zbog svojih etičkih, vjerskih ili moralnih razloga liječnik 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. Prema čl. 2. toč. 15. Kodeksa medicinske etike i deontologije liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke. Također, prema čl. 3. st. 4. Zakona o sestrinstvu¹⁰ medicinska sestra radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja ima pravo pozvati se na priziv savjesti te odbiti provođenje zdravstvene/sestrinske njege ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci i ona mora pravodobno izvijestiti pacijenta, ali i odgovornu ili nadređenu osobu.

III. KAZNENA DJELA PROTIV ZDRAVLJA LJUDI

1. Opće napomene

U području kažnjavanja zdravstvenih radnika postoje dva kaznenopravna sustava. Prvi ne predviđa posebna kaznena djela nego zdravstveni radnici odgovaraju za opće inkriminacije iz Kaznenog zakona, najčešće za prouzročenje smrti iz nehaja ili nehajno nanošenje tjelesne ozljede (njemačko kazneno pravo)

¹⁰ Zakona o sestrinstvu, Narodne novine 121/03, 117/08, 57/11

dok drugi kaznenopravni sustav sadrži posebno kazneno djelo nesavjesnog liječenja i druga djela protiv zdravlja. Hrvatsko kazneno pravo prihvaća ovaj drugi sustav, pa su kaznena djela protiv zdravlja ljudi sadržana u glavi XIX. KZ-a i s njima se zaštićuju zdravlje ljudi i prava pacijenata kao što su pravo na život, pravo na tjelesni integritet, pravo na odlučivanje i dr.

Pod pojmom zdravstveni radnici obuhvaćamo doktore medicine, doktore dentalne medicine i druge zdravstvene radnike kao medicinske sestre, medicinske tehničare, laborante 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, kao počinitelji ovih djela mogu se pojaviti i zdravstveni suradnici, a to su prema čl. 129. *Zakona o zdravstvenoj zaštiti*¹¹ osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite (dijagnostički i terapijski postupci). U slučaju npr. nesavjesnog postupanja u istom slučaju i liječnika i drugog zdravstvenog radnika (npr. medicinske sestre) postoji njihova zajednička odgovornost.

Unutarnji raspored inkriminacija sadržanih u ovoj grupi kaznenih djela je sljedeći:

1. inkriminacije različitih oblika propusta zdravstvenih djelatnika ili nedozvoljenog i nepropisnog liječenja obuhvaćaju kaznena djela nesavjesnog liječenja iz čl. 181.KZ-a, nedozvoljenog uzimanja i presađivanja dijelova ljudskog tijela iz čl. 182.KZ-a, nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima iz čl. 183. KZ-a te nadrilječništva iz čl. 184.KZ-a.,

2.inkriminacije kojima se štiti zdravlje ljudi od zaraza obuhvaća kaznena djela širenja i prenošenja zarazne bolesti (čl. 180. KZ-a) te

3.inkriminacije kojima se štiti zdravlje od štetnih sredstava su kaznena djela krivotvorenja lijekova ili medicinskih proizvoda (čl. 185. KZ-a), proizvodnje i stavljanja u promet štetnih proizvoda za liječenje (čl. 186. KZ-a), nesavjesnog postupanja pri pripravljanju i izdavanju lijekova (čl. 187. KZ-a), proizvodnje i stavljanja u promet proizvoda štetnih za ljudsko zdravlje (čl. 188. KZ-a), nesavjesnog pregleda mesa za prehranu (čl. 189. KZ-a), neovlaštene proizvodnje i prometa drogama (čl. 190. KZ-a), omogućavanja trošenja droga (čl. 191. KZ-a) i neovlaštene proizvodnje i prometa tvari zabranjenih u sportu (čl. 191.a KZ-a).

Navedena kaznena djela mogu se podijeliti i s obzirom na daljnje kriterije u više grupa:

¹¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 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

1. Općeopasna djela kojima se ugrožava veći broj neodređenih osoba (to su prenošenje zarazne bolesti, krivotvorenje lijekova ili medicinskih proizvoda, proizvodnja i stavljanje u promet štetnih proizvoda za liječenje, proizvodnja i stavljanje u promet proizvoda štetnih za ljudsko zdravlje, nesavjesni pregled mesa za prehranu, neovlaštena proizvodnja i promet drogama te neovlaštena proizvodnja i promet tvari zabranjenih u sportu) te djela kojima se ugrožava zdravlje određenog čovjeka (nesavjesno liječenje, nedozvoljeno uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela, nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima, nadrilječništvo, nesavjesno postupanje pri pripravljenju i izdavanju lijekova te omogućavanje trošenja droga);

2. Prema težini prouzročene posljedice, na temeljno djelo koje predstavlja konkretnu opasnost za život ili zdravlje npr. prenošenje zarazne bolesti ili nesavjesno liječenje te kvalificirano djelo kao teži oblik temeljnog djela (npr. ako je nastupila smrt jedne ili više osoba ili ako je došlo do prekida trudnoće);

3. Prema osobi počinitelja, na djela koja može počiniti samo određena osoba (tzv. vlastita kaznena djela - *delicta propria* kao npr. doktor medicine ili doktor dentalne medicine, zdravstveni djelatnik, ljekarnik ili veterinar) i djela koja može počiniti svatko (npr. prenošenje zarazne bolesti ili nadrilječništvo). Premda su određena kaznena djela protiv zdravlja ljudi *delicta propria*, nije isključena odgovornost pravnih osoba, pod uvjetom da je kaznenim djelom njene odgovorne osobe (npr. liječnika) povrijeđena neka dužnost pravne osobe (npr. bolnice). Pritom se odgovornom osobom prema čl. 87. st. 6. KZ-a smatra ne samo fizička osoba koja vodi poslove pravne osobe već i ona kojoj je izričito ili stvarno povjereno obavljanje poslova iz područja djelovanja pravne osobe;

4. Prema obliku krivnje, podjela na djela koja se mogu počiniti s namjerom i nehajno (npr. nesavjesno liječenje) i djela koja se mogu počiniti samo namjerno (npr. nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima),

Posebno treba naglasiti blanketnu prirodu većine kaznenih djela protiv zdravlja ljudi. Primjena djela blanketne naravi ili tzv. *nepotpunog zakonskog bića djela* u svezi je s drugim zakonima, različitim pravilnicima te međunarodnim dokumentima. Biće takvog blanketnog kaznenog djela ispunjeno je samo ako su prekršene odredbe npr. *Zakona o zaštiti prava pacijenata, Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela, Zakona o zdravstvenoj ispravnosti i zdravstvenom nadzoru nad namirnicama i predmetima opće upotrebe, Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima* i drugih zakona kojima se uređuje područje zdravstvene djelatnosti, različitih pravilnika npr. *Pravilnika o krvi i krvnim sastojcima* te međunarodnih dokumenata npr. *Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini*.

Na kraju, po prirodi stvari zdravstveni radnici ne mogu odgovarati za djelo nadrilječništva koje postoji ako se netko tko nema propisanu stručnu spremu bavi liječenjem ili pružanjem druge medicinske pomoći.

Također, novim KZ-om smanjena je propisana kazna za djelo nesavjesnog liječenja s obzirom da u većini komparativnih zakonodavstava to djelo ne postoji samostalno, već liječnici i ostali zdravstveni radnici odgovaraju za nehajno nanošenje tjelesnih ozljeda ili nehajno prouzročenje smrti, pa su u tom smislu kazne u KZ/97 bile prestroge.

2. Nesavjesno liječenje (čl. 181. KZ-a)

Ovo djelo može počiniti doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe. Zapriječena kazna za ovaj temeljni oblik nesavjesnog liječenja je zatvor do jedne godine.

Teži oblik ovoga djela za koji je zapriječena kazna zatvora do tri godine postoji ako je temeljnim oblikom prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, zatim ako je temeljnim oblikom djela prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće zapriječena je kazna zatvora od šest mjeseci do pet godina te najteži oblik nesavjesnog liječenja ako je prouzročena smrt jedne ili više osoba za koji je zapriječena kazna zatvora od tri do dvanaest godina.

Lakši oblici kaznenog djela nesavjesnog liječenja za koje su zapriječeni i niži kazneni okviri postoje ako su navedeni oblici počinjeni iz nehaja.

Počinitelji nesavjesnog liječenja pored doktora medicine i doktora dentalne medicine mogu biti i drugi zdravstveni radnici kao 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, počinitelji mogu biti i zdravstveni suradnici, a to su prema čl. 124. *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite (dijagnostički i terapijski postupci). U slučaju nesavjesnog postupanja u istom slučaju i liječnika i drugog zdravstvenog radnika (npr. medicinske sestre) postoji njihova zajednička odgovornost.

Radnja počinjenja kaznenog djela nesavjesnog liječenja ima sljedeća tri alternativna oblika činjenja i nečinjenja.

1. Očito nepostupanje po pravilima zdravstvene struke postoji kada se ne poduzima neka medicinska djelatnost npr. pregled, dijagnostika, terapija, operativni zahvat, njega, nadzor, profilaksa odnosno liječnik ili drugi zdravstveni radnik koji izravno ne poduzima određene stručne djelatnosti u svim fazama liječenja. To se odnosi i na različite specijalističke djelatnosti npr. transplantacija, rehabilitacija i sl.

2. Primjena očito nepodobnog sredstva ili načina liječenja odnosi se na svako sredstvo ili način liječenja koje je u očitoj suprotnosti s općepriznatim i usvojenim načelima medicinske znanosti i liječničke deontologije. Kada je riječ o sredstvima, najčešće su to različiti lijekovi, korištenje različitih instrumenata koji se uvode u tijelo pacijenta, primjena različitih kemijskih tvari prilikom anestezije, dijalize i dr. dok su načini liječenja različite vrste postupaka poduzetih radi dijagnoze, liječenja, rehabilitacije, kirurških zahvata, kemoterapija, zračenja i dr.

3. Očito nesavjesno postupanje predstavljaju sva ona medicinska postupanja koja su izraz nemara, površnosti, brzopletosti i sl. kao npr. neindicirana primjena agresivnih (invazivnih) načina pretraga, pretrage s visokom ili relativno visokom opasnosti ili pretraga koje se teško podnose. Kao poseban problem ukazuje se pitanje nedostatka znanja ili sposobnosti. Ako potrebe liječenja pacijenta prelaze liječnikove mogućnosti, znanje ili vještine, on je obavezan pacijenta uputiti na skrb drugom liječniku koji takve potrebe može ostvariti. Ako sam pacijent isto zatraži, predat će ga se na skrb drugom liječniku. Ako liječnik ocijeni da su mu u skrbi za pacijenta potrebni stručni savjeti drugih liječnika, predložiti će sazivanje liječničkog konzilija.

Što se tiče krivnje odnosno njenih stupnjeva kazneno djelo nesavjesnog liječenja moguće je počiniti s namjerom ili nehajno. Dolusno postupanje u odnosu na nesavjesnost postoji kada je počinitelj svjesno i voljno nesavjestan, odnosno svjestan da postupa tako da očigledno odstupa od općeprihvaćenih profesionalnih pravila i to hoće ili pristaje (dopušta) dok nehajno postupa ako se samopouzda (svijest da takvim nesavjesnim postupkom može nastupiti štetna posljedica uz olako držanje da ona neće nastupiti ili će je moći spriječiti) ili je nemaran, pri čemu nije uopće predvidio da može nastupiti štetna posljedica ali je propustio dužnu i moguću pažnju. Poseban problem je utvrđivanje krivnje kod čestih slučajeva timskog liječenja, pri čemu treba primijeniti načelo krivnje u granicama djelokruga uloge pojedinca u timu, pa kako se u tom slučaju radi o samostalnoj odgovornosti, više liječnika ili zdravstvenih radnika koji su nesavjesno postupali odgovarali bi kao tzv. paralelni počinitelji.

Posljedica kaznenog djela nesavjesnog liječenja je pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja pacijenta odnosno druge osobe. Pretpostavka za pogoršanje

bolesti je već bolesna osoba čija se bolest tijekom liječenja pogoršala u odnosu na početno bolesno stanje. Pogoršanje obuhvaća i produljenje vremena potrebnog za ozdravljenje kao i slabi uspjeh liječenja. Narušenje zdravlja pretpostavlja zdravu osobu koja je podvrgnuta nekoj liječničkoj intervenciji (npr. cijepljenje, dobrovoljno davanje krvi ili organa za transplantaciju).

Nesavjesno liječenje pokriva i slučajeve samovoljnog liječenja, budući da je postupanje bez pristanka pacijenta u suprotnosti s pravilima struke, pa ga nije potrebno inkriminirati kao posebno kazneno djelo kao što je to činio KZ/97. Svako liječenje protivno volji pacijenta nedozvoljeno je i kažnjivo. U slučaju invazivne metode liječenja potreban je pisani informirani pristanak.

3. Nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima (čl. 183. KZ)

Ovo djelo može počiniti doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji bez odgađanja ne pruži medicinsku pomoć osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice po njezino zdravlje ili za njezin život. Zaprječena je kazna zatvora do tri godine.

Radnju počinjenja predstavlja nepružanje neodgodive medicinske pomoći osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog izravne opasnosti za nastupanje trajne štetne posljedice po njezino zdravlje ili za njezin život. Radi se o hitnoj medicinskoj pomoći, što pretpostavlja da postoji stanje nužde (hitnje) u kojem je medicinska pomoć prijeko potrebna. Sukladno članku 18. *Zakona o liječništvu*¹² i članku 22. *Zakona o dentalnoj medicini*¹³ hitnim stanjima se smatraju ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja zdravstvene (liječničke, stomatološke) pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje ili po život bolesnika. Radnja ovoga djela obuhvaća odbijanje da se takva pomoć pruži, uskraćivanje one pomoći koja je izvan djelokruga rada samog zdravstvenog radnika, neupućivanje bolesnika hitnom službom u bolnicu, upućivanje bez pregleda, zanemarivanjem elementa hitnosti i sl. Sadržaj pomoći ovisi o okolnostima samoga slučaja i mogućnostima u konkretnoj situaciji, pa će zdravstveni radnik pregledom osobe, ili njenim izjavama ili na temelju poziva za hitnu pomoć utvrditi kakva je pomoć nužna. Pritom, mora se utvrditi je li učinjeno ono što je u konkretnoj situaciji bilo nužno, pa će djelo postojati i kad je pomoć pružena, ali nije bila onakva kakva je bila potrebna.

Što se tiče krivnje počinitelja kažnjava se samo za namjeru počinitelja. On mora biti svjestan moguće opasnosti za život osobe iz koje situacije proizlazi i obveza njegova djelovanja odnosno mora spoznati stanje nužde i prijeko potrebnog brzog

¹² Zakon o liječništvu, Narodne novine, 121/03, 117/08.

¹³ Zakon o dentalnoj medicini, Narodne novine, 121/03, 117/08, 120/09.

pružanja medicinske pomoći. Ako počinitelj pogrešno shvaća realne okolnosti riječ je o slučaju zablude koja u kaznenom pravu isključuje namjeru.

Djelo predstavlja poseban oblik općeg djela nepružanja pomoći (nepružanje pomoći je supsidijarna norma) te je *delictum proprium*. Također, riječ je o *garantnom djelu nečinjenja*, u zakonskom opisu precizno je određena garantna obveza doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika na pružanje medicinske pomoći osobi u hitnim stanjima kako bi se uklonila opasnost od nastupanja štetne posljedice za njezino zdravlje ili život. Djelo je dovršeno nepoduzimanjem dužne radnje pružanja pomoći, s time da je pomoć potrebno pružiti odmah da bi ona bila učinkovita.

IV. KAZNENA DJELA PROTIV ZDRAVLJA LJUDI U HRVATSKOJ SUDSKOJ PRAKSI

Kaznenopravna odgovornost zdravstvenih radnika znatno je rjeđa u praksi od građanskopravne odgovornosti. Temeljna razlika između ove dvije vrste odgovornosti je ne samo u standardu dužne pažnje kojeg zdravstveni radnik treba povrijediti, jer kaznena odgovornost obično slijedi samo za grubu nepažnju, nego i u cilju koji se želi postići ovim oblicima odgovornosti. Naime, glavni je cilj građanske odgovornosti naknaditi štetu žrtvi, dok je glavni cilj kaznene odgovornosti zaštita interesa društva i odgojna funkcija samog kaznenog postupka i presude putem kojih se nastoje učvrstiti određene moralne i društvene vrijednosti.

Prema brojnosti i strukturi kaznenih djela u sudskoj su praksi najzastupljenija djela koja čine zdravstveni radnici nesavjesno liječenje (uključujući i ranije samostalno djelo samovoljnog liječenja) te nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima.

Naime, najveći broj kaznenih prijava, od 83,0% do čak 92,0% od ukupnog broja prijava za kaznena djela protiv zdravlja ljudi odnosi se na kazneno djelo nesavjesnog liječenja. Drugo djelo po brojnosti je nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima. Vrlo je važna značajka hrvatske sudske prakse da su gotovo dvije trećine svih prijava odbačene od strane nadležnog državnog odvjetništva kao neosnovane. Kod odbačenih prijava oštećenici su kao tužitelji preuzeli kazneni progon u svega jednoj trećini slučajeva, jer je kazneni postupak skup postupak, posebice ako zahtijeva medicinska vještačenja, a što je pravilo kod utvrđivanja počinjenja djela nesavjesnog liječenja. U slučajevima osuđujućih presuda u najvećem broju su izrečene uvjetne osude (80,0%) te novčana kazna. Dakle, ovi podaci ukazuju da je praksa kaznenog sudovanja prema zdravstvenim radnicima, zbog više razloga, vrlo "benevolentna."

Kao najčešći predmet kaznenopravnog postupanja pojavljuje se nesavjesno liječenje odnosno medicinska pogreška, ali najveće poteškoće nastaju upravo u razlikovanju medicinske pogreške od komplikacije odnosno neželjenog ishoda. Medicinska pogreška nastaje uslijed odstupanja od osnovnih načela medicinske znanosti i važećih profesionalnih pravila, pa je pogrešno postupanje ono koje je protivno standardima razumnog liječenja i važeće prakse. Dakle, 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 predvidljivosti nije bilo moguće spriječiti.

S gledišta *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* (st. 1. i 2. čl. 108.) liječničku grešku čini liječnik koji pri pružanju zdravstvene zaštite ne postupi prema pravilima zdravstvene struke i njezinim moralnim i etičkim načelima. Slučajevi namjernog ozljeđivanja pacijenta vrlo su rijetki u sudskoj praksi te se praktički odgovara isključivo za nepažnju (nehaj-culpa). Pritom je sporno radi li se o krajnjoj (gruboj) nepažnji ili nemarnosti (običnoj nepažnji)?

Tako su u literaturi kao najčešće medicinske pogreške u kirurgiji opisane sljedeći propusti: nedovoljno informiranje pacijenta o zahvatu, greške u dijagnosticiranju i postavljanju indikacije za operaciju, slaba tehnika operiranja, greške u identifikaciji anatomske strukture, greške u uočavanju i terapiji postoperativnih komplikacija i dr. Nijedna od kirurških specijalnosti nije pošteđena od ove vrste pogrešaka, a mogu nastati *činjenjem* i *nečinjenjem*. Naime, liječnička pogreška može nastati i kada se radnja ne izvrši. Medicinari pod tim podrazumjevaju pojam krive procjene, što bi s druge strane bilo odmah povezano s greškom u dijagnostici. Vrlo je teško stvoriti odluku prilikom dijagnostike da li pri nekom slučaju postoji indikacija, odnosno medicinska odluka za neki zahvat. Osim pogrešaka u dijagnozi razlikuju se i pogreške u terapiji, pogreške kod invazivnih zahvata te pogreške kod neinvazivnih zahvata.

Također, judikatura smatra da je liječnik obavezan pacijentu (ili članu uže obitelji odnosno zakonskom zastupniku) objasniti potrebu, izgled, opasnosti i rizike medicinskog postupanja, ali i opasnosti od nepoduzimanja određenih medicinskih zahvata ili liječenja uopće. Propuštanje da se pacijent upozori na opasnost od nepoduzimanja zahvata ili liječenja otvara pitanje odgovornosti, a u slučaju u kojem je liječnik upozorio na opasnost od nepoduzimanja zahvata za koji je pacijent nakon toga odbio dati pristanak sud će liječnika osloboditi krivnje (*"Kraj činjenice da je liječnik izričito priopćio bolesnici da treba primiti injekciju protiv tetanusa, a bolesnica je znala čemu služi takva injekcija, jer je prije godinu dana u sličnom slučaju ozljede primila takvu injekciju, te da je kao punoljetna*

i duševno normalna osoba odbila je primiti – nije bila dužnost liječnika da još i posebno upozorava bolesnicu (ili njenoga supruga) na potrebu primanja injekcije.” VSRH, KŽ-1821/54).

Potrebu pojačanog opreza zdravstvenih radnika pri prikupljanju podataka o zdravstvenom stanju pacijenta i uspostavljanje neposrednog kontakta s liječnikom i ostalim medicinskim osobljem upravo pokazuje sljedeći primjer iz sudske prakse. Naime, doktor stomatologije proglašen je krivim zbog počinjenja težeg oblika kaznenog djela nesavjesnog liječenja jer je “26. kolovoza 1982. godine oko 7,30 sati u B. u Domu zdravlja, gdje radi kao stomatolog, pacijenticu M.N. koja je zatražila njegovu liječničku pomoć, uputio na primanje penicilina, iako ga je ona upozorila da joj je prilikom liječenja u bolnici zbog astme bilo slabo od tableta, nakon što je provjerio njenu zdravstvenu iskaznicu, u kojoj nije bila upisana zabrana primanja penicilina, ne provjeravajući na koji lijek je ona osjetljiva, olako pretpostavio da na penicilin nije alergična, iako je s obzirom na okolnosti i svoja osobna svojstva prije propisivanja penicilina to bio dužan provjeriti i na nesumnjiv način isključiti mogućnost alergije na penicilin, budući da u protivnom ta alergija nije isključena, olako držeći da neće nastupiti komplikacije za zdravlje, tako da je odmah nakon što je primila injekciju penicilina, zbog alergične reakcije oštećenice na penicilin došlo do njenog ugušenja, izazvanog akutnim otokom sluznice grkljana. “ Istom je presudom medicinska sestra oslobođena optužbe “da bi iste prigode, prema uputi stomatologa, dala oštećenici injekciju penicilina, iako je ova i njoj ponovila da je preosjetljiva na penicilin, olako držeći da neće nastupiti komplikacije po njeno zdravlje. “(Županijski sud u Z., K-5/88). Drugostupanjski sud je u žalbenom postupku utvrdio da je “optuženik ipak na upozorenje oštećenice provjeravao njezinu zdravstvenu knjižicu i u razgovoru s njom do neke mjere pokušao razjasniti o kakvoj bi se eventualnoj preosjetljivosti na lijekove radilo. Međutim, pri tome je ipak olako prešao preko upozorenja i činjenice da njemu poznat svakako nerazuman način unošenja tako presudnog podatka ne znači da zdravstvena knjižica u tom pogledu sadrži registriran takav podatak, pa je stoga ipak postupio na nehajan način, jer je olako držao da takve opasnosti nema, iako je iz okolnosti, svog iskustva kao liječnika i načina ponašanja oštećenice mogao i bio dužan posumnjati u postojanje alergije na penicilinske preparate.”(VSRH I KŽ-1115/98). Vrhovni sud u obrazloženju rješenja o ukidanju oslobađajućeg dijela presude posebno naglašava: “*Usput treba kazati da je teško shvatljiva praksa po kojoj unošenje po život presudnog podatka o preosjetljivosti pacijenata na neki medicinski preparat zavisi od toga hoće li sam pacijent zatražiti od svog liječnika opće prakse da mu takvu bolnički utvrđenu činjenicu unese u zdravstvenu knjižicu. Doista nije jasno zbog čega ona zdravstvena ustanova koja utvrdi takvu činjenicu odmah i ne unosi tako važan*

podatak u zdravstvenu knjižicu pacijenta, koji lako može biti i u besvjesnom stanju dopremljen radi pružanja medicinske pomoći kada nije u mogućnosti niti usmeno upozoriti na takvu opasnost po svoje zdravlje i život."

Nadalje, velike poteškoće sudskoj praksi zadaje utvrđivanje uzročne veze između radnje počinjenja ili propusta i navedenih posljedica što je vrlo složeno pitanje u dokaznom postupku, jer intervencija *lege artis* ne jamči uvijek i povoljan ishod, pa nastupanje posljedica ne predstavlja samo po sebi kazneno djelo nesavjesnog liječenja zdravstvenog radnika. Zbog nesigurne etiologije nekih bolesti odnosno različitog reagiranja pacijenata na neke lijekove i metode liječenja, uzročnu vezu je u pojedinim slučajevima jako teško utvrditi. 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. Uzročno – posljedična veza, odnosno kauzalni neksus, dokazuje se u sudskom postupku uz pomoć stručnjaka – vještaka.

Tako npr. u slučaju pogreške krivo operiranog organa, krivo operirane strane bolesnika, pa čak i krivo operiranog pacijenta, u literaturi poznate kao „wrong-site, wrong-procedure i wrong-patient surgery“ *“Kirurg je trepanaciju izvršio na lijevoj umjesto na desnoj strani lubanje, a do smrti ne bi došlo da je zahvat pravilno izvršen. Greška liječnika je suuzrok smrti, pa dolazi u obzir i odgovornost liječnika.”* (VSH, I Kž-341/89) ili *“Ako liječnik neurokirurg nije izvršio potrebnu operaciju zato što ga ordinirajući liječnici nisu upoznali sa stanjem pacijentice, ne može mu se staviti na teret niti nesavjesno liječenje iz nehaja.”* (VSRH, IV Kž-244/02). I sljedeća odluka ukazuje na probleme utvrđivanja uzročne veze: *“Razvoj nastanka apscesa u mišiću psoaza major, koji je doveo do sepse, u konkretnom slučaju nije moguće utvrditi, a klinički nije bilo razloga sumnjati u njegovo postojanje. Prisutnost izoliranog apscesa u navedenom mišiću je vrlo rijetka zbog svoje specifične lokalizacije i nespecifične simptomatologije teško ga je dijagnosticirati, posebice kod izrazito adipozne osobe. Kada se uspije dijagnosticirati, zahtijeva kiruršku intervenciju. Zbog navedenih razloga nije prepoznat taj izolirani apsces u mišiću psoaza majora, usprkos svim poduzetim mjerama koje su liječnici poduzeli. S obzirom na sve navedeno proizlazi da smrt V. P. nije nastupila kao uzročno-posljedična veza poduzetih mjera liječenja osumnjičenika i njegovog nesavjesnog postupanja, budući i navedena dvojica liječnika kirurga, unatoč poduzetim mjerama, nisu mogli prepoznati da se radi o apscesu u području lijevog mišića psoaza majora, što je i prema mišljenju navedenih vještaka teško dijagnosticirati zbog specifične lokalizacije i simptomatologije. Slijedom ovako utvrđenih činjenica i naprijed izloženog, nisu ispunjene zakonske pretpostavke za pokretanje istrage protiv osumnjičenika iz čl. 187. st. 1. ZKP, te je zahtjev*

za pokretanje istrage oštećenog kao tužitelja po prvostupanjskom sudu pravilno odbijen.”(VSRH IV Kž 16/2007-2).

SUMMARY

THE BASICS OF CRIMINAL RESPONSABILITY OF HEALTH WORKERS

The author of the work primarily aims to establish the foundations of criminal responsibility of health workers in the Croatian legislation. This topic was analyzed by taking into account the provisions of the Criminal Code on force regulating this matter and bringing them into contact with other laws in the field of medical law in purpose of identifying their consent or collision. This is supported by the fact that analyzed criminal offenses in the work by their legal nature refer on other national and international documents and it is necessary to take into account other legislation how it would be possible to fully determine the meaning of a particular criminal offense. The entire analysis is based on the fundamental method of interpretation by giving special emphasis on systematic and comparative law method because the work determines responsibility for the crimes in comparative law. The conclusion of the paper refers to the fact that the criminal responsibility of health workers should be monitored through the guilt of perpetrator and not just through the causal link. Certain offenses in the Criminal Code are analyzed individually with the conclusion that it is necessary to distinguish medical error, that could have been prevented by proper treatment, from adverse outcomes, as a result which could not be prevented. Special emphasis is on fact that jurisprudence should be distinguishing consent/approval of the patient from the analysis whether the proceedings on the patient was illegal.

Key words: *Criminal Code, Criminal law, medical worker, presumption of culpability*

mr.sc. Tatjana Babić, dipl.iur.
Hrvatska liječnička komora

OSNOVE DISCIPLINSKE ODGOVORNOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

UDK: 331. 108. 6 : 614. 2(497.5)

Primljeno: 13. listopada 2015.

Stručni članak

U radu se iznosi prikaz disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika, odnosno liječnika, doktora dentalne medicine, ljekarnika, medicinskih biokemičara, medicinskih sestara, primalja, fizioterapeuta te drugih zdravstvenih radnika. Prikazuje se sadržaj disciplinske odgovornosti, disciplinske mjere i kazne uz navođenje disciplinskih tijela svake pojedine strukovne komore koja su ovlaštena provoditi disciplinski postupak.

UVOD

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti¹ propisano je da se zdravstvenim radnicima smatraju osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i koje neposredno, kao svoje zanimanje, pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, pritom obvezno poštujući moralna i etička načela zdravstvene struke. Zakonodavac u istoj odredbi precizira da se zdravstveni radnici obrazuju na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, studijskom smjeru logopedije te drugom visokom učilištu zdravstvenog usmjerenja, kao i u srednjim školama zdravstvenog usmjerenja, odnosno učilištu ili u srednjim školama koje imaju odobrenje za provođenje obrazovnog programa zdravstvenog usmjerenja.

Temeljna je zakonska obveza zdravstvenih radnika da prilikom pružanja zdravstvene zaštite, postupaju prema pravilima svoje struke na način da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

Prava i obveze zdravstvenih radnika kao i strukovne organizacije (komore) u koje su se dužni učlaniti (oni zdravstveni radnici koji neposredno pružaju zdravstvenu zaštitu), propisana su u tzv. *strukovnim zakonima*, odnosno u

¹ Članak 124. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, broj 150/2008, 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 144/2012, 82/2013, 159/2013, 22/2014, 154/2014

Zakonu o liječništvu,² Zakonu o dentalnoj medicini,³ Zakonu o ljekarništvu,⁴ Zakonu o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti,⁵ Zakonu o sestrinstvu,⁶ Zakonu o primaljstvu,⁷ Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti⁸ te u Zakonu o djelatnostima u zdravstvu.⁹ Spomenutim je zakonima ujedno propisana i disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika u slučajevima povrede pravila struke odnosno povrede temeljnih etičkih i deontoloških načela profesije pa možemo smatrati da osnova disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika proizlazi upravo iz odredbi spomenutih tzv. *strukovnih zakona*. Odredbe tih zakona zapravo su norme medicinskog prava koje imaju represivan karakter.

Disciplinska (stegovna) odgovornost zdravstvenih radnika samo je jedna vrsta odgovornosti kojom se nastoji osigurati stručno i zakonito obavljanje zdravstvenih djelatnosti. Svi zdravstveni radnici, upravo zbog društvene važnosti djelatnosti koju obavljaju, mogu, osim za kaznena djela i prekršaje, i disciplinski odgovarati. Disciplinska odgovornost najčešće prejudicira disciplinske povrede koje se manifestiraju kao nestručno obavljanje profesije ili nepoštivanje i nepridržavanje odredbi strukovnih kodeksa, a ono što dodaje posebnu „težinu“ disciplinskoj odgovornosti, jest činjenica da postupak za disciplinske povrede provode kolege iz struke kojoj pripada zdravstveni radnik kojeg se tereti za počinjenu disciplinsku povredu. Navedeno konkretno znači da su disciplinski postupak, temeljem zakonskih ovlasti, ovlaštene provoditi strukovne komore čiji je član zdravstveni radnik protiv kojeg se provodi disciplinski postupak. U sustavu zdravstva postoji osam strukovnih komora, i to: Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta i Hrvatska komora zdravstvenih radnika.

U nastavku ovoga rada iznosi se sažeti prikaz disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika (liječnika, doktora dentalne medicine, ljekarnika, medicinskih biokemičara, medicinskih sestara, primalja, fizioterapeuta te drugih zdravstvenih radnika) na način kako je to propisao zakonodavac, uz navođenje disciplinskih akata strukovnih komora kojima su pobliže određene disciplinske

² Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008

³ Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008, 120/2009

⁴ Narodne novine, broj 121/2003, 143/2006, 35/2008, 117/2008

⁵ Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008

⁶ Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008, 57/2011

⁷ Narodne novine, broj 120/2008, 145/2010

⁸ Narodne novine, broj 120/2008

⁹ Narodne novine, broj 87/2009

povrede i kojima su propisana proceduralna pravila disciplinskog sankcioniranja zdravstvenih radnika.

1. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST LIJEČNIKA

Zakonom o liječništvu¹⁰ propisana je disciplinska odgovornost liječnika odnosno

taksativno su navedena određena ponašanja koja zakonodavac smatra disciplinskim povredama. Slijedom toga, liječnik će biti disciplinski odgovoran ukoliko:

- povrijedi odredbe Zakona o liječništvu,
- povrijedi odredbe Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore,
- nestručno obavlja liječničku profesiju,
- svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke profesije,
- ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema Hrvatskoj liječničkoj komori.

Za opisana ponašanja liječniku se mogu izreći disciplinske mjere i novčana kazna

ovisno o tome radi li se u konkretnom slučaju o lakšoj ili težoj disciplinskoj povredi.¹¹ Da li će se u konkretnom slučaju raditi o lakšoj ili težoj disciplinskoj povredi, utvrđuje disciplinsko tijelo koje je ovlašteno provoditi postupak, i to u svakom pojedinom slučaju. Karakter disciplinske povrede svakako je bitan jer utječe na vrstu disciplinske mjere koja se liječniku može izreći s obzirom da je zakonodavac propisao¹² da se za **teže disciplinske povrede** liječniku mogu izreći sljedeće disciplinske mjere i novčana kazna:

¹⁰ Članak 50. Zakona o liječništvu

¹¹ Zakonodavac je prepustio Hrvatskoj liječničkoj komori da samostalno odredi sadržaj lakše i teže disciplinske povrede pa je tako odredbom članka 4. stavka 3. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr) propisano da su teške povrede one 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. Odredbom članka 4. stavka 4. citiranog Pravilnika propisano je da su lakše disciplinske povrede one 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. Sličnu definiciju lakih i teških disciplinskih povreda imaju i drugi pravilnici strukovnih komora.

¹² Članak 53. Zakona o liječništvu

- ukor,
- javni ukor,
- novčana kazna,
- privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) u trajanju od mjesec do godine dana,
- trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence),
- privremeno ili trajno ograničenje opsega odobrenja za samostalan rad (licence).

Za **lakše disciplinske povrede** liječniku se može izreći sljedeća disciplinska mjera i novčana kazna:

- opomena,
- novčana kazna.

Uz svaku navedenu disciplinsku mjeru i novčanu kaznu (osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad – licence), liječniku se može izreći i mjera dodatne izobrazbe dok se disciplinska mjera privremenog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), može, osim bezuvjetno, izreći i uvjetno, s rokom kušnje koji ne može biti kraći od šest mjeseci niti duži od dvije godine.

Također, zakonodavac je odredio¹³ i visinu novčane kazne koja se liječniku može izreći i to u najmanjem iznosu od 1.000,00 kn, a u najvišem iznosu od 5.000,00 kn.

1.1. Disciplinska tijela Hrvatske liječničke komore

Disciplinska tijela Hrvatske liječničke komore jesu Časni sud Komore i Visoki časni sud Komore¹⁴ (zajednički im je naziv Sud Komore) koji provode disciplinski postupak primjenjujući odredbe Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr), ali i odredbe Zakona o kaznenom postupku u slučaju kad se pred Sudom Komore pojavi neko pitanje koje nije regulirano Pravilnikom o disciplinskom postupku. Disciplinska tijela sude u vijećima koja su sastavljena od tri člana – predsjednika vijeća koji je pravnik (sudac županijskog suda) i dva člana vijeća koji su liječnici.

¹³ Članak 54. Zakona o liječništvu

¹⁴ Članak 51. Zakona o liječništvu

1.2. Nedostojnost za obavljanje liječničke djelatnosti

Posebnu vrstu odgovornosti liječnika predstavlja tzv. *nedostojnost za obavljanje*

liječničke djelatnosti. Naime, Zakonom o liječništvu¹⁵ reguliran je institut *nedostojnosti liječnika* prema kojemu 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. Iako zakonodavac nije izričito odredio koja su to kaznena djela za koja se liječnika može proglasiti nedostojnim, iz dosadašnje prakse Časnog suda Komore proizlazi da u obzir dolaze samo kaznena djela koja su počinjena za vrijeme obavljanja liječničke djelatnosti. Ovakav stav ujedno je i logičan ukoliko se uzme u obzir da nedostojnost utvrđuje Hrvatska liječnička komora koja je strukovna organizacija liječnika zadužena, između ostalog, i za brigu o ugledu liječnika te pravilno obavljanje liječničkog zvanja. Nadalje, zakonodavac je također propisao da se liječniku koji je proglašen nedostojnim, može uskratiti davanje odobrenja za samostalan rad (licence) odnosno da mu se licenca može privremeno ili trajno oduzeti kao i da se može ograničiti opseg poslova kojima se liječnik smije baviti. Zakonom je također propisano da se protiv odluke kojom je liječnik proglašen *nedostojnim*, ne može uložiti žalba već se može pokrenuti upravni spor. S obzirom da bi se tema *nedostojnosti liječnika* mogla vrlo opširno obraditi u zasebnom stručnom članku, autorica je na ovom mjestu dala samo osnovne značajke instituta *nedostojnosti liječnika*.

2. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST DOKTORA DENTALNE MEDICINE

Zakonom o dentalnoj medicini¹⁶ propisano je da poslove dentalne medicine obavljaju doktori dentalne medicine i doktori dentalne medicine specijalisti dok djelatnost dentalnih tehničara obavljaju dentalni tehničari prema uputama i nalogu doktora dentalne medicine,¹⁷ te dentalni asistenti, također prema uputama i pod nadzorom doktora dentalne medicine.¹⁸ S obzirom da doktori dentalne medicine koji neposredno obavljaju djelatnost dentalne medicine, ali i dentalni tehničari i

¹⁵ Članak 8. Zakona o liječništvu

¹⁶ Članak 2. Zakona o dentalnoj medicini

¹⁷ Članak 36.a stavak 1. Zakona o dentalnoj medicini

¹⁸ Članak 36.n stavak 1. Zakona o dentalnoj medicini

dentalni asistenti,¹⁹ moraju biti članovi Hrvatske komore dentalne medicine, na njih se primjenjuju odredbe Zakona o dentalnoj medicini kojima je propisana njihova odgovornost kao i odredbe Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori (www.hkdm.hr).²⁰

Za razliku od Zakona o liječništvu koji je taksativno propisao koja se ponašanja imaju smatrati disciplinskim povredama, Zakon o dentalnoj medicini²¹ samo navodi da će se Statutom ili drugim općim aktom Hrvatske komore dentalne medicine odrediti što se smatra težom i lakšom povredom pravila ponašanja u obavljanju dentalne medicine, djelatnosti dentalnih tehničara i djelatnosti dentalnih asistenata kao i da će se općim aktom propisati ustrojstvo te način djelovanja Časnog suda pri Komori.

ravilnikom o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori²² taksativno je određeno koja se ponašanja imaju smatrati težim povredama, a koja lakšim. Tako se **težim povredama pravila ponašanja u obavljanju stomatološke djelatnosti** imaju smatrati sljedeća ponašanja doktora dentalne medicine:²³

- povreda obveze čuvanja profesionalne tajne,
- povreda obveze čuvanja profesionalne tajne pri čemu je utvrđeno koristoljublje doktora stomatologije (stjecanje financijske koristi, ugleda odnosno znanstvenog ili stručnog naziva i slično),
- obavljanje stomatološke djelatnosti u suprotnosti s pravilima stomatološke struke slijedom čega dolazi do pogoršanja zdravstvenog stanja ili smrti bolesnika,
- nepružanje ili odbijanje pružanja hitne medicinske pomoći,
- primjena postupaka za koje ne postoji odgovarajuća stručnost doktora stomatologije ili koji nisu stručno i znanstveno utemeljeni slijedom čega

¹⁹ Dentalni tehničari učlanjuju se u Strukovni razred dentalnih tehničara, a dentalni asistenti učlanjuju se u Strukovni razred dentalnih asistenata pri Hrvatskoj komori dentalne medicine.

²⁰ Iako je Zakonom o dentalnoj medicini propisana odgovornost doktora dentalne medicine, dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, u članku 4. stavku 2. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori (na službenoj web stranici Komore moguće je pronaći jedino spomenuti Pravilnik pa je za pretpostaviti da je taj ujedno i važeći), propisano je da Časni sud Komore raspravlja i odlučuje o odgovornosti doktora stomatologije. Ostaje neutvrđeno temeljem kojeg se propisa utvrđuje disciplinska odgovornost dentalnih tehničara i dentalnih asistenata. No, za pretpostaviti je da se njihova odgovornost utvrđuje analognom primjenom spomenutog Pravilnika.

²¹ Članak 51. Zakona o dentalnoj medicini

²² Člankom 4. stavkom 2. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori propisan je sadržaj odnosno opseg disciplinske odgovornosti koja, dakle, obuhvaća povredu Kodeksa stomatološke etike i deontologije, povredu Statuta Hrvatske komore dentalne medicine te nepravilnosti nastale prilikom obavljanja stomatološke djelatnosti.

²³ Članak 10. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori

dolazi do pogoršanja zdravstvenog stanja bolesnika ili nanošenja materijalne štete bolesniku,

- obavljanje stomatološke djelatnosti bez odgovarajućeg odobrenja nadležnog tijela,
- pružanje stomatološke usluge po cijeni koja je niža od najniže propisane cijene u Nomenklaturi stomatoloških usluga Komore,
- oglašavanje rada i isticanje naziva doktora stomatologije na način suprotan aktu Komore,
- nepridržavanje i neizvršavanje odluka Časnog suda prvog i drugog stupnja,
- izdavanje lažne potvrde o zdravstvenom stanju bolesnika, osobito ako je vezano uz stjecanje materijalne koristi,
- primanje mita,
- spolno iskorištavanje bolesnika koji traži zdravstvenu zaštitu, osobito malodobnih osoba,
- zlouporaba povjerenja bolesnika koji su u teškom financijskom, zdravstvenom ili psihičkom stanju koje im onemogućava donošenje ispravne odluke,
- javno iznošenje informacija, navoda i slično, odnosno pokazivanje bolesnika u sredstvima javnog priopćavanja, literaturi ili na drugi način ako se time zlorabi povjerenje i dostojanstvo bolesnika,
- neodazivanje pozivu za obavljanje stomatološke djelatnosti u slučaju izvanrednih okolnosti,
- ako je počinjeno kazneno djelo koje dovodi u pitanje dostojnost doktora stomatologije za obavljanje stomatološke djelatnosti.

Pod lakšim povredama pravila ponašanja u obavljanju stomatološke djelatnosti

smatraju se sve povrede načela stomatološke etike i deontologije (a koje nisu navedene u katalogu težih povreda) koja su propisana u Kodeksu stomatološke etike i deontologije, a osobito sljedeće:²⁴

- pružanje zdravstvene usluge bez dužnog poštovanja čovjekovog dostojanstva,
- nepoštivanje prava bolesnika, kolega i ostalih zdravstvenih djelatnika,
- nepridržavanje odredaba zakonskih propisa i obveza koje proizlaze iz zakona,

²⁴ Članak 11. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori

- odbijanje suradnje, prikrivanje i neprijavljivanje odnosno na bilo koji drugi način omogućavanje rada osobama koje nestručno ili suprotno odredbama zakona obavljaju stomatološku djelatnost,
- obavljanje stomatološke djelatnosti u suprotnosti s pravilima stomatološke struke,
- širenje laži i uzrokovanje štete ugledu drugog doktora stomatologije,
- kršenje pravila Komore,
- nečasno ponašanje na radnom mjestu (opijanje, uživanje droga i slično),
- namjerno izbjegavanje sudjelovanja na raspravi pred Časnim sudom Komore,
- objavljivanje tuđih stručnih radova, rezultata rada i slično, odnosno prisvajanje istih s namjerom povećavanja vlastitog ugleda,
- nepodmirivanje troškova postupka određenih u postupku pred Časnim sudom Komore,
- prešućivanje podataka, informacija ili činjenica koje su bitne u postupku koji se vodi pred Časnim sudom Komore,
- ponovno činjenje iste ili druge povrede pravila ponašanja, ako se o prethodno učinjenoj povredi već vodila rasprava pred Časnim sudom Komore.

Disciplinske mjere koje se mogu izreći počiniteljima svih gore navedenih disciplinskih povreda također su taksativno određene Pravilnikom o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori²⁵ i obuhvaćaju:

- ukor,
- javni ukor koji se objavljuje u glasilu Komore,
- za povrede počinjene objavom u tisku (sredstvima javnog priopćavanja, glasilu Komore i slično) – ispriku oštećenom na način koji je identičan počinjenoj povredi,
- naknadu štete do iznosa visine naknade koju je bolesnik platio doktoru stomatologije za obavljanu stomatološku uslugu,
- novčanu kaznu,
- obvezno podvrgavanje liječenju od ovisnosti,
- privremenu (od šest mjeseci do godine dana) ili trajnu zabranu obavljanja stomatološke djelatnosti.

²⁵ Člankom 13. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori

S obzirom da zakonodavac nije odredio visinu novčane kazne koja se može izreći u

disciplinskom postupku, Hrvatska komora dentalne medicine to je samostalno odredila tako što je propisala da se za težu povredu pravila ponašanja može izreći novčana kazna u najnižem iznosu od 6.000,00 kn do najviše 30.000,00 kuna, dok se za lakšu povredu pravila ponašanja može izreći novčana kazna u najnižem iznosu od 1.000,00 kn do najviše 6.000,00 kn.²⁶

2.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore dentalne medicine

Disciplinski postupak Hrvatske komore dentalne medicine provodi Časni sud Komore prvog i drugog stupnja, a stvarna nadležnost te sastav Časnog suda Komore propisana je Pravilnikom o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori.²⁷ Časni sud Komore prvog i drugog stupnja imaju po pet članova. Iako nigdje nije navedeno da Časni sud Komore sudi u vijeću, iz ostalih odredbi Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori, ipak se može donijeti takav zaključak.

2.2. Nedostojnost za obavljanje dentalne medicine i djelatnosti dentalnih tehničara

Pod istim uvjetima koji vrijede za liječnike,²⁸ zakonodavac je odredio da se i doktori

dentalne medicine te dentalni tehničari također mogu smatrati *nedostojnima za obavljanje djelatnosti dentalne medicine odnosno djelatnosti dentalnih tehničara*. Od svih zdravstvenih radnika, mogućnost proglašenja *nedostojnosti* zakonom je predviđena jedino za liječnike te doktore dentalne medicine odnosno dentalne tehničare. Ostaje nejasno zašto se zakonodavac, kad je u pitanju *nedostojnost*, odlučio baš za ove dvije profesije, no, s obzirom da će to pitanje vjerojatno ostati bez službenog objašnjenja, preostaju jedino individualne hipoteze o razlozima kojima se u ovim slučajevima rukovodio zakonodavac.

²⁶ Članak 14. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori

²⁷ Članci 4., 8. i 18. Pravilnika o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori

²⁸ Vidi *supra* poglavlje 1.2.

3. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST LJEKARNIKA (MAGISTRA FARMACIJE)

Osnovne odredbe o disciplinskoj odgovornosti magistra farmacije propisane su Zakonom o ljekarništvu.²⁹ Kao i kod ostalih do sada opisanih odgovornosti zdravstvenih radnika, i magistri farmacije mogu odgovarati za teže i lakše povrede dužnosti i ugleda ljekarništva pred disciplinskim tijelima Hrvatske ljekarničke komore. Odredbe Zakona o ljekarništvu detaljnije su razrađene Pravilnikom o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore (www.hlj.k.hr), a na sva pitanja koja nisu regulirana Pravilnikom, primjenjuju se odredbe kaznenog zakonodavstva.

Zakonodavac je propisao da se **težim disciplinskim povredama** imaju smatrati sva ona ponašanja magistra farmacije koja se odnose na narušavanje dužnosti, ugleda i Kodeksa ljekarničke etike i deontologije koja imaju teže značenje s obzirom na ugroženost pacijenta, prirodu povrijeđene dužnosti, visinu materijalne štete ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena ili propuštena, dok se **lakšim povredama** ima smatrati svako narušavanje dužnosti, ugleda i Kodeksa ljekarničke etike i deontologije koje je manjeg značenja.³⁰

U slučaju odgovornosti za težu disciplinsku povredu, magistru farmacije mogu se izreći sljedeće disciplinske mjere i novčana kazna:³¹

- opomena koja se objavljuje u glasilu Hrvatske ljekarničke komore,
- privremeno ili trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence),
- novčana kazna,
- upućivanje na dodatno obvezno stručno usavršavanje.

Ukoliko se magistru farmacije proglasi odgovornim za **lakšu disciplinsku povredu**,

- disciplinsko tijelo Hrvatske ljekarničke komore može mu izreći:³²
- ukor,
- novčanu kaznu,
- upućivanje na dodatno obvezno stručno usavršavanje.

Iznos novčane kazne odredio je zakonodavac propisavši da se za težu disciplinsku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 3.000,00 – 5.000,00

²⁹ Članci 39. – 46. Zakona o ljekarništvu

³⁰ Članak 39. Zakona o ljekarništvu

³¹ Članak 40. stavak 2. Zakona o ljekarništvu

³² Članak 40. stavak 1. Zakona o ljekarništvu

kn dok se za lakšu disciplinsku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 1.000,00 – 2.000,00 kn.³³

Osim spomenutih disciplinskih mjera i novčane kazne, Pravilnikom o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore propisana je i jedna posebna mjera, odnosno mogućnost, i to – *Suspenzija*, odnosno privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).³⁴ Suspenziju, na prijedlog tužitelja Hrvatske ljekarničke komore, može izreći Stegovni sud prvog stupnja u sljedećim slučajevima:

- ako je protiv magistra farmacije pokrenut stegovni postupak zbog naročito teške povrede dužnosti i ugleda ljekarničkog zvanja odnosno Kodeksa ljekarničke etike i deontologije,
- ako je protiv magistra farmacije pokrenut stegovni postupak, a postoji vjerojatnost da bi svojim daljnjim radom ugrozio zdravlje i život korisnika ljekarničkih usluga,
- ako je protiv magistra farmacije podnesena kaznena prijava zbog kaznenog djela učinjenog na radu ili u vezi s radom,
- ako je protiv magistra farmacije pokrenut stegovni postupak zbog povrede koje je počinio na radu pod utjecajem alkohola ili opojnih droga.

Pravilnikom o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore³⁵ propisana su ponašanja magistra farmacije koja se imaju smatrati povredama zbog kojih je moguće pokrenuti disciplinski (stegovni) postupak. Radi se o ponašanjima koja su protivna pravilima struke farmaceutskog zvanja odnosno koja su protivna odredbama Kodeksa ljekarničke etike i deontologije.³⁶

3.1. Disciplinska tijela Hrvatske ljekarničke komore

Stegovni sud Hrvatske ljekarničke komore sastoji se od Stegovnog suda prvog i drugog stupnja koji sude u vijećima sastavljenima od predsjednika vijeća i dva člana. Kao i kod disciplinskih tijela Hrvatske liječničke komore, predsjednici Stegovnih sudova prvog i drugog stupnja Hrvatske ljekarničke komore, imenuju se iz redova istaknutih pravnika. Svakako je potrebno naglasiti kako je „kombinirano“ vijeće koje se sastoji od pravnika i predstavnika struke, jamac

³³ Članak 41. Zakona o ljekarništvu

³⁴ Članak 112. Pravilnika o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore

³⁵ Člankom 8. Pravilnika o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore

³⁶ Zbog ograničenog opsega ovoga rada te zbog brojnosti odredbi kojima su regulirane povrede ljekarničke dužnosti, etike i deontologije, za detaljniji uvid u sadržaj pojedinih povreda *vidi* odredbe članaka 8. – 37. Pravilnika o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore (www.hljik.hr)

pravilnog provođenja postupka, s obzirom da pravnik profesionalac osigurava pravilnu primjenu propisa dok predstavnici struke osiguravaju pravilnost stručne procjene onih ponašanja koja se, kao disciplinski propust, prijavljenom zdravstvenom radniku stavljaju na teret.

4. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST MEDICINSKIH BIOKEMIČARA

Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti propisana su osnovna pitanja disciplinske odgovornosti medicinskih biokemičara.³⁷ I medicinski biokemičari također mogu odgovarati za teže i lakše povrede dužnosti i ugleda medicinsko-biokemijske struke pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih biokemičara. Odredbe spomenutog Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti detaljnije su razrađene Pravilnikom o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara (www.hkmb.hr), a na sva pitanja koja nisu regulirana Pravilnikom, primjenjuju se odredbe kaznenog zakonodavstva.

Koncept odredbi Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti u osnovi je identičan onima iz Zakona o ljekarništvu kojima se regulira disciplinska odgovornost ljekarnika. Dakle, Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti propisano je da se **težim disciplinskim povredama** imaju smatrati sva ona ponašanja medicinskog biokemičara koja se odnose na narušavanje dužnosti, ugleda i Kodeksa medicinsko-biokemijske etike i deontologije koja imaju teže značenje s obzirom na ugroženost pacijenta, prirodu povrijeđene dužnosti, visinu materijalne štete ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena ili propuštena, dok se **lakšim povredama** ima smatrati svako narušavanje dužnosti, ugleda i Kodeksa medicinsko-biokemijske etike i deontologije koje je manjeg značenja.³⁸

U slučaju odgovornosti za **težu disciplinsku povredu**, medicinskom biokemičaru mogu se izreći sljedeće disciplinske mjere i novčana kazna:³⁹

- opomena koja se objavljuje u glasilu Komore,
- privremeno ili trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) u trajanju do godine dana,
- novčana kazna,
- upućivanje na dodatno obvezno stručno usavršavanje,

³⁷ Članci 29. – 37. Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti

³⁸ Članak 39. Zakona o ljekarništvu

³⁹ Članak 40. stavak 2. Zakona o ljekarništvu

- upućivanje na obvezatno liječenje.⁴⁰
- Ukoliko se medicinskog biokemičara proglasi odgovornim za **lakšu disciplinsku**
- **povredu**, disciplinsko tijelo Hrvatske komore medicinskih biokemičara može mu izreći:⁴¹
- ukor,
- novčanu kaznu,
- upućivanje na dodatno obvezno stručno usavršavanje,
- upućivanje na obvezatno liječenje.⁴²

Iznos novčane kazne odredio je zakonodavac propisavši da se za težu disciplinsku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 3.000,00 – 5.000,00 kn dok se za lakšu disciplinsku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 1.000,00 – 2.000,00 kn.⁴³

Osim spomenutih disciplinskih mjera i novčane kazne, a isto kao i ljekarnicima, i medicinskim biokemičarima Sud komore prvog stupnja može izreći posebnu mjeru, odnosno *Suspenziju* koja se zapravo odnosi na privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).⁴⁴ *Suspenzija* se, na prijedlog tužitelja Hrvatske komore medicinskih biokemičara, može izreći u sljedećim slučajevima:

- ako je protiv medicinskog biokemičara pokrenut postupak zbog naročito teške povrede dužnosti i ugleda zvanja medicinskih biokemičara odnosno Kodeksa etike i deontologije medicinskih biokemičara,
- ako je protiv medicinskog biokemičara pokrenut stegovni postupak, a postoji vjerojatnost da bi svojim daljnjim radom ugrozio zdravlje i život pacijenta,
- ako je protiv medicinskog biokemičara podnesena kaznena prijava zbog kaznenog djela učinjenog na radu ili u vezi s radom,

⁴⁰ Ova mjera, kao dodatna mjera, nije predviđena Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti već odredbom članka 44. stavka 2. Pravila o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara.

⁴¹ Članak 30. stavak 1. Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti

⁴² Vidi *supra* objašnjenje uz bilješku 40.

⁴³ Članak 31. Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti; međutim, valja primijetiti da su odredbom članka 45. Pravila o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara, povećani zakonom određeni iznosi novčanih kazni pa je tako propisano da se za lakšu povredu može izreći novčana kazna u visini od 2.000,00 – 5.000,00 kn dok se za tešku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 6.000,00 – 20.000,00 kn – pitanje je da li bi se u disciplinskom postupku doista i mogle izreći kazne u ovim iznosima s obzirom da isti izlaze iz okvira određenog Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti.

⁴⁴ Članak 102. Pravila o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara

- ako je protiv medicinskog biokemičara pokrenut postupak zbog povrede koje je počinio na radu pod utjecajem alkohola ili opojnih droga.

Pravilima o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara⁴⁵ propisana su ponašanja medicinskih biokemičara koja se imaju smatrati povredama zbog kojih je moguće pokrenuti disciplinski (stegovni) postupak. Radi se o ponašanjima koja su protivna pravilima struke medicinskih biokemičara odnosno koja su protivna odredbama Kodeksa etike i deontologije medicinskih biokemičara.⁴⁶

4.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore medicinskih biokemičara

Sud Hrvatske komore medicinskih biokemičara sastoji se od Suda Komore prvog i drugog stupnja koji sude u vijećima sastavljenima od predsjednika i dva člana. No, za razliku od Časnog i Visokog časnog suda Hrvatske liječničke komore te Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore, predsjednik vijeća Suda Hrvatske komore medicinskih biokemičara nije pravnik.

5. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTARA

Odgovornost za teže povrede radnih dužnosti medicinskih sestara propisana je odredbama Zakona o sestrinstvu.⁴⁷ Tako je spomenutim Zakonom propisano da 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 i općim aktom Hrvatske komore medicinskih sestara, odnosno Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara (www.hkms.hr). Međutim, u pogledu odgovornosti medicinskih sestara zakonodavac je propisao i jednu specifičnost, odnosno tzv. *ekskulpaciju* od odgovornosti prema kojoj medicinska sestra neće biti odgovorna

⁴⁵ Člancima 7. – 29. Pravila o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara

⁴⁶ Zbog ograničenog opsega ovoga rada te zbog brojnosti odredbi kojima su regulirane povrede dužnosti medicinskih biokemičara te etike i deontologije medicinsko-biokemijske djelatnosti, za detaljniji uvid u sadržaj pojedinih povreda *vidi* spomenute odredbe navedene *supra* u bilješci 45.

⁴⁷ Članak 18. Zakona o sestrinstvu

za neprovođenje postupaka zdravstvene njege, odnosno za neprovedeni ordinirani postupak 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 zdravstvene/sestrinske njege.⁴⁸ Ovakvi izuzeci od odgovornosti propisani su još i Zakonom o primaljstvu, Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti te Zakonom o djelatnostima u zdravstvu dok ostali *strukovni* zakoni ovakve iznimke ne poznaju.

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 sljedeća ponašanja:⁴⁹

povredu odredbi Zakona 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.⁵⁰

Disciplinske mjere koje je moguće izreći medicinskoj sestri koja je proglašena odgovornom, ovise o tome radi li se o težoj disciplinskoj povredi ili o lakšoj. Za **teže disciplinske povrede** medicinskoj sestri moguće je izreći sljedeće disciplinske mjere i novčanu kaznu:⁵¹

- ukor,
- javni ukor,
- novčanu kaznu,
- privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) u trajanju od mjesec do godine dana,

⁴⁸ Članak 21. stavak 2. Zakona o sestrinstvu

⁴⁹ Članak 5. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara

⁵⁰ Institut *nedostojnosti* za medicinske sestre nije propisan Zakonom o sestrinstvu kao što je to slučaj s liječnicima i doktorima dentalne medicine te dentalnim tehničarima. Sljedom toga, ostaje nerazjašnjeno iz kojih je razloga Hrvatska komora medicinskih sestara uvrstila ovu odredbu u svoj Pravilnik o pravima i odgovornostima medicinskih sestara.

⁵¹ Članak 56. stavak 1. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara

- trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).

Za **lakše disciplinske povrede** medicinskoj sestri moguće je izreći sljedeću disciplinsku mjeru i novčanu kaznu:⁵²

- opomenu,
- novčanu kaznu.

Uz svaku disciplinsku mjeru, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), medicinskoj sestri moguće je izreći i mjeru dodatne izobrazbe. 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.⁵³

5.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore medicinskih sestara

Sud Komore prvog i drugog stupnja ovlašten je provoditi disciplinski postupak protiv medicinskih sestara. Sudovi sude u vijećima sastavljenima od predsjednika i dva člana⁵⁴ no kao član vijeća ne sudjeluje pravnik već su svi članovi vijeća predstavnici struke.

6. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST PRIMALJA

Slično kao i za medicinske sestre, odgovornost za teže povrede radnih dužnosti primalja, propisana je odredbama Zakona o primaljstvu.⁵⁵ Tako je spomenutim Zakonom propisano da primalja 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.

⁵² Članak 56. stavak 4. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara

⁵³ Članak 56. stavak 7. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara

⁵⁴ Članak 6. Pravilnika o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara

⁵⁵ Članak 18. Zakona o primaljstvu

Kao i u slučajevima odgovornosti ostalih zdravstvenih radnika, i primalje mogu

odgovarati za lakše i teže povrede radnih dužnosti koje su određene Zakonom o primaljstvu i općim aktom Hrvatske komore primalja, odnosno Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja (www.komora-primalja.hr), uz supsidijarnu primjenu Zakona o kaznenom postupku. Međutim, kao i u pogledu odgovornosti medicinskih sestara zakonodavac je i u pogledu odgovornosti primalja također propisao tzv. *ekskulpaciju* od odgovornosti prema kojoj primalja neće biti odgovorna za neprovedeni postupak 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 primaljske skrbi.⁵⁶

Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja propisane su teže povrede radnih dužnosti i ugleda primaljstva,⁵⁷ osobito teške povrede radnih dužnosti i ugleda primaljstva⁵⁸ te lakše povrede radnih dužnosti.⁵⁹ Međutim, spomenutim je Pravilnikom propisano i da će se težom povredom ugleda primaljstva smatrati i ponašanje i postupci te rad primalja u privatnom životu, ako se tim ponašanjem, postupcima i radom narušava ugled primaljstva. Pravilnik precizira da se pod navedenim ponašanjem, postupcima i radom naročito smatraju alkoholiziranost i korištenje droga.⁶⁰ Još jedna od specifičnosti disciplinske odgovornosti primalja jest i uvođenje odgovornosti primaljske asistentice koja provodi primaljsku skrb samostalno odnosno bez nadzora primalje, liječnika odnosno specijalista ginekologije i opstetricije.⁶¹

Disciplinske mjere i novčana kazna koja se može izreći primalji za **teže disciplinske povrede** jesu:⁶²

- ukor,
- javni ukor,
- novčana kazna,
- brisanje iz registra primalja,

⁵⁶ Članak 21. stavak 1. Zakona o primaljstvu

⁵⁷ Članak 5. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁵⁸ Članak 6. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁵⁹ Članak 10. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁶⁰ Članak 9. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁶¹ Članak 8. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁶² Članak 11. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

- privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) u trajanju od mjesec do godine dana,
- trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).

Za **lakše disciplinske povrede** primalji je moguće izreći:

- opomenu,
- novčanu kaznu.

Potrebno je primijetiti da je Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja također uveden institut *nedostojnosti* primalje koji nije propisan Zakonom o primaljstvu.⁶³ Isto tako, spomenutim su Pravilnikom određeni prilično visoki iznosi novčanih kazni pa je tako propisano da iznos novčane kazne koji se može izreći u slučaju lakše povrede radnih dužnosti i ugleda primaljstva, ne može biti niži od 1.500,00 kn niti veći od 5.000,00 kn. Za teže povrede radnih dužnosti i ugleda primaljstva, iznos novčane kazne ne može biti niži od 2.500,00 kn niti viši od 15.000,00 kn. Za osobito teške povrede radnih dužnosti i ugleda primaljstva može se izreći novčana kazna u rasponu od 5.000,00 kn do 25.000,00 kn.⁶⁴

6.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore primalja

Poslovnikom o radu Suda Hrvatske komore primalja (www.komora-primalja.hr) određen je Sud Hrvatske komore primalja kao disciplinsko tijelo koje je nadležno provoditi disciplinski postupak protiv primalja. Sud Komore sudi u prvom i drugom stupnju i to u vijećima koja su sastavljena od tri članice, predstavnice struke.

7. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST FIZIOTERAPEUTA

Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti⁶⁵ propisano je da fizioterapeut čini **težu povredu radne dužnosti** ukoliko:

- odbije pružiti pacijentu fizioterapeutsku skrb po uputi liječnika za fizikalnu terapiju,
- netočno i nepravilno primijeni fizioterapeutske postupke,
- ne obavijesti liječnika o pogoršanju stanja pacijenta tijekom fizioterapeutskog postupka,

⁶³ Članak 11. stavak 2. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁶⁴ Članak 14. Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja

⁶⁵ Članak 18. Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti

- ne uputi pacijenta liječniku, kad u okviru fizioterapeutskog postupka ustanovi nalaz koji nije unutar djelokruga fizioterapeutskog znanja,
- zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu po zdravlje pacijenta,
- primjenjuje metode i tehnike koje nisu u djelokrugu opisa poslova njegovog rada,
- svojim ponašanjem povrijedi čast i ugled svoje profesije,
- povrijedi odredbe Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti,
- povrijedi odredbe Kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije.

Također, a jednako kao i u pogledu odgovornosti medicinskih sestara i primalja, zakonodavac je i u pogledu odgovornosti fizioterapeuta propisao tzv. *ekskulpaciju* od odgovornosti prema kojoj fizioterapeut neće biti odgovoran za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao tehničku opremu, ordinirane lijekove, sredstva i minimalno potreban pribor.

Disciplinske povrede koje može počiniti fizioterapeut detaljnije su razrađene Pravilnikom o pravima i odgovornostima fizioterapeuta (www.hkf.hr)⁶⁶ te se odredbe toga Pravilnika na odgovarajući način primjenjuju i na odgovornost fizioterapeutskog tehničara te masera-kupeljara pri čemu se mora uzeti u obzir njihov djelokrug rada.⁶⁷ Disciplinske povrede koje mogu počiniti fizioterapeuti, fizioterapeutske tehničari te maseri-kupeljari, kao i kod ostalih zdravstvenih radnika, dijele se na teške i lake, a o težini povrede ovisi i težina disciplinske mjere i novčane kazne koja se može izreći. Prema tome, za **teške disciplinske povrede** može se izreći:⁶⁸

- opomena koja se objavljuje u glasilu Komore,
- novčana kazna,
- privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) do godine dana,
- trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).

Za **lake disciplinske povrede** može se izreći:⁶⁹

⁶⁶ Članci 6. – 24. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

⁶⁷ Članak 1. stavak 2. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

⁶⁸ Članak 38. stavak 4. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

⁶⁹ Članak 38. stavak 3. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

- ukor,
- novčana kazna.

Uz svaku disciplinsku mjeru (osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad – licence), može se izreći i mjera dodatne izobrazbe te mjera upućivanja na obvezatno liječenje.

Slično kao i u Pravilniku o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja, i Pravilnik o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta propisuje prilično visok raspon novčanih kazni koje je moguće izreći. Tako je Pravilnikom⁷⁰ propisano da se za laku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 1.000,00 kn do 3.000,00 kn dok se za tešku povredu može izreći novčana kazna u iznosu od 3.000,00 kn do 10.000,00 kn.

Osim spomenutih disciplinskih mjera i novčane kazne, a isto kao i kod ljekarnika te medicinskih biokemičara, Sud komore prvog stupnja može fizioterapeutu izreći i posebnu mjeru, odnosno *Suspenziju* koja se zapravo odnosi na privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).⁷¹ *Suspenzija* se, na prijedlog tužitelja Hrvatske komore fizioterapeuta, može izreći u sljedećim slučajevima:

- ako je protiv fizioterapeuta pokrenut postupak zbog naročito teške povrede dužnosti i ugleda zvanja fizioterapeuta odnosno Kodeksa etike i deontologije fizioterapeuta,
- ako je protiv fizioterapeuta pokrenut postupak, a postoji vjerojatnost da bi svojim daljnjim radom ugrozio zdravlje i život pacijenta,
- ako je protiv fizioterapeuta podnesena kaznena prijava zbog kaznenog djela učinjenog na radu ili u vezi s radom,
- ako je protiv fizioterapeuta pokrenut postupak zbog povrede koje je počinio na radu pod utjecajem alkohola ili opojnih droga.

7.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore fizioterapeuta

Disciplinski postupak protiv fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara te masera-kupeljara provodi Sud prvog i drugog stupnja Hrvatske komore fizioterapeuta. Sud sudi u vijeću sastavljenom od tri člana, predstavnika struke.

⁷⁰ Članak 39. stavak 1. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

⁷¹ Članak 96. Pravilnika o pravima i odgovornostima fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta

8. DISCIPLINSKA ODGOVORNOST DRUGIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Zakonom o djelatnostima u zdravstvu⁷² propisana je disciplinska odgovornost sanitarnih inženjera, stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, stručnih prvostupnika radne terapije te stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike, a odredbe toga Zakona detaljnije su razrađene Pravilnikom o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika koji se primjenjuje na sve članove Hrvatske komore zdravstvenih radnika (www.hkzr.hr).

Prema Zakonu o djelatnostima u zdravstvu, sanitarni inženjeri, stručni prvostupnici radiološke tehnologije, stručni prvostupnici radne terapije i stručni prvostupnici medicinsko-laboratorijske dijagnostike, čine **težu povredu radne dužnosti** ako:

- zbog nemara ili neznanja nanesu štetu korisniku ili bolesniku,
- svojim ponašanjem naruše ugled struci ili poslodavcu,
- namjerno prouzroče materijalnu štetu,
- povrijede dužnost čuvanja profesionalne tajne,
- ne pridržavaju se mjera zaštite na radu.

Međutim, ni sanitarni inženjeri, stručni prvostupnici radiološke tehnologije, stručni prvostupnici radne terapije kao ni stručni prvostupnici medicinsko-laboratorijske dijagnostike, neće odgovarati za neprovedeni postupak u slučaju kada korisnik ili bolesnik svjesno odbija primjenu propisanog postupka. Isto tako, navedeni zdravstveni radnici nisu odgovorni niti za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja, poslodavac nije osigurao sredstva, potreban pribor odnosno tehničku opremu neophodnu za rad. Dakle, i ovdje je zakonodavac predvidio iznimke od odgovornosti ove skupine zdravstvenih radnika.

Disciplinske povrede za koje mogu odgovarati sanitarni inženjeri, stručni prvostupnici radiološke tehnologije, stručni prvostupnici radne terapije i stručni prvostupnici medicinsko-laboratorijske dijagnostike, mogu biti lakše i teže, a vrsta izrečene disciplinske mjere ovisit će o težini disciplinske povrede. Osim ranije navedenih težih povreda radnih dužnosti, Pravilnikom o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika⁷³ propisano je da je član Komore ujedno odgovoran i ukoliko:

⁷² Člancima 12. – 17., 30. – 35., 47. – 52. te člancima 65. – 71. Zakona o djelatnostima u zdravstvu

⁷³ Članak 4. Pravilnika o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika

- povrijedi odredbe Zakona o djelatnostima u zdravstvu,
- povrijedi Kodeks etike i dontologije djelatnosti sanitarnog inženjerstva, zdravstveno radiološke-tehnološke djelatnosti, djelatnosti radne terapije i medicinsko-laboratorijske djelatnosti te druge opće akte Komore,
- obavlja nestručno svoju djelatnost odnosno ugrožava zdravlje i život korisnika usluge,
- svojim ponašanjem prema korisniku usluge, drugom članu Komore ili trećim osobama povrijedi ugled zvanja,
- ne usavršava se u skladu s Pravilnikom o sadržaju, rokovima i postupku provjere stručnosti Komore,
- ne ispunjava Zakonom, Statutom ili drugim općim aktom Komore određene članske obveze prema Komori, a što se ne odnosi i na redovito plaćanje članarine Komori.

Za **teže povrede** dužnosti i ugleda mogu se izreći sljedeće disciplinske mjere i novčana kazna:⁷⁴

- ukor,
- javni ukor,
- novčana kazna,
- privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) u trajanju od mjesec do godine dana,
- trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence).

Za **lakše povrede** mogu se izreći:⁷⁵

- opomena,
- novčana kazna.

Uz svaku mjeru, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), može se izreći i mjera dodatne izobrazbe, a odobrenje za samostalan rad (licenca) također se može i ograničiti s obzirom na opseg i vrstu poslova. Osim bezuvjetno, mjera privremenog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), može se izreći i s rokom kušnje u trajanju od šest mjeseci do dvije godine. Isto tako, Pravilnikom je propisan iznos novčane kazne koji ne može biti niži od 1.000,00 kn niti viši od 10.000,00 kn.⁷⁶

⁷⁴ Članak 56. Pravilnika o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika

⁷⁵ Članak 56. Pravilnika o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika

⁷⁶ Članak 56. Pravilnika o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika

I Hrvatska komora zdravstvenih radnika podzakonskim je propisom uvela tzv. institut *nedostojnosti* za svoje članove iako takva mogućnost nije predviđena Zakonom o zdravstvenim djelatnostima.

8.1. Disciplinska tijela Hrvatske komore zdravstvenih radnika

Sud Komore prvog i drugog stupnja disciplinsko je tijelo Hrvatske komore zdravstvenih radnika koji sudi u vijeću sastavljenom od četiri člana, predstavnika svakog Strukovnog razreda. Zanimljivo je da u radu Suda Komore sudjeluje i pravnik kao pravni savjetnik sudaca, ali on nema pravo glasa.

ZAKLJUČNO

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.

SUMMARY

BASICS OF DISCIPLINARY RESPONSIBILITY OF HEALTH CARE WORKERS

This paper provides a description of basics of disciplinary responsibility of health care workers regarding medical doctors, doctors of dental medicine, pharmacists, medical biochemists, nurses, midwives, physiotherapists and other health care workers. Paper also provides content of disciplinary responsibility, disciplinary measures and penalty for every group of health care workers with allegation of every disciplinary body of each chamber within the health system.

POPIS CITIRANIH PROPISA

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, broj 150/2008, 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 144/2012, 82/2013, 159/2013, 22/2014, 154/2014

Zakon o liječništvu, Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008

Zakon o dentalnoj medicini, Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008, 120/2009

Zakon o ljekarništvu, Narodne novine, broj 121/2003, 143/2006, 35/2008, 117/2008

Zakon o medicinsko biokemijskoj djelatnosti, Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008

Zakon o sestrinstvu, Narodne novine, broj 121/2003, 117/2008, 57/2011

Zakon o primaljstvu, Narodne novine, broj 120/2008, 145/2010

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Narodne novine, broj 120/2008

Zakon o zdravstvenim djelatnostima, Narodne novine, broj 87/2009

Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore, www.hlk.hr

Pravilnik o nadležnosti, ustrojstvu i načinu djelovanja Časnog suda pri Hrvatskoj stomatološkoj komori, www.hkdm.hr

Pravilnik o radu i kaznenim mjerama Stegovnog suda Hrvatske ljekarničke komore, www.hlj.k.hr

Pravila o ponašanju i odgovornosti u struci članova Hrvatske komore medicinskih biokemičara, www.hkmb.hr

Pravilnik o pravima i odgovornostima medicinskih sestara, www.hkms.hr

Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske komore primalja, www.komora-primalja.hr

Poslovnik o radu Suda Hrvatske komore primalja, www.komora-primalja.hr

Pravilnik o pravima i odgovornostima fizioterapeuta, www.hkf.hr

Pravilnik o pravima i odgovornostima članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika, www.hkzr.hr

Prof. dr. sc. Hajrija Mujović Zornić
naučni savetnik Instituta društvenih nauka

ASPEKT MEDICINSKOG PRAVA U POGLEDU DOPUŠTENOSTI I PRISTANKA NA "OFF-LABEL" PRIMENU LEKOVA

UDK: 61 : 349

614. 25 : 616 - 08

Primljeno: 19. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Ovaj rad polazi od činjenice da je u medicini, posebno u današnje vreme, primena terapije lekom postala raširena i redovna praksa lečenja pacijenata. Razlikuje se odobrena i neodobrena terapijska primena lekova. Cilj rada je usmeren na to da rasvetli pravni osnov odstupanja od odobrene primene lekova, koja time ulazi u sferu neodobrene *off-label* primene leka i koja se kao takva dešava u savremenoj medicinskoj praksi. Kakav je praktični i pravni značaj tih odstupanja, da li se za njih odgovara? Predmet rada se kreće u okvirima terapijske slobode lekara, neodobrene primene leka, kao i primene načela pristanka pacijenta u vezi sa tim (*informed consent*). Ovaj rad se koristi istorijskim i uporedno-pravnim pristupom, kao i metodom tumačenja pozitivnih propisa i različitih stručno-medicinskih akata. Iz obrađene teme saznaje se o razvoju prakse, te koristima i rizicima neodobrene primene lekova, koja često poprima krajnje personalizovanu formu i vezana je za posebna zdravstvena stanja. Obuhvataju se brojni modaliteti takve primene. Zaključuje se da je praksa koja odstupa od onoga što je standardno i uobičajeno u korišćenju lekova izraz terapijskih sloboda lekara koje ne treba umanjivati ukoliko se kreću u granicama poštovanja osnovnih prava pacijenta i važećih profesionalnih stavova i vodiča za takvu njihovu upotrebu. Pojedine države, u koje se ubraja i Srbija, još nisu usvojile medicinske vodiče za *off-label* primenu lekova. Bez obzira na to pravna analiza osobenih slučajeva terapijskih postupanja i ishoda zavređuje svaku pažnju.

Ključne reči: *zdravstvena zaštita, lekovi, neodobrena primena, sloboda terapije, načelo pristanka informisanog*

UVOD

Masovna proizvodnja i upotreba lekova uzrokovana je brzim razvojem farmaceutske industrije i danas sve više uzima maha. Moderni lekovi postali su ne samo delotvorni već i specifični po modalitetima svog delovanja. Svaka terapija lekom pretpostavlja saradnju koja uključuje pacijenta, lekara, farmaceuta i druge davaoce medicinskih usluga. Postoje takođe novine u farmaceutskoj praksi, kao što su metode lične prodaje lekarima i zdravstvenim organizacijama, i metodi kompjuterski asistiranog prepisivanja lekova.¹ Na drugoj strani, brojne

¹ Guidelines for Pharmacy services on line (oktobar 2001), Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU www.pgeu.org); SIAMED 2000; Statements concerning Electronic Prescribing, World Congress of International Pharmaceutical Federation, Singapore (2001).

promene u terapijskim postupanjima otvaraju i određena pravna pitanja. Postoje različita medicinska stanja kad se u toku ili nakon preduzete dijagnostike aplikuje potreban lek i to je najčešći ishod procesa lečenja. Pacijent u toku lečenja može uzimati različite lekove ili lekovita sredstva. On takođe postaje aktivni učesnik u slučajevima izdavanja ili prodaje lekova na slobodnom tržištu, a uzima lekove i kada je subjekt kliničkog ispitivanja lekova. Radnje aplikovanja lekova vrši se lično kad ih uzima konzument lekova (*per os*), ili se u indikovanim slučajevima lekovi uvode pacijentu od strane trećih lica (infuzije, injekcije i sl.).² Sve opisane radnje za pravo su relevantne, kako sa stanovišta elemenata javnog, upravnog tako i građanskog prava. To pokazuje da stanje i zaštita svih pacijentovih prava, pa i njegovih korisničkih prava predstavljaju važan i neodvojiv segment u zaštiti ljudskih prava u vezi sa zdravljem. Medicinskopravni aspekt ne daje još uvek odgovore na sva otvorena pitanja u vezi sa uzimanjem lekova. Reč je o pristupu sa aspekta pacijentovih prava, što nameće razmatranje kategorije lekova kao izvora zdravlja, a u manjoj meri kao farmaceutske robe na tržištu.³ Tretman pacijenata i profesionalni aspekti lekarskog i farmaceutskog rada shvataju se u terapijskom smislu i korektno izbalansirani u interesu svakog pacijenta.

Na nacionalnom nivou države imaju važeći sistem uređenja oblasti lekova koji je zasnovan na donošenju odgovarajućih zakona i drugih podzakonskih propisa. Definišu se prava i obaveze, posebno u pogledu kvaliteta, efikasnosti i sigurnosti lekova.⁴ Usvajaju se i nacionalni standardi u farmaciji, koji proizilaze iz drugih akata usvojenih ili donetih od službenih tela komora, kao i vodiča, preporuka ili drugih objava strukovnih organizacija u medicini i farmaciji. Principi zdravstvene zaštite takođe su objedinjeni u konceptu dobre farmaceutske prakse.⁵ Generalno, razvoj zakonodavstva koje se tiče lekova u prošlosti je često bio iniciran upravo zbog štetnih posledica uzrokovanih uzimanjem lekova. Novi zakoni su se donosili u cilju obezbeđenja veće sigurnosti lekova za ljude i životinje. Licenca za lek podrazumeva dokazanu efikasnost, bezbednost i kvalitet leka. Propisivanje leka van propisanog uputstva za lek može imati nepredvidive posledice. Proces licenciranja lekova upravo je i uveden 60-tih godina prošlog veka kao mera koja bi trebala da spreči tragedije izazvane lekovima kao što je bila npr. talidomidska katastrofa. Lekovi su trebali da zadovolje visoke zahteve za bezbednošću u

² T. Kažić, *Klinička farmakologija*, Medicinska knjiga, Beograd/Zagreb, 1980, str.92.

³ H.Mujović Zornić, *Farmaceutsko pravo*, Beograd, 2008, str.12.

⁴ Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima (ZLMS), "Sl. glasnik RS" br. 30/2010 i 107/2012; Videti više: Arzneimittelgesetz (AMG, BGBl. I Nr. 73 vom 15.12.2005, 02.09.2015 S), Code de la santé public (1979), Medicines Act (1968).

⁵ Guidelines for Good Pharmacy Practice, International Pharmaceutical Federation (FIP) u Tokyo-u (1993); WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations (2014) www.who.int/medicines/areas/quality.../expert_committee/TRS981.pdf

prometu kao što su kvalitet, delotvornost i bezopasnost. Pored zahteva za dozvolom i deklaracijom leka ustanovljavaju se takođe centralno praćenje rizika leka, procena i koordinacija prema važećim međunarodnim i nacionalnim standardima. Obavljanje ovih poslova, po pravilu, vrše kompleksne strukture, u kojima nadležnost za sprovođenje propisa nemaju samo zvanična tela u toj oblasti, već i ostali državni organi. Određene ingerencije ima i ministarstvo zdravlja, i to u odnosu na data ovlašćenja i odgovorne institucije.⁶ Praćenje rizika tiče se svih lekova koji se nađu u prometu i ne ograničava se samo na registrovane ili samo na gotove lekove. Ovlašćenja otuda treba da obuhvate sve momente u kretanju nekog leka. Regulatorna agencija za lekove može na osnovu stvarne nadležnosti ispitati štetnost leka putem veštačenja, kada u zavisnosti od rezultata dolazi do puštanja leka u promet ili do njegovog povlačenja iz prometa.

GOTOVI LEKOVI I ODOBRENA PRIMENA LEKA

Gotovi lekovi jesu mono-preparati ili kombinovani preparati koje izrađuje farmaceutske proizvođač. Gotovi lekovi su prethodno industrijski pripremljeni, a potom stavljeni na tržište u pakovanjima spremnim za distribuciju neposrednim korisnicima. Oni podležu strogim postupcima dozvole i registracije kog nadležne državne agencije za lekove.⁷ Sa širenjem industrijske proizvodnje gotovi lekovi preovlađuju na tržištu lekova. Za razliku od ovih lekova, postoje takođe lekovi koji se spravljaju po recepturi, odnosno koji se pojedinačno pripremaju i po potrebi odmah izrađuju od strane apotekara ili ovlašćene laboratorije (tzv. galenski i magistralni lekovi).⁸ Svaki lek koji je na tržištu nosi svoju individualnu i od nadležnog tela odobrenu primenu. Takvu primenu prati uputstvo sa detaljnim objašnjenjem u pogledu korišćenja i doza zasnovanim na rezultatima kliničkih studija koje je proizvođač leka podneo u zahtevu za dozvolu leka.⁹

Proizvođač ima dužnost da obaveštava obe strane, i davaoce zdravstvenih usluga i pacijente. Precizno definisano uputstvo, uključujući i indikacije za lek, rezultat su adekvatnih dugogodišnjih pretkliničkih i kliničkih ispitivanja. Bitne informacije o gotovim lekovima jesu: upozorenja i instrukcije kako za potrošače

⁶ Čl.135 ZLMS (Ministarstvo zdravlja na predlog Agencije za lekove Srbije, ALIMS), *op.cit.*; Videti više: U.Güdden, »Bedenkliche Rezepturarzneien – Zugleich ein Beitrag zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen Arzt und Apotheker«, *Medizinrecht*, 3/1991, str. 126.

⁷ Videti više: izdavanje dozvole za lek po ubrzanom postupku, uslovna dozvola za lek i dozvola pod posebnim okolnostima (čl. 34-36), ZLMS, *op.cit.*

⁸ A.Laufs./W.Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, Verlag C.H.Beck, München, 1999, str.1092-1093; M.Vogeler, *Das Verhältnis von Arzthaftung und Arzneimittelhaftung*, Göttingen, 1983, str.136.

⁹ J.Radišić, *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*, Beograd, 1987, str.241.

tako i za eksperte saglasno važećem nivou naučnog saznanja. Na primer, gotov lek u slučaju lekova koji mogu biti izdati samo na recept imaju oznaku "recept-samo", a u slučaju drugih lekova koji mogu biti prodati potrošaču u apoteci, oznaku "apoteka-samo". Gotovi lekovi mogu da se izdaju, odnosno prodaju uz ispunjenje uslova da su propisno upakovani, snabdeveni nazivom i da sadrže neophodne informacije u uputstvu za upotrebu. U pogledu informacija zahteva se naročito označavanje imena leka, medicinski aktivnih sastojaka, farmakološkog oblika, imena proizvođača, polja primene, kontra-indikacija, sigurnosne zaštite za upotrebu, interakciju sa drugim proizvodima u onoj meri u kojoj mogu uticati na delotvornost leka, uputstva za doziranje uključujući i metod uvođenja leka, trajanje davanja, obaveznog postupanja za slučaj predoziranja, i pratećih dejstava.¹⁰

Lekar je u obavezi da propisuje lekove koji su registrovani u Srbiji. Ovi lekovi su prošli proceduru registracije u Agenciji za lekove i medicinska sredstva Srbije koja garantuje efikasnost, bezbednost i kvalitet. Ako određeni lek nije u režimu recepta već u slobodnoj prodaji, to je razlog da lekar njegova svojstva pažljivo proveri u stručnoj literaturi. Kada deklaracija leka nije ispravna ili nedostaje potrebno upozorenje o kontraindikacijama i neželjenim pratećim efektima, lekar ima dužnost da to prijavi i da se informiše na drugi način. Budući da treba da bude upoznat sa osnovnim i sporednim dejstvima konkretnog leka, lekar ne sme da prihvati uputstvo proizvođača koje očigledno ima nedostatak i ako ga ne povuče iz upotrebe ne može izbeći sopstvenu odgovornost. Otkrivena greška u instrukciji leka upravo treba da učini lekara mnogo pažljivijim, odnosno da reaguje i službeno proveri podatke o leku.¹¹

SLOBODA TERAPIJE OD STRANE LEKARA

Prava lekara da odlučuje o osetljivim pitanjima koja se odnose na zdravlje i život čoveka podrazumevaju posebnu ličnu odgovornost i dužnost lekara da pruža odgovarajuće zdravstvene usluge kako je to sadržano u etičkim načelima obavljanja profesionalnih dužnosti o etičkom ponašanju i čuvanju plemenite tradicije lekarskog poziva.¹²

Lekar je načelno slobodan da izabere način terapije lekom za svog pacijenta. Ova sloboda zasnovana je na ustavnom pravu i strukovnim pravilima vezanim za

¹⁰ E.Deutsch, *Medizinrecht*, 3 Auflage, Berlin/New York, 1997, str.538-540; Council Regulation (EEC) No. 2309/93, Community procedures for the authorization and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (OJ EC No.L 214).

¹¹ Radišić, Profesionalna odgovornost, *op.cit.*, str. 251.

¹² član 5 Kodeksa profesionalne etike Lekarske komore Srbije, "Sl.glasnik RS", 121/2007.

slobodu profesionalnog izbora, ali se ne radi o neograničenom pravu. Ono je pre svega ograničeno kroz zakon, precizirajući da članovi medicinske profesije imaju dužnost da primenjuju već testirane i naučno proverene lekove saglasno važećem medicinskom standardu, takvom kakvo je primereno savremenim dostignućima medicinske nauke i struke.¹³ Sloboda lekara u pogledu terapije znači da lekar može da izabere između raspoloživih medicinskih postupaka, da donese odluku, i tu leži osnov slobodne procene postupanja.¹⁴ Lekar je dužan da svojim iskustvom i profesionalnom etikom donese odluku koji metod ili koji lek će se u konkretnom slučaju primeniti, što je važno za saglasnost informisanog pacijenta,. Osnov dužnosti savetovanja i ovlašćenja ne znači još i preduzimanje lečenja. Pravna rešenja ne uspostavljaju prvenstvo lekarskoj delatnosti, već štite slobodu terapije. Ipak, obaveza savetovanja i sloboda terapije počivaju na različitim pravnim osnovama. Dužnost savetovanja predstavlja pitanje sigurnosti leka, dok se sloboda izbora terapije bazira na samoodređenju pacijenta i obavljanju službenih dužnosti od strane lekara. Polazi se od toga da se stav lekara i pacijenta o terapiji odnosi na predstavu o ispravnom terapijskom putu koji treba preduzeti. Pravo načelno ne treba da ulazi preko suda u raspravu o metodama u medicini, jer bi to bilo nedozvoljeno ograničavanje metoda lečenja. Zakonodavac može da propisima redukuje ponudu terapijskih lekova onda kad postoji sumnja u njihovu opasnost štete po čoveka, tako što se propisuje zahtevna procedura registracije leka. Ukoliko bi bio u pitanju opasan lek, njegova primena se odbija ili se on povlači iz prometa, a pravo odlučivanja o njegovoj primeni se praktično oduzima i lekaru i pacijentu, jer ni tada ne postoji neograničena sloboda terapije.¹⁵ Zakonodavac usvajanjem takvih rešenja ukazuje na sferu rastućih rizika, a to proizilazi iz označenog cilja da se unapred uspostavi što je moguće veća sigurnost leka. Zakonodavac treba da sa donošenjem zakona iz svoje kompetencije učini ograničenje terapijskom sredstvu, kao što je lek. Zakon propisuje da je zabranjeno stavljati u promet opasne lekove. Opasan je lek kod koga se po preovlađujućim naučnim stavovima osnovano smatra da on kod određene upotrebe ima štetna dejstva.¹⁶ Merilo za procenu da je neki lek opasan jeste uvek stanje naučnog saznanja. Ono se od strane nadležnih tela na nacionalnom nivou objavljuje u formi informatora i upozorenja o lekovima. Svaki lekar je dužan pre prepisivanja leka da se upozna sa njegovim sporednim dejstvima i drugim relevantnim informacijama. Ako je lek stepenovan kao opasan, nije dovoljno samo naslućivanje škodljivosti, već pored toga sumnja

¹³ D.Malicier et al, *La responsabilité médicale*, Lyon, 1992, str.36.

¹⁴ Güdden, *op.cit*, str. 127.

¹⁵ H.Möller, A-F.Aly, Definitionen zu Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin*, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), 106/2012, str.709—711.

¹⁶ Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch, op.cit*, str. 1091.

mora biti zasnovana na naučnom saznanju ili iskustvu. Kao što sadrži zabranu prometa opasnih tj. nesigurnih lekova, zakon štiti i neobaveštenog potrošača od obmane. Smatra se da se potrošač čuva ne samo od oštećenja zdravlja već i od preteranih očekivanja.¹⁷

Za izdavanje mnogih vrsta lekova zahteva se njihovo prepisivanje, što traži recept kao pismenu naredbu lekara farmaceutu u vezi sa pravljenjem, izdavanjem ili korišćenjem leka.¹⁸ Sami lekovi se klasifikuju kao oni koji se daju na recept kada se od strane kompetentnih tela u farmaciji smatra da medicinski proizvod treba samo da bude korišćen na osnovu lekarske naredbe. To je slučaj i kad postoje potencijalni problemi združeni sa korišćenjem leka koji čine neophodnom medicinsku superviziju pacijenata podvrgnutim tretmanu tog leka. Kada se ovi kriterijumi ne primenjuju, medicinski proizvod je na raspolaganju za upotrebu bez lekarskog naloga.

Prepisani lekovi se smatraju »ličnim« lekovima, budući da su vezani za ličnost pacijenta i mogu biti korišćeni u mnogim varijantama bolesti i rangu doziranja. Indikacija, namenjena upotreba i doza izvedeni su u konkretnom slučaju, u odnosu na specifičnog pacijenta od strane ordinirajućeg lekara. Lekar koji prepisuje lek ima nekolike dužnosti koje se tiču načina i elemenata sprovođenja naredbe izdavanja i eventualno pripreme leka. Pre svega lekar treba da bude informisan o predviđenim svojstvima leka, i u isto vreme, on obaveštava pacijenta, posebno o rizicima upotrebe leka. Lekar može da dođe do takvih podataka na različite načine, putem stručne literature, ekspertskih publikacija, »crvene liste«, javnih objava raznih komisija, kroz samu deklaraciju leka, ili da traži direktnu informaciju od proizvođača. Kad prepisuje lek odinirajući lekar treba da obezbedi njegovu sigurnu upotrebu i da izvrši kontrolu njegove primene.

ODSTUPANJE OD PRAVILA ZA PRIMENU GOTOVOG LEKA – NEODOBRENA PRIMENA LEKA

Eksperimentalna primena leka

Širi pogled na pitanja primene lekova odnosi se na medicinska istraživanja, kliničke studije i nove terapijske tretmane koji imaju karakter neispitanog medicinskog oglada lekom. Stoga ni pravni režimi pod koji oni potpadaju nisu isti i deo su jednog šireg konteksta koji treba razumeti. U prošlosti je eksperimentalni

¹⁷ Ärztebevorzugungsverbot für Apotheker und Apothekenpersonal, BGB § 138 Abs; ApoG §§ 11.12; MBO-Ä §34; OLG Hamm, Urt.v. 29.8.2006-19 U 39/06 (LG Dortmund).

¹⁸ Čl.52-54 ZLMS, *op.cit.*

tretman generalno malo bio vidljiv, bio je prihvatljiv samo incidentno kao jedini preostao pristup, jedini izlaz u lečenju. Tipičan je slučaj u kome lekar tretira pacijenta sa malignom bolešću sa alternativnim lekom *Laetrile R (amygdalin)*.¹⁹ Pravilo je da postoji jasna razlika između upotrebe poznatog oblika terapije za ustanovljenu svrhu, i slobodnog eksperimenta lekom na čoveku radi toga da se dođe do novog saznanja, odnosno ishoda lečenja. Ipak, postoji jedan središnji prostor koji bi mogao biti nazvan kao eksperimentalna terapija. To je u vezi sa pokušajima da se leče pacijenti sa stanjima gde terapija koja nije za to ustanovljena može dokazano biti efektivna. Pod tim uslovima lekar sme da brani pokušaj da primeni još nedokazan ali obećavajući način tretmana lekom koji je raspoloživ. Pristup je danas postao mnogo upadljiviji sa pritiskom od strane udruženja pacijenata, naročito obolelih od HiV-a da im se omogući pristup novim lekovima u eksperimentalnoj fazi koji još nisu prihvaćeni od regulatornih tela za lekove. Takav pritisak, iako razumljiv, pojavljuje se kao refleksija na verovanje da je regulacija lekova birokratski formalizovana i da kasni sa uvođenjem novih proizvoda. U nekim zemljama se kašnjenja dešavaju zbog činjenice da je većina novih lekovitih supstanci koje su testirane na čoveku ili krajnje neaktivne ili disproporcionalno opasne. Iz tih razloga se primene novih i eksperimentalnih lekova odbijaju. U današnje vreme formalno razlikovanje između ustanovljenog i neustanovljenog tretmana lekom izgleda kao poređenje sa lekom koji nije proveren i registrovan za prodaju kao siguran u nacionalnoj regulatornoj agenciji. To je nesumnjivo najsigurniji kriterijum koji bi sud najradije da vidi kada dođe do spora. Regulatorni status novog leka može ipak da se razlikuje od države do države, uopšteno i zbog varijacija u medicinskom pogledu. Posebno je u SAD bio organizovan pokret radi osude upotrebu registrovanih lekova za neproverene svrhe kao neodgovornog ili čak nezakonitog postupanje. Opšti pogled u SAD i Evropi je ipak bio da se lekaru to omogući i da se ima sluha za upotrebu leka za neuobičajene namene, posebno ako se citira objavljen dokaz u podršci tog metoda, i neće se smatrati da time lekar radi neodgovarajuće ili nezakonito. U jednom slučaju u Švedskoj disciplinsko veće pokazalo je razumevanje za činjenicu da je lekar pokušao da tretira neizlečivo psihijatrijsko stanje sa neuobičajeno velikom dozom *haloperidola* i *clonazepam* uprkos sumnji da je terapija čudna.²⁰ Tamo gde lekar smatra, bilo na njegovu ličnu inicijativu ili pod pritiskom rodbine pacijenta da bi neprobana terapija mogla biti odlučujući pokušaj njegova prva dužnost je nesumnjivo da ispita bilo šta od dokumentacije koja bi bila podobna da ukaže na koristi i rizike leka koji je u pitanju. Posle toga on treba da razmotri

¹⁹ G.Dukes/M.Mildred/ B.Swartz, *Responsibility for Drug-Induced Injury*, Amsterdam/Washington DC, 1999, str.188.

²⁰ *Ibid.*

te solucije pažljivo sa pacijentom ili njegovom rodbinom. Zabeležen je i sporni slučaj u kome je lekar pokušao da leči reumatizam na netradicionalan način sa injekcijama kombinovanih muških hormona testosterona i ženskih hormona progesterona. Posle nekoliko injekcija pacijent je iskusio oticanje članaka i gubitak kose, a simptomi su bili reverzibilni. Disciplinska komisija je istakla da metod nije naučno dokazan i da je lekar propustio da objasni pacijentu na bilo koji način prirodu lekova koju mu predlaže da uzme. Pored toga komisija je naglasila da je ustanovljen način tretmana reumatizma bio dostupan i važeći, kao i da je korišćenjem nedokazane terapije pacijent bio lišen efektivnog oblika tretmana. Lekar je bio osuđen. U ovom slučaju disciplinski postupak zasnivao se na kritičkom pogledu na medicinske i etičke osnove, a ne na tome da li je to dozvoljeno od strane regulatornog tela ili ne. Reakcija na pritisak da se dopuste nedokazani i eksperimentalni lekovi za primenu kod drugačijih, neizlečivih stanja učinila je kompleksnijom i pravnu situaciju. Određenu ulogu imaju i pitanja opravdanosti i pristanka na tretman. Tamo gde je došlo do eksperimentalne terapije traži se od lekara posebno savetovanje o neželjenim dejstvima, u pogledu neadekvatne dokumentacije i neodređenih reakcija. U jednom slučaju je pacijent sa multipnom sklerozom tražio eksperimentalnu upotrebu citostatičkog leka *azathioprin* koji je hematotoksičan.²¹ Lekar koji prepisuje lek konsultovao je starijeg lekara koji je ukazao na potrebu mesečne kontrole krvi, ali je ordinirajući lekar propustio da proverava kompjuterski date podatke za svaku nedelju. Došlo je do oštećenja krvi koje je tražilo intenzivni tretman. Svi sporni slučajevi pokazuju da nekada postoji samo fina linija razdvajanja između nepriznate ali *bona fide* terapije lekom i nedopuštenog činjenja.

Off-label primena leka

Po pravilu svaka primena leka vrši se u skladu sa dozvolom za promet koju je izdao regulatorni organ i ona predstavlja *on-label* primenu.²² Ipak, u praksi postoje izuzeci. Najkraće objašnjenje slučajeva *off-label* primene lekova bila bi odstupanje od pravila za primenu određenog leka, pri čemu se u literaturi koriste i drugi izrazi kojima se ukazuje na slučajeve koji predstavljaju takav vid primene lekova, što čini širi pristup lekovima.²³ Najčešći izraz je neodobrena (neoznačena) primena leka uz naglasak da sam lek može biti odobren tj. snabdeven dozvolom, ali da se njegova primena na drugačiji način smatra neodobrenom u odnosu na ono što je predviđeno i opisano u deklaraciji leka. Govori se i o neovlašćenju upotrebi leka ili promeni upotrebe leka koja nije u skladu sa informacijom o

²¹ *Ibid.*

²² Pravilnik o sadržaju dozvole za stavljanje leka u promet, "Sl. glasnik RS", 30/2012.

²³ Izrazi: *compassionate use* (unlicensed, unregistered) i *off label use* (unlabelled, unapproved), *ibid.*

proizvodu.²⁴ Odstupanja od redovne primene leka mogu biti različita, kao što su: 1) primena leka van indikacije, 2) primena leka u neodgovarajućoj dozi (veća, manja), nepoštovanje intervala doziranja, 3) primena leka u uzrastu za koji nije odobren, 4) alternativni put davanja leka, 5) primena leka kad je kontraindikovano, 6) primena leka ili farmaceutskog oblika koji nema dozvolu za promet izdatu od nadležnog regulatornog tela.

U lekarskim krugovima vlada mišljenje o dopuštenosti *off-label* primene lekova koja podrazumeva primenu leka mimo odobrenih indikacija, za neodobrenu starosnu grupu, sa drugim režimom doziranja ili sa drugačijim načinom primene. Vremenom je sve veći broj lekara počeo da priznate lekove koristi u nepriznate svrhe, a došli su i do toga da mogu da dobiju zvaničnu dozvolu da uvezu neregistrovani lek radi lečenja individualnih pacijenata koji ne odgovaraju na drugu terapiju. To se tumače time što takva primena nije izričito zabranjena a deo je dobre prakse drugih država i često se dešava u pedijatriji, neonatologiji, gerijatriji, psihijatriji i onkologiji. Lekovi na recept se nekad propisuju za korisnike drugačije nego što je odobreno od strane agencija za lekove. Takva praksa prepisivanja postala je pravno dopuštena i poznata. U SAD istraživanja pokazuju da na svakih pet receptata dođe jedan slučaj terapije koja odstupa od redovne namene, bez obzira što kod nekih postoji neznanje o tome da lekar ima slobodu da prepíše lek za neku drugu indikaciju, mimo one koja je medicinski primerena. Primena koja odstupa od pravila postala je toliko česta da skoro svaki lek pod određenim okolnostima može biti tako korišćen. Na primer lek *nadolol*, beta-blokator, već duži niz godina se uzima da spreči migrenu, što nije njegova odobrena upotreba. Koristi od takve upotrebe leka mogu proizaći naročito za pacijente koji su iscrpeli sve druge isprobane opcije lečenja kao što mogu biti kod retkih bolesti i kancera. Prema Američkom udruženju za rak, tretman kancera često uključuje *off-label* upotrebu određene hemoterapije lekovima, zbog toga što oprobana hemoterapija lekom za jedan tip kancera može aktuelno da pogađa više različitih tumora. Promenjena upotreba leka ili kombinacija lekova često se smatra prihvatljivim standardom nege za takve pacijente.

Mnoge od država u ovoj oblasti, za razliku od Srbije, imaju registre *off-label* upotrebe lekova i vodiče za njihovo propisivanje i primenu.²⁵ U Srbiji se mogu pročitati objave koje u vezi sa tim daju proizvođači lekova na sajtu ALIMS-a u cilju objašnjenja ili upozorenja na osobenost *off-label* upotrebe određenog leka.²⁶ Razlozi zbog kojih se lekari odlučuju za *off-label* propisivanje lekova su

²⁴ Möller/Aly, *op.cit.*, str.710.

²⁵ www.registrarcorp.com/FDA-Registration/

²⁶ <http://www.alims.gov.rs/latin/2014/10/06/pismo-zdravstvenim-radnicima-u-vezi-sa-neodobrenom-off-label-primenom-leka-simulect-baziliksimab-u-transplantaciji-srca/>

nedostatak lekova za određenu indikaciju ili za određenu starosnu grupu. U praksi, lekari prepisuju lekove na osnovu vlastitog ili iskustva drugih kolega. Nema jedinstvenog stava o neodobrenoj primeni lekova, ali je sve više udruženja lekara i regulatornih tela koji je odobravaju uz poštovanje određenih stručnih i zakonskih uslova. Primena tih lekova ima svoje mesto u praksi i široko je prihvaćena. Ona nije u suprotnosti sa važećim zdravstvenim standardima. Formiraju se registri za takvu primenu lekova. Sve primene koje nisu standardne i koje su okrenute individualnom pacijentu povezuju sa slobodom lečenja, izborom terapije i prepisivanja lekova koje stoje na strani lekara, kao i sa načelima ispunjenosti etičkih i pravnih standarda za primenu do tada na taj način neodobrene ili nestandardne terapije.²⁷

Smatra se da je *off-label* primena dopuštena i sa stanovišta Helsinške deklaracije, vodećeg dokumenta kada su u pitanju medicinska istraživanja. Njome se predviđa da u lečenju pacijenta, gde dokazane intervencije ne postoje ili nisu bile efikasne, lekar, nakon saveta stručnjaka, uz pristanak pacijenta ili pravno ovlašćenog zastupnika, može koristiti nedokazanu intervenciju u lečenju pacijenta, ako ona prema procenilekara nudi nadu za spašavanje života, ponovno uspostavljanje zdravlja ili ublažavanje patnje.²⁸ Od značaja je naglasiti takvu primenu ako se uzme u obzir da se mnogi pacijenti veoma često leče kroz kliničke studije i posebno odobrene protokole. *Off-label* primena lekova u Srbiji kod odraslih najčešće se dešava u terapiji karcinoma i AIDS-a. Ovakva upotreba je opravdana činjenicom da su mnogi lekovi u fazi istraživanja i da je veća korist od rizika ukoliko se oni primene. Odluku o primeni leka *off-label* donose stručnjaci na osnovu dokaza zasnovanih na naučnim činjenicama i uz pristanak pacijenta. Ako se problem neodobrene primene lekova u Srbiji tumači sa stanovišta važenja zakonske odredbe o primeni novih zdravstvenih unapređenja i eksperimentalnih metoda, onda se osnov takve primene vidi u tome da odredba Zakona o zdravstvenoj zaštiti obuhvata i bezbedne, kvalitetne i efikasne lekove, medicinska sredstva i procedure za pružanje zdravstvene zaštite.²⁹ Takva praksa dovodi se u vezu sa personalizovanim pristupom u lečenju pacijenata.

²⁷ S. Goločorbin Kon/ I.Ilićковиć/ M.Mikov, "Razlozi i učestalost off-label primene lekova", *Medicinski Pregled*, 1-2/ 2015, LXVI, str. 35-40.

²⁸ Declaration of Helsinki (DoH), WMA's policy statement, 1964, amn.General Assembly in October 2013; <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>

²⁹ U sprovođenju zdravstvene zaštite zdravstvena ustanova i privatna praksa dužne su da primenjuju naučno dokazane, proverene i bezbedne zdravstvene tehnologije u prevenciji, dijagnostici, lečenju i rehabilitaciji. Pod zdravstvenim tehnologijama podrazumevaju se sve zdravstvene metode i postupci koji se mogu koristiti u cilju unapređivanja zdravlja ljudi, u prevenciji, dijagnostici i lečenju bolesti, povreda i rehabilitaciji, koji obuhvataju bezbedne, kvalitetne i efikasne lekove i medicinska sredstva, medicinske procedure, kao i uslove za pružanje zdravstvene zaštite. Procenu ovih uslova vrši nadležna komisija kao stručno telo na osnovu analize medicinskih, etičkih, društvenih i ekonomskih posledica i efekata u pružanju zdravstvene zaštite (Član 67 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, *op.cit*).

PRAVA I DUŽNOSTI PACIJENTA KAO KORISNIKA LEKA

Svaka primena leka znači ulaženje u ljudsko telo i zbog toga on pretpostavlja saglasnost informisanog pacijenta.³⁰ Forma pristanka je ovde odlučujuća kao i kod kliničkih ispitivanja budući da treba prepoznati da li je raspoloživa informacija nedovoljna ili pogrešno izvedena i da li je u nekim slučajevima pristanka verovatno da se on daje pod prinudom teške bolesti ili preteće smrti. Eksperimentalni tretman sa elementima neizvesnosti ne treba nikad da bude opisan kao pošten i bez rizika. Iako se sugerše da pisani pristanak nije potreban, bolje ga je uzeti naročito ako su pacijent i porodica oni koji traže tretman.

Ovde takođe nalazi primenu posebna zakonska odredba koja se tiče pacijentovog prava da od nadležnog zdravstvenog radnika blagovremeno dobije obaveštenje koje mu je potrebno kako bi doneo odluku da pristane ili ne pristane na predloženu terapijsku meru. Obaveštenje o tretmanu treba da obuhvati: dejstvo lekova i moguće sporedne posledice tog dejstva.³¹ Bez pristanka pacijenta ne sme se, po pravilu, nad njim preduzeti nikakva medicinska mera, pa ni davanje leka u cilju tretmana.

Kod redovne primene lekova takođe postoji dužnost upozoravanja na sporedna dejstva leka. Lekareva dužnost da upozorava o neželjenim pratećim dejstvima nije apsolutne prirode i ona je uslovljena stanjem pacijenta koga leči. Ona je determinisana postupanjem razumnog pacijenta, čija saglasnost u stvari zavisi od obaveštenja. Reč je o vrsti sporednih dejstava, koja su relativno rizična i koja bi mogla biti ostvarena u konkretnom slučaju, i njihovog odnosa sa rezultatom koji se realno očekuju. Drugim rečima, nije neophodno informisati pacijenta o pratećim efektima leka koji su retki i gde postoji mala verovatnoća za njihovo ostvarenje u slučaju specifičnog pacijenta. Ovde ne bi imala uticaj odluka razumnog čoveka na njegovom mestu. U ovom slučaju smatra se da postoji prećutna saglasnost, koja proizilazi iz pacijentovog samoodređenja da bude medicinski tretiran.³² Situacija može biti drugačija kad su u pitanju predvidljiva ili teža, ili bar trajnija prateća dejstva. Ako bi, objektivno gledano, rizik uzimanja leka predstavljao manje zlo nego što je netretiranje ozbiljne bolesti koja se njime namerava da leči, pacijent ima pravo da kod mogućih težih posledica odluči sam hoće li se pomiriti sa njima. U svakom slučaju neophodno je da mu lekar pruži obaveštenje prilagođeno realnim okolnostima. Ako u toku terapije lekar nađe kod pacijenta do tada nepoznata prateća dejstva i kontraindikacije, obavezan je da prekine korišćenje tog leka i da naznači štetna dejstva kompetentnoj instituciji, odnosno komisijama za kontrolu

³⁰ Radišić, Profesionalna odgovornost, *op.cit.*, str.252.

³¹ Čl. 15 u vezi sa čl.11 Zakona o pravima pacijenata, "Sl. glasnik RS", br. 45/2013.

³² H.J.Rieger, *Lexikon des Arztrechts*, Berlin/New York, 1984, str. 835.

upotrebe lekova i farmakovigilancu.³³ Pacijent se može upustiti u razgovor o leku i tražiti obaveštenje vezano za specifičnu terapiju, moguća prateća suprotna dejstva, i interakcije sa drugim lekovima. On ima takođe pravo da odluči o planu nege pre i u toku tretmana, kao i da odbije preporučeni tretman ili plan lečenja. Svi kontakti, veze i savetovanje pacijenta treba da budu vođeni tako da štite pacijentovu privatnost.

U praksi *off-label* primene lekova ne postupa se saobrazno opštim pravilima i to je predmet diskusije. Uprkos važnosti koju može imati slučaj odstupanja od redovne primene leka, iznosi se takođe podatak da je malo pacijenata svesno da na taj način prima lek. Međutim, po pravilu se od lekara ne traži da kaže pacijentu da se lek koristi uz određena odstupanja. Prava pacijenata i dužnosti zdravstvenih profesionalaca stoje u korelaciji i to je opšte mesto. S druge strane, standard dužnosti lekara kada su u pitanju lekovi tumači se tako da lekar treba da primenjuje lekove sa znanjem, primerenošću, stručnošću i imajući u vidu njihovu opasnost.³⁴ Lekar može biti odgovoran za neželjene reakcije na lek, ali njegova odgovornost zavisi od toga da li je ta reakcija mogla da bude izbegnuta sa jednom razumnom pažnjom. Pitanje je za sud kako bi se savestan lekar u istoj situaciji ponašao ukoliko bi došlo do iste štete po pacijenta.

OBLASTI PRAKSE NEODOBRENE PRIMENE LEKOVA

Oblast pedijatrije

Ograničen izbor medikamenata u pedijatriji, uzrokovan nedostatkom kliničkih studija koje uključuju decu, pa samim tim i podataka o efikasnosti i neželjenim dejstvima posledica je etičke i zakonske regulative. U zavisnosti od terapijske oblasti, procenjuje se da između 50% i 90% lekova nikada nije evaluirano za primenu kod dece i novorođenčadi ali se svakodnevno koriste u praksi kao *off-label* i nelicencirani lekovi. Ona u SAD dostiže procenat da čak 62 % ambulantnih pedijatrijskih poseta rezultirala *off-label* receptom.³⁵ Vremenom je postalo jasno da se dečji organizam ne može posmatrati kao organizam odraslih u malom, jer se fiziološke karakteristike organizma deteta razlikuju od organizma zdrave odrasle osobe. Osim toga, u periodu od rođenja pa do adolescencije deca prolaze kroz najmanje četiri specifična perioda razvoja, pri čemu svaki od njih zahteva karakterističnu farmakoterapiju, odnosno klinička ispitivanja koja će potvrditi

³³ Radišić, Profesionalna odgovornost, *op.cit.*, str. 253.

³⁴ Dukes/ Mildred/ Swartz, *op.cit.*, str.188.

³⁵ *Srbija on line*, 21. decembar 2011. prof.dr Milica Bajčetić u emisiji Srbija on line.

efikasnost bezbednost i kvalitet leka za propisane indikacije i doze. Imajući u vidu sve navedene činjenice stručna javnost pokrenula je inicijativu za sprovođenje evaluacije lekova za pedijatrijske pacijente koja je rezultirala donošenjem zakona koji obavezuju proizvođače da prilikom registracije leka podnesu i klinička ispitivanja na osnovu kojih će lek dobiti licencu za primenu kod pedijatrijskih pacijenata, uključujući indikacije i doziranje za pedijatrijske pacijente. Međutim, većina lekova koja je registrovana na našem tržištu nema usklađen sažetak sa lekovima registrovanim u EU u smislu da je izostala informacija o primeni kod dece što pedijatra ograničava da taj lek upotrebi u Srbiji. Za lekove koji nisu do sada evaluirani za decu, primena u *off-label* kategoriji je prihvaćena od strane stručnjaka i u zapadno-evropskim zemljama regulisana zakonom. Uspostavljaju se registri neodobrenih i nelicenciranih lekova koji se primenjuju u pedijatriji i neonatologiji. U adultnoj medicini situacija je drugačija, s obzirom da su lekovi za odrasle propisno evaluirani potrebno je pridržavati se indikacija, doziranja i ostalih licencom propisanih informacija o leku. U Srbiji je *off-label* primena lekova zakonski neregulisana te stoga ne postoji ni posebno telo koje se bavi primenom lekova u pedijatriji. U praksi se primena leka, van odobrene indikacije upotrebnom dozvolom za lek u adultnoj medicini, uglavnom sprovodi na osnovu konzilijarne odluke stručnjaka i odluke etičkog komiteta ustanove u kojoj se lek primenjuje. To su uglavnom pojedinačni i veoma retki slučajevi. U Srbiji ne postoje protokoli za takvu upotrebu lekova, kako u pedijatriji tako ni u adultnoj medicini. Primena lekova *off-label* kod odraslih nije pravilo, kao što je to slučaj u pedijatriji, već izuzetak. Stroge etičke i zakonske regulative onemogućile su klinička ispitivanja lekova na deci i trudnicama, te se i danas lekovi propisuju kod ovih pacijenata uglavnom na osnovu stručnosti i iskustva. Dosadašnja iskustva su pokazala da *off-label* primena kod dece može biti korisna, bez efekta i štetna. Većina lekova koja nije propisno evaluirana koristi se u praksi dugi niz godina sa uspehom kao što je na primer, *indometacin*, nesteroidni antiinflamatorni lek koji se koristi u neonatologiji za indikaciju nehirurškog zatvaranja *ductusa arteriosus*-a. S druge strane, podaci iz literature jasno dovode u vezu primenu lekova sa pojavom neželjenih dejstava pa čak i fatalnih ishoda kod dece. Deca kao i odrasli treba da imaju ista prava na kvalitetnu bezbednu i efikasnu terapiju, a ona se može obezbediti samo primenom evaluiranih lekova. U praksi je lekar pre svega obavezan da pruži adekvatnu terapiju pacijentu pa se nekad dešava da je neophodno prepisati i lekove koji nisu registrovani. Po posebnoj proceduri reguliše se njihov uvoz i primena.³⁶ Na primer, većina lekova koja se koriste u terapiji tuberkuloze nije registrovana, ali se uz posebnu proceduru kod ALIMIS

³⁶ M. Bajčetić/T. Vidonja Uzelać, "Raspoloživost, efikasnost i kvalitet lekova u pedijatriji", *Arh.farm*, 62/2012, str. 279-287.

i RFZO-a uvoze i primenjuju u Srbiji. Svi ovi lekovi propisno su evaluirani i registrovani na drugim tržištima. Najčešći razlog što lek nije registrovan na nekom tržištu jeste nezainteresovanost farmaceutske kuće ukoliko je tržište malo i za njih neprofitabilno. Ukoliko neki lek nije registrovan na tržištu Srbije to ne znači da lek nije propisno evaluiran tj. efikasan, kvalitetan i bezbedan što nije slučaj kada je reč o primeni lekova van upotrebne licence.

Oblast retkih bolesti

U praksi postoje izraženi problemi u lečenju retkih bolesti iz razloga što je farmaceutska industrija rezervisana u pogledu finansiranja posebnih vrsta lekova (*orphan drug*) iz više razloga: 1) bolest ili stanje je suviše retko i ne predstavlja profitabilno tržište; 2) bolesti i stanja preovlađuju u siromašnijim slojevima industrijalizovanih zemalja ili u zemljama u razvoju u kojima su ljudi suviše siromašni da bi platili cenu leka koja obezbeđuje da nov lek bude profitabilan za proizvođača.³⁷ Organizacije pacijenata u Srbiji ističu da je osnovni problem to što za nove lekove i lečenje nema dovoljno finansijskih sredstava, pa pacijenti ili uopšte ne primaju terapiju ili je primaju kroz donaciju u okviru humanitarnog programa farmaceutske kompanije.³⁸ U Srbiji je jedini način da pacijent dobije medicinski proizvod taj da šifra njegove dijagnoze bude uneta u spisak dijagnoza za koje se neophodni proizvod prepisuje. Širi pristup lekovima, kao ni upotreba leka mimo indikacije ili dozvole nisu ni na koji način prepoznati u sistemu zdravstvenog osiguranja. Kako bi oba ova načina izdavanja lekova bila uvedena, neophodno ih je omogućiti pravnom regulativom kroz pravilnike Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje i, po potrebi, izmenama zakona o zdravstvenom osiguranju.

Deo problema sa lekovima za retke bolesti rešio se tako što su uvršćeni u Listu D formiranu od RFZO-a. U ovu listu ulaze nabrojani lekovi koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet u Srbiji, ali su neophodni u terapiji i dijagnostici i obezbeđuju se na teret sredstava zdravstvenog osiguranja.³⁹ Uglavnom je reč o lekovima male potrošnje koji se koriste u terapiji retkih oboljenja. Lekovi se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Navedeno je da to

³⁷ D.Krajnović/J.Arsić/D.Jocić/A.Milošević Georgiev/Lj.Tasić/V.Marinković, "Procena znanja i stavova farmaceuta o retkim bolestima i lekovima za retke bolesti", *Acta Medica Medianae*, 2/2013, str.25.

³⁸ G.Ilić, potpredsednik NORBS, *Vodič u saradnji sa Nacionalnom organizacijom za retke bolesti Srbije* (NORBS); U 2013. godini u te svrhe u okviru budžeta izdvojeno je 130 miliona dinara (oko 1,2 miliona eura), a da je za 2014. godinu planirano 280 miliona dinara (oko 2,6 miliona eura). Međutim, ova suma pokriva lečenje lekovima siročićima samo jednog malog broja obolelih (u 2013. se u Srbiji lečilo samo 10 maloletnih pacijenata).

³⁹ Pravilnik o listi lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, "Sl. glasnik RS", br. 123/2014 i 136/2014.

mogu biti sledeći slučajevi: 1) lekovi koji nemaju dozvolu u Republici Srbiji, a neophodni su u dijagnostici i terapiji, 2) neregistrovani lekovi, 3) izuzetno i lekovi za koje je izdata dozvola za lek u Republici Srbiji i koji su istog INN kao lek koji se nalazi na Listi lekova, ali koji nisu dostupni na tržištu Republike Srbije u količinama koje su neophodne za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica, odnosno koji su povučeni iz prometa.⁴⁰ Ova lista je sačinjena matra 2006. godine, a spisak lekova na njoj postepeno se povećavao, da bi prema preseku iz 2009. godine brojao je 124 leka. Posebna lista nastala je većinom kao posledica prestanka proizvodnje pojedinih lekova ili uvoza lekova sa malom potrošnjom u Srbiji, kao i zbog nemogućnosti farmaceutske industrije da 1993. godine izvrši supstituciju lekova iz bivših republika SFRJ. Pre toga je Republika Srbija sopstvenom proizvodnjom mogla da pokrije 23% lekova sa današnje liste D, a cela SFRJ 49%. Posle tog perioda, umesto da se do tada postojeći lekovi nadoknade većom proizvodnjom ili uvozom, njihov broj je čak postepeno opadao, te danas nijedan od pomenutih nije među registrovanim lekovima. Takođe treba imati u vidu da lek ne prelazi na listu D istog trenutka kada se skine sa liste registrovanih lekova, što komplikuje nastavak terapije pacijenta. Lekovi liste D navedeni su pod svojim INN. Za svaki lek navodi se šifra koju dodeljuje RFZO, farmaceutski oblik leka i odgovarajuća jačina, a klasifikovani su po ATC grupama. Problem je što svake godine jedan deo lekova prestane da se proizvodi ili uvozi ili gubi dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji. Međutim, samo mali broj tih lekova prelazi na listu D i ostaje dostupan pacijentima. O neophodnosti lekova sa liste D svedoči velika podudarnost sa lekovima referentnih lista, kao što su aktuelni BNF i lista esencijalnih lekova Svjetske zdravstvene organizacije koja je obavezujuća za svaki zdravstveni sistem. Čak 73% lekova liste D preporučeno je od strane Velike Britanije, zemlje sa najrazvijenijom farmakoterapijom. Postupak dobijanja lekova sa liste D je sledeći : 1) lekar određuje terapiju, popunjava recept upisujući INN leka a ne zaštićeno ime, fo. I jačinu naznačenu na listi D, šifru leka, količinu leka izraženu prema f.o. leka; 2) apoteka podnosi zahtev za uvoz neregistrovanog leka, 3) ALIMS zahtev rešava po hitnom postupku, u roku od 24 h; 4) na zahtev apoteke, po dobijenom odobrenju, ovlašćene veledrogerije uvoze lek. Prema važećem pravilniku uvoznik podnosi zahtev za uvoz neregistrovanog leka Agenciji za lekove i medicinska sredstva Srbije, između ostalog, i u slučaju kad je lek namenjen za lečenje retkih bolesti u humanoj medicini.⁴¹ U Srbiji radi 28 apoteka koje imaju dozvolu za promet ovih lekova, i to po jedna na teritoriji svake filijale RFZO. Farmaceut na receptu upisuje potrebne podatke: tačan zaštićeni naziv leka

⁴⁰ Član 3 Pravilnika o listi lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, *Sl. glasnik RS*, br. 123/2014 i 136/2014.

⁴¹ Član 3 Pravilnika o dokumentaciji i načinu uvoza lekova koji nemaju dozvolu za lek, *op.cit.*

koji izdaje i broj tableta u pakovanju, broj izdatih tableta preračunato u skladu sa pakovanjem, nabavnu cenu jediničnog f.o. i participaciju koja je uvek 0,00. Sa aspekta racionalne farmakoterapije i dobre farmaceutske zaštite odluka RFZO da navedene lekove u okviru liste D obezbedi za pacijente besplatno predstavlja dobru odluku. Međutim komplikovana i vremenski zahtevna procedura nabavke ovih lekova i dalje dovodi u pitanje kontinuitet i kvalitet lečenja najčešće teško obolelih pacijenata. Deset lekova liste D u Srbiji nalazi se na evropskom spisku orfan lekova.⁴² U Pravilniku o uslovima za uvoz lekova i medicinskih sredstava koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet iz 2014.godine postoji spisak lekova za 255 retkih bolesti u Republici Srbiji.⁴³

Oblast transplantacije

Proizvođač leka je kao nosilac dozvole za stavljanje u promet uputio je pismo zdravstvenim radnicima u vezi sa neodobrenom *off-label* primenom leka *Simulect*® (baziliksimumab) u transplantaciji srca. nosilac dozvole za stavljanje u promet leka *Simulect* (baziliksimumab, 20 mg/5 ml, prašak i rastvarač za rastvor za injekciju/infuziju), u saradnji sa Agencijom za lekove i medicinska sredstva Srbije (ALIMS), uputilo je pismo zdravstvenim radnicima u cilju upozoravanja na rizike *off-label* primene leka *Simulect* u transplantaciji srca.⁴⁴ Lek *Simulect* indikovao je isključivo za profilaksu akutnog odbacivanja organa kod de novo alogenih transplantacija bubrega. Za druge transplantacijske indikacije, kao što je transplantacija srca, nije sprovedena adekvatna randomizovana studija koja bi mogla da uporedi primenu tog leka *Simulect* sa drugim indukcionim lekovima ili sa nesprovođenjem indukciono terapije. U studijama transplantacije srca koje su sprovedene nije se mogla utvrditi efikasnost, dok je učestalost ozbiljnih kardioloških neželjenih događaja bila veća za *Simulect* u poređenju sa drugim indukcionim terapijama. Pismo zdravstvenim radnicima može se pogledati šire kod proizvođača. Zdravstveni radnici su dužni da prijave svaku sumnju na neželjene reakcije na lek Nacionalnom centru za farmakovigilancu ALIMS. Obrazac i postupak prijavljivanja dostupni su na sajtu Agencije i može da se pronaći u funkcionalnoj oblasti.

⁴² Goločorbin Kon/Vojinović/Lalić Popović/Pavlović, M.Mikov, Lekovi "siročići" - Orphan drugs, *Medicinski Pregled*, 9-10/ 2013, LXVI, str. 373-378.

⁴³ Krajinović et al., *Acta Medica*, op.cit, str. 25; Prilog 3, Spisak retkih bolesti, Pravilnika o dokumentaciji i načinu uvoza lekova, op.cit.

⁴⁴ Novartis Pharma predstavništvo, Services Inc. Beograd, <http://www.alims.gov.rs/latin/2014/10/06/pismo-zdravstvenim-radnicima-u-vezi-sa-neodobrenom-off-label-primenom-leka-simulect-baziliksimumab-u-transplantaciji-srca/>

ZAKLJUČAK

Sloboda lekara da onda kad proceni prepíše ili koristi lek van propisanog uputstva ili bez dozvole, danas je prisutna u praksi lečenja i smatra se dopuštenom sa stanovišta etičkih i stručno-medicinskih vodiča. Vezuje se većinom sa prednostima i dobrobiti po pacijenta. Omogućava se inovativni pristup u kliničkoj praksi, posebno u slučajevima kada su odobrene terapijske opcije lečenja bile neuspešne. Sa stanovišta striktnog pravnog pristupa svaka neodobrena primena leka u režimu licenciranja bila bi suprotna zakonu. Ipak, medicinsko-pravni pristup pruža mogućnosti drugačijeg razumevanja kroz važnost kategorija slobode medicinskog postupanja, promenljivosti medicinskog standarda, kvaliteta lečenja i primene načela pristanka (*informed consent*). Postojeću praksu lekova u tom smislu treba potpuno sagledati i postaviti joj jasne okvire dopuštenosti, kako se to čini i u drugim specijalnostima medicinske prakse.

Uprkos tome što je neodobrena, *off-label* primena lekova omogućava ostvarenje novih terapijskih tretmana, njihovo beleženje i potvrdu praktičnih rezultata i terapijskih ishoda. Postoji debata o *off-label* primeni lekova. Lekari naglašavaju da takva primena lekova ima svoje mesto u medicinskoj praksi, ali takođe priznaju da korišćenje leka van odobrene upotrebe može da podigne rizik od neželjenih ili loših sporednih dejstava leka po pacijenta. Iako su neke od takvih terapija korisne, čak tako da spašavaju živote nekih pacijenata, u većini slučajeva postoji vrlo malo ili nimalo naučnih dokaza o tome. Nema niti adekvatnih podataka o bezbednosti promenjene primene leka i koja je delotvornost upotrebe leka van odobrene primene.

Sa stanovišta pacijenta kome se daje terapija važno je da on u potpunosti razume razliku između odobrene i neodobrene primene leka. Pacijent treba da bude informisan i da zna: da li se lek prepisuje kako je odobreno ili van toga, koji je razlog da se poseže za primenom leka na drugačiji, *off-label*, način i da li je lekar uveren da će takvom primenom postići terapijsku korist za pacijenta. Ne treba ni ovde zanemariti nedostatke *off-label* prakse koja uključuje neželjene reakcije povezane sa prepisivanjem i uzimanjem leka, veću odgovornost zdravstvenih profesionalaca u pogledu pacijentu prilagođenog pristupa i dobrobiti po njegovo zdravlje. Potrebno je usvajanje preciznijih pravila definisanja terapije lekom kroz propise i staleška pravila, kao i odgovornost svih koji učestvuju u takvom pristupu. Uspostavljanje i redovno ažuriranje registra *off-label* primene za svakodnevnu zdravstvenu praksu od vitalnog je značaja, a time se takođe zauzima proaktivan stav prema terapiji u procesu lečenja.

SUMMARY

MEDICAL RIGHTS APECT REGARDING ADMISSIBILITY AND CONSENT TO "OFF-LABEL " USE OF THE DRUGS

This paper starts from the fact that in medicine, especially in the present time, the use of medicine's therapy has become widespread and common practice. It differs approved and unapproved therapeutic use. The aim of this paper is to clarify the legal basis of deviations from approved prescribed administration of medicines (*off-label* use), which happens in health care. What is the practical and legal significance of these deviations, whether it suits for them ? The subject is moving from terms of physician's freedom of choice of therapy to unapproved administration of medicines, as well as the application of the principles of patient's informed consent in this regard. The methods are historical and comparative legal approaches and interpretation of the legal and professional codes. The topic is covered by development, benefits and risks of unapproved use of medicines, which often takes the form of an extremely personalized therapy, linked to special health conditions. It includes a number of modalities of such use. Finaly, it concludes that unapproved practice is part of the therapeutic freedom of physician that should not be diminish except as to move not within in the limits of respect for fundamental patient's rights and in accordance with professional guidelines for *off-label* use of medicines. In less developed countries, such as Serbia, the guidelines have not yet been adopted and it should be the subject of further work on this issue. Regardless of the lack of regulation the legal analysis deserves our full attention.

Key words: *health care, off-label use of medicines, free choice of therapy, informed consent principle*

Doc.dr.sc. Željka Primorac, docentica
Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu,
Tihana Pivac, mag. iur.,
predsjednica Građanskog odjela i sutkinja Županijskog suda u Splitu
Dino Pivac, mag.iur., odvjetnički vježbenik

DOSPIJEĆE NAKNADE ŠTETE PO ZAKONU O OBVEZNIM OSIGURANJIMA U PROMETU S OBZIROM NA (NE)DOSTAVU MEDICINSKE DOKUMENTACIJE UZ ODŠTETNI ZAHTEJEV

UDK: 347 :61

368. 212 : 347

Primljeno: 20. listopada 2015.

Pregledni znanstveni rad

Iznoseći specifičnosti zakonodavnih rješenja o postupku i roku rješavanja odštetnih zahtjeva iz obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti te dospijeću naknade štete prema kogentnim odredbama Zakona o obveznim osiguranjima u prometu i Zakona o obveznim odnosima, autori ukazuju na neusklađenost hrvatske pravne odredbe o roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva unutar kojega je osiguratelj dužan riješiti odštetni zahtjev s europskom pravnom normom direktive 2009/103/EZ o osiguranju od građanskopravne odgovornosti u pogledu upotrebe motornih vozila i izvršenja obveze osiguranja od takve odgovornosti koja propisuje rok od tri mjeseca unutar kojeg je osiguratelj dužan riješiti odštetni zahtjev. Iako hrvatsko rješenje o roku od 60 dana ide *in favorem* oštećenika njime se ne pruža zaštita i pravna sigurnost za osiguratelja zbog aktualne problematike dokumentiranosti odštetnog zahtjeva u hrvatskom osigurateljnom pravnom sustavu. Stoga autori posebno analiziraju aktualnu sudsku praksu glede dokumentiranosti odštetnog zahtjeva tj. posljedica nedokumentiranosti odštetnog zahtjeva. Poseban dio rada odnosi se na pravnu analizu dospijeća naknade štete prema odredbama Zakona o obveznim osiguranjima u prometu i Zakona o obveznim odnosima ukazujući na posebitosti rješenja kojima se u našem pravnom sustavu određuje dospijeće naknade neimovinske štete na nepovoljniji način za osiguratelja.

Ključne riječi: *osiguranje od automobilske odgovornosti, dokumentiranost odštetnog zahtjeva, dospijeće naknade štete*

UVOD

Hrvatski pravni sustav obvezatnosti osiguranja vlasnika vozila od odgovornosti¹ za štete nanese trećim osobama² (osiguranje od automobilske

¹ Osiguranje od odgovornosti (*engl. liability insurance, njem. Haftpflichtversicherung*) je zakonom odnosno ugovorom uređena vrsta osiguranja, u kojoj se osiguratelj, uz naplatu premije osiguranja, obvezuje ugovaratelju osiguranja, da će u granicama svojih obveza preuzetih ugovorom o osiguranju, naknaditi štetu oštećenoj osobi, koja je proizašla iz osiguranikove građanske odgovornosti za štetu (MATIJEVIĆ, B.: Osiguranje u praksi, Naklada, Zadar, 2007., str.109.). Detaljnije vidjeti CLARK, M.: The law of insurance contracts, Informa, London, 2009., str. 501. – 541.

² Više o tome tko se smatra trećim osobama vidjeti BELANIĆ, L.: Treće osobe u osiguranju od

odgovornosti) po uzoru na zakonodavstva brojnih europskih država, normiran je *Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu*³ koji kao *lex specialis* uređuje postupak i rokove za rješavanje odštetnih zahtjeva kod obveznih osiguranja u prometu.⁴ Osiguranje od autoodgovornosti je najstarije i u praksi najučestalije⁵ obvezno ugovorno⁶ osiguranje u prometu. Prvenstveni cilj ovog osiguranja jest pružanje zaštite žrtvama (oštećenima) u prometu od uporabe motornih vozila dok se posredni učinci zaštite odnose i na vlasnika odnosno korisnika motornog vozila koji bi u slučaju nastanka prometne nesreće bio dužan snositi odgovornost za štetu te bi plaćanjem štete oštećeniku utjecao na smanjenje vlastite imovine.⁷ Sadržaj ugovornog odnosa osiguranja od automobilske odgovornosti definiran je odredbom čl. 22. *ZOOP*-a prema kojoj je vlasnik vozila dužan sklopiti ugovor o osiguranju od odgovornosti za štetu koju uporabom vozila nože nanijeti trećim osobama zbog smrti, tjelesne ozljede, narušavanja zdravlja, uništenja ili oštećenja stvari. Obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti vrsta je imovinskog⁸ osiguranja s karakterom naknade štete svim osobama koje s ugovorne ili izvanugovorne osnove pretrpe štetu zbog upravljanja cestovnim vozilima.⁹

automobilske odgovornosti, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, br. 1., 2007., str. 637. - 638.

³ *Zakon o obveznim osiguranjima u prometu* (NN, br. 151/2005, 36/2009, 75/2009, 76/2013, 152/2014), dalje: *ZOOP*.

⁴ Obvezna osiguranja u prometu u Republici Hrvatskoj su: osiguranje putnika u javnom prometu od posljedica nesretnog slučaja; osiguranje vlasnika odnosno korisnika vozila od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama (osiguranje od automobilske odgovornosti); osiguranje zračnog prijevoznika odnosno operatora zrakoplova od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama i putnicima; osiguranje vlasnika odnosno korisnika brodice na motorni pogon odnosno jahte od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama (čl. 2. *ZOOP*).

⁵ Prema podacima Hrvatskog ureda za osiguranje društva za osiguranje su tijekom 2013. god. izdala ukupno 1-939.393 police osiguranja od automobilske odgovornosti te su društvima za osiguranje prijavljene ukupno 84.672 štete (tako prema Izvješću o tržištu obveznih osiguranja u prometu s posebnim osvrtom na osiguranje od automobilske odgovornosti za 2013.god., Hrvatski ured za osiguranje, Zagreb, travanj 2014.).

⁶ O ugovornim obveznim osiguranjima od odgovornosti radi se kada zakonodavac propiše obvezatnost osiguranja, ali nastanak osigurateljnog odnosa ovisi o sklapanju ugovora o osiguranju odnosno o slobodnoj volji ugovaratelja osiguranja da se pokori zakonskoj normi. Hrvatski sustav obveznog osiguranja u prometu propisuje ugovorno obvezno osiguranje za sve vrste obveznih osiguranja u prometu. Detaljnije vidi PAVIĆ, D.: Ugovorno pravo osiguranja, Tectus, Zagreb, 2009., str. 95.

⁷ Više o cilju zaštite oštećenih osoba zbog nastanka štete koju su pretrpjeli bez svoje krivnje te zaštite financijskog i socijalnog položaja osiguranika kao odgovorne osobe prema rješenjima *ZOOP*-a vidjeti KAUZLARIC, Ž.: Vlastito pravo oštećenika i direktna tužba (actio directa) prema *ZOO*, uz poseban osvrt na pravo podnošenja odštetnog zahtjeva prema čl.12. Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Hrvatska pravna revija, Zagreb, br.12., 2007., str. 43.

⁸ Više o obilježjima imovinskih osiguranja vidjeti PAVIĆ, D.: Ugovorno pravo osiguranja, *op.cit.*, str. 68. – 73.; JAKAŠA, B.: Pravo osiguranja, Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 1984., str. 303. – 330.

⁹ RADIONOV RADENKOVIĆ, N.: Zaštita prava putnika u cestovnom prometu i uloga osiguranja, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, Zagreb, br.1.-2., 2008., str. 408.

2. RJEŠAVANJE ODŠTETNIH ZAHTJEVA IZ OBVEZNIH OSIGURANJA U PROMETU

Osiguranje od automobilske odgovornosti zasniva se na pretpostavci postojanja odgovornosti za štetu te predstavlja imovinsko (odštetno) osiguranje jer se njime priječi umanjene nečije imovine do kojeg bi došlo u slučaju nastanka izvanugovorne obveze naknade štete.¹⁰ Postupak i rokovi rješavanja odštetnih zahtjeva iz obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti pravno su uređeni općom odredbom čl. 12. *ZOOP*-a primjenjivom na sve vrste obveznih osiguranja u prometu.¹¹ Prema odredbi čl. 12.st.1. *ZOOP*-a, odgovorni osiguratelj je dužan u roku od 60 dana¹² od dana primitka¹³ odštetnog zahtjeva utvrditi osnovanost i visinu toga zahtjeva te dostaviti podnositelju zahtjeva: a) obrazloženu ponudu za naknadu štete (ako su odgovornost za naknadu štete te visina štete nesporne); ili b) utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva (u slučaju ako su odgovornost za naknadu štete ili visina štete sporne). Dakle, evidentno je kako odgovorni osiguratelj ima trostruku dužnost. Prvotna dužnost odgovornog osiguratelja odnosi se na utvrđivanje osnovanosti odštetnog zahtjeva. Druga dužnost odgovornog osiguratelja odnosi se na utvrđivanje visine odštetnog zahtjeva. Treća dužnost odgovornog osiguratelja jest dostaviti podnositelju zahtjeva obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva. Sve navedene dužnosti terete odgovornog osiguratelja u zakonom propisanom roku tj. odgovorni osiguratelj ih je dužan izvršiti u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva.¹⁴ Iako je u odnosu na starija rješenja propisana *ZOOP*-om

¹⁰ MATIJEVIĆ, B.: Osiguranje u praksi, *op.cit.*, str. 149.

¹¹ *ZOOP*-om su uređena prava i obveze stranaka ugovora o osiguranju u području obveznih osiguranja (od odgovornosti) u prometu te prava oštećene osobe u prometu. Kako su u praktičnoj primjeni do tada važećeg *Zakona o osiguranju* (NN, br. 46/1997, 116/99 i 11/2002), u dijelu koji se odnosi na obvezna osiguranja u prometu, uočeni problemi nekorektnih postupaka društava za osiguranje kao odgovornih osiguratelja, sporo i neprofesionalno rješavanje zahtjeva za naknadu štete i nereavno utvrđivanje visine naknade, u *ZOOP*-u su posebno utvrđeni rokovi i postupak rješavanja zahtjeva za naknadu štete, pravo oštećene osobe na podnošenje tužbe te sankcija društvu za osiguranje za neizvršenje obveza, odnosno za nepravovremeno izvršenje.

¹² Ovaj rok implementiran je *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2013.god.* (NN, br. 76/2013) te je riječ o produženom, jedinstvenom roku (za naknadu imovinsku i neimovinske štete) unutar kojeg je odgovorni osiguratelj dužan dostaviti podnositelju zahtjeva obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva – za imovinsku i neimovinsku štetu. Naime, do navedenih izmjena i dopuna odgovorni osiguratelj je bio dužan u slučaju neimovinske štete najkasnije u roku od **30 dana**, a u slučaju imovinske štete najkasnije u roku od **14 dana od dana podnošenja** odštetnog zahtjeva oštećenoj osobi dostaviti obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor. Više o rokovima rješavanja odštetnih zahtjeva u talijanskom i francuskom zakonodavstvu vidjeti ČURKOVIĆ, M.: Komentar *Zakona o obveznim osiguranjima u prometu*, Inženjerski biro, Zagreb, 2013., str. 67. – 68.

¹³ Početak tijeka rokova (14 odnosno 30 dana) bio je vezan za dan podnošenja odštetnog zahtjeva (više vidi *supra*, bilješka br. 12.). Danas se međutim početak tijeka roka (60 dana) veže uz **dan primitka** odštetnog zahtjeva.

¹⁴ Više o zakonskom propisivanju roka u cilju prisile osiguratelja da svoju zakonsku obvezu naknade štete izvrši u određeno vrijeme vidjeti ČURKOVIĆ, M.: Minimalne osigurane svote i rokovi

(rokovе od 14 odnosno 30 dana unutar kojih je odgovorni osiguratelj bio dužan dostaviti obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor)¹⁵ danas ipak riječ o roku koji je više od četiri/dva puta duži, rok od 60 dana za izvršenje prethodno analiziranih obveza od strane odgovornog osiguratelja nije usklađen s rješenjima *direktive 2009/103/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. god. u odnosu na osiguranje od građanskopravne odgovornosti u pogledu upotrebe motornih vozila i izvršenje obveze osiguranja od takve odgovornosti*.¹⁶ Naime, *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2013.god.* predlagalo se usklađivanje¹⁷ hrvatskog zakonodavstva iz područja obveznih osiguranja u prometu s rješenjima *direktive 2009/103/EZ* no njom je propisano kako je odgovorni osiguratelj dužan riješiti odštetni zahtjev u roku od tri mjeseca¹⁸ od dana podnošenja odštetnog zahtjeva (čl.22. *direktive 2009/103/EZ*).¹⁹

za rješavanje odštetnih zahtjeva u obveznom osiguranju od automobilske odgovornosti kao instrument zaštite oštećenih, Hrvatska pravna revija, Zagreb, br.1., 2008., str. 37. Detaljnije o produženju roka na 60 dana vidjeti MATIJEVIĆ, B.: Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Osiguranje, Zagreb, br. 6. – 7., 2013., str. 59.

¹⁵ Više od rokovima od 14 odnosno 30 dana kao rokovima „*in favorem*“ oštećene osobe budući da su kraći od onih propisanih direktivama EU vidjeti PAUKOVIĆ, H.: Zakon o obveznim osiguranjima u prometu – osiguranje od automobilske odgovornosti – društveni interes za zaštitu oštećenih osoba, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 21. Detaljnije o predmetnim rješenjima i njihovoj usklađenosti s tadašnjim rješenjima sekundarnog zakonodavstva EU u području osiguranja od automobilske odgovornosti vidjeti LUI, A.: Obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti (novine koje se očekuju u novom Zakonu o obveznim osiguranjima u prometu), u: Ugovor o osiguranju prema novom ZOO, Inženjerski biro, Zagreb, 2005., str.132.

¹⁶ *Direktiva 2009/103/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. god. u odnosu na osiguranje od građanskopravne odgovornosti u pogledu upotrebe motornih vozila i izvršenje obveze osiguranja od takve odgovornosti*, dalje: *direktiva 2009/103/EZ* (engl. *Directive 2009/103/EC of the European parliament and of the Council of 16 September 2009 relating to insurance against civil liability in respect of the use of motor vehicles, and the enforcement of the obligation to insure against such liability*, Official Journal of the European Union, L263, 7.10.2009., str. 11. – 31.) Više o konsolidiranju pravnih rješenja glede osiguranja od automobilske odgovornosti prema rješenjima *direktive 2009/103/EZ* (Šeste direktive) vidjeti CEROVIĆ, M.: Visina pokrića u osiguranju od građanskopravne odgovornosti iz upotrebe motornog vozila, Evropska revija za pravo osiguranja, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, br.1., 2014., str. 59.

¹⁷ Detaljnije o usklađivanju ZOOP-a s direktivama EU iz područja obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti vidjeti MATULOVIĆ, M.: Utjecaj direktiva EU na Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Osiguranje, Zagreb, br. 12., 2013., str. 35.

¹⁸ Predmetno rješenje unutar konsolidirane *direktive 2009/103/EZ* preuzeto je iz rješenja čl. 4. st. 6. *direktive 2000/26/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. svibnja 2000. god. o usklađivanju zakona država članica na području osiguranja od građanskopravne odgovornosti za upotrebu motornih vozila kojom se dopunjuju i izmjenjuju direktive Vijeća 73/239/EEZ i 88/357/EEZ*, dalje: *direktiva 2000/26/EZ* (engl. *directive 2000/26/EC of the European parliament and of the Council of 16 May 2000 on the approximation of the laws of the Member States relating to insurance against civil liability in respect of the use of motor vehicles and amending Council Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC*, Official Journal of the European Union, L181, 20.7.2000., str. 65. – 74.).

¹⁹ Iako su rješenja *direktive 2009/103/EZ* prenesena u pravni poredak RH *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2013.god.*, u hrvatskom pravnom sustavu odgovorni osiguratelj je dužan dostaviti podnositelju zahtjeva obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva (dakle, ne riješiti odštetni zahtjev kao što to predviđa *direktiva 2009/103/EZ*) u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjev (ne od dana podnošenja odštetnog zahtjeva kako to nalažu rješenja

Obavljanje poslova obrade štete složeni je proces koji obuhvaća više međusobno povezanih stadija obrade šteta: a) saznanje za štetni događaj i prijavu štete; b) pravno utvrđivanje osigurateljeve obveze;²⁰ c) tehničko utvrđivanje visine osigurateljne obveze;²¹ d) likvidaciju i isplatu štete.²² Postupak prijave odštetnog zahtjeva i njegova rješavanja nije pravno normiran ZOOP-om. Isto tako, zakonodavac nije definirao sadržajno poimanje pojma „obrazložena ponuda“²³ te „utemeljen odgovor“²⁴. *Izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2014. god.* nisu ni dalje predmetni pojmovi definirani, ali je sadržana bitna novost u odnosu na propisivanje dužnosti odgovornog osiguratelja isplatiti iznos naknade štete u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva. Naime, predmetno rješenje idu u korist oštećenih osoba budući da se konačno određuje rok unutar kojeg je odgovorni osiguratelj

čl. 22. *direktive 2009/103/EZ*). Ipak, *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2014. god.* (NN, br. 152/2014) propisana je novina koja se odnosi na dužnost odgovornog osiguratelja da u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva isplati iznos naknade štete (više vidi *infra*, poglavlje 3.1.). Detaljnije o postupku naknade štete prema *direktivi 2009/103/EZ* vidjeti KOCHENBURGER, P.; SALVE, P.: *An introduction to insurance regulation*, u: *Research handbook on international insurance law and regulation*, Edward Elgar Publishing, USA, 2012., str. 245.

²⁰ Pod pravnim utvrđivanjem osigurateljne obveze podrazumijeva se utvrđivanje osnovanosti postavljenog zahtjeva za naknadu štete ili isplatu osigurane svote sukladno zakonskim propisima, odredbama ugovora o osiguranju te uvjetima osiguranja kao sastavnom dijelu ugovora.

²¹ Pod tehničkim utvrđivanjem visine osigurateljne obveze podrazumijeva se utvrđivanje visine štete/odštete, tzv. procjena štete, od strane za pojedine vrste šteta specijaliziranih djelatnika osiguratelja: procjenitelja šteta na motornim vozilima, procjenitelja šteta na industrijskim postrojenjima, procjenitelja šteta na brodovima, liječnika – cenzora itd.

²² MATIJEVIĆ, B.: *Osiguranje, Management, Ekonomija, Pravo, Naklada, Zadar*, 2010., str. 45. Detaljnije vidjeti ČURKOVIĆ, M.: *Instrumentarij aktivne obrade odštetnih zahtjeva iz osiguranja autoodgovornosti*, *Osiguranje*, Zagreb, br. 10., 2003., str.19. – 23.

²³ ČURKOVIĆ, M.: Minimalne osigurane svote i rokovi za rješavanje odštetnih zahtjeva u obveznom osiguranju od automobilske odgovornosti kao instrument zaštite oštećenih, *op.cit.*, str. 37., 40.: Izraz obrazložen tumači se kao odgovor koji se osvrće na sve stanke odštetnog zahtjeva, uz navođenje argumenata zbog čega se odšteta nudi u određenom iznosu, odnosno, zbog čega je odgovornost za štetu ocijenjena na određeni način. Pod obrazloženu ponudu treba podrazumijevati osigurateljev odgovor s obrazloženjem (pravno i činjenično stanje) zašto se neki odštetni zahtjev rješava baš na takav način kako je u ponudi navedeno. Potpuno je jasno da obrazloženje mora biti sukladno specijaliziranim pozicijama odštete po pojedinim vidovima štete. Ponuda, da bi ispunjavala uvjete obrazloženosti, mora biti dana u roku, detaljna, specificirana i obrazložena.

²⁴ Utemeljeni odgovor pak znači da odgovor osiguratelja prema kojemu nije u stanju riješiti odštetni zahtjev u zakonskom roku, mora biti utemeljen na (građanskom, odštetnom, osigurateljnom) pravu, argumentiranih stajališta, koja će oštećenom omogućiti da ocijeni utemeljenost osigurateljeva stajališta i da donese ispravnu odluku što mu je dalje činiti. *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2013. god.* i dalje je nedefiniran pojam „utemeljen odgovor“, ali je novina navođenje kako je odgovorni osiguratelj dužan dati, u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva, utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva ako su odgovornost za naknadu štete ili visina štete sporne (čl. 5. *Zakona o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2013. god.*). LUI, A.: Nepoštivanje Kodeksa poslovne osiguravateljne i reosiguravateljne etike, *Osiguranje*, Zagreb, br. 10., 2008., str. 42.: U svojoj odluci o otklonu odštetnog zahtjeva društvo za osiguranje je naime, u svakom slučaju dužno jasno iskazati i obrazložiti svoje stajalište te stranku upoznati s razlozima svoje odluke. Nije, naime, dovoljno da se društvo za osiguranje u svojoj obavijesti o otklonu pozove na postojanje kompletne dokumentacije kojom raspolaže, odnosno na odluku svoje komisije i sl. nego je stranci dužno objasniti što pojedini dokumenti sadrže te da li ih je i zašto društvo za osiguranje uzelo ili nije uzelo u obzir.

dužan riješiti odštetni zahtjev - isplatiti iznos naknade štete, iako dužina roka i početak tijeka roka ne odgovaraju rješenjima iz *direktive 2009/103/EZ*.²⁵

2.1. Dostavljanje osnovnih podataka potrebnih za likvidaciju štete prema *direktivi 2009/103/EZ* i *ZOOP-u*

Vrlo je značajna odredba čl.26.st.1. *direktive 2009/103/EZ* prema kojoj su države članice EU dužne poduzeti sve odgovorne mjere kojima žrtvama, njihovim osiguravateljima ili njihovim pravnim zastupnicima olakšavaju pravodobno dostavljanje osnovnih podataka potrebnih za likvidaciju štete.²⁶ Dužnost dostavljanja podataka o prometnoj nesreći normirana je odredbom čl. 7. *ZOOP-a*. Prema navedenoj odredbi, tijela ovlaštena za nadzor u prometu i pravosudna tijela te druga tijela koja vode postupak u povodu prometne nesreće, odnosno koja raspolažu podacima vezanim uz prometnu nesreću (npr. zdravstvene ustanove) omogućit će društvima za osiguranje, odnosno Hrvatskom uredu za osiguranje pristup podacima o prometnoj nesreći potrebnim za rješavanje odštetnog zahtjeva. Iako zakonodavac ne određuje o kojim podacima o prometnoj nesreći se može raditi, autori ukazuju kako nastankom prometne nesreće²⁷ u pogledu zahtjeva za naknadu štete - važan izvor informacija za društvo za osiguranje, kao tuženika u parničnom postupku radi naknade štete, mogu predstavljati policijske službene zabilješke (o obavijesnim razgovorima sa sudionicima i svjedocima prometne nesreće) koje čine sastavni dio policijskog spisa te predstavljaju ravnopravno dokazno sredstvo u parničnom postupku radi naknade štete.²⁸ No, svakako bi podacima vezanim za prometnu nesreću trebalo smatrati medicinsku dokumentaciju tj. dokumente 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).²⁹ Kako

²⁵ Više vidi *supra*, bilješke br. 12., 13. i 15.

²⁶ Ti se osnovni podaci stavljaju na raspolaganje, prema potrebi, u elektroničkom obliku u središnjem registru u svakoj državi članici, a mogu im pristupiti uključene strane na temelju izričitog zahtjeva (čl.26.st.2. *direktive 2009/103/EZ*). Zanimljivo je uočiti kako hrvatski zakonodavac ne propisuje način dostavljanja podataka osigurateljima odnosno HUO-u dok slovenski zakonodavac zahtijeva elektroničku komunikaciju po uzoru na rješenja *direktive 2009/103/EZ* (detaljnije vidi ČURKOVIĆ, M.: Komentar Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, *op.cit.*, str. 35.).

²⁷ Prometna nesreća je događaj kod kojega je šteta nastala zbog uporabe prijevoznog sredstva (vozilo, zrakoplov, brodica, odnosno jahta) – čl.3.st.1.t.1.i 2. *ZOOP-a*.

²⁸ GUGIĆ, T.: Dokazna sredstva u postupcima naknade štete – korištenje službenih zabilješki policije, *Osiguranje*, Zagreb, br. 7. – 8., 2009., str. 70., 72.

²⁹ ČIZMIĆ, J.: Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji, *Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, Rijeka*, br.1., 2009., str. 91. Više o svrsi i cilju medicinske dokumentacije vidi ČIZMIĆ, J.: *Medicinska dokumentacija*, *Zbornik radova „Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse“*, Novalja-Split, 2011., str. 67. - 68.

vođenje medicinske dokumentacije predstavlja ne samo administrativnu obvezu liječnika,³⁰ već i onu građanskopravnu (u odnosu na pacijenta), nepoštivanje obveze vođenja medicinske dokumentacije može rezultirati i građanskopravnom odgovornošću za štetu.³¹ Medicinska dokumentacija treba biti vođena istinito i točno; pravovremeno, potpuno i sukcesivno; čitko i (medicinski) razumljivo; datirano i potpisano³² budući da je uredno vođena medicinska dokumentacija³³ od osobite važnosti za zaštitu prava pacijenata pred sudom³⁴ pa tako i za dokazivanje³⁵ i ostvarivanje prava na naknadu štete nastale kao posljedica prometne nesreće. U tom kontekstu nezaobilazno je spomenuti i odredbu čl. 12. st. 5. *ZOOP*-a prema kojoj u slučaju naknade neimovinske štete u postupku pred odgovornim osigurateljem – oštećena osoba ima pravo priložiti nalaz i mišljenje neovisnog vještaka³⁶ kojeg je osobno izabrala.³⁷ Budući da su medicinska vještačenja neimovinske štete najzahtjevniji i najkompliciraniji segment medicinskih vještačenja uopće,³⁸ u parnicama za naknadu štete zadatak je vještaka da medicinski rječnik kvalificiraju u onaj pravni,³⁹ odnosno u ono što pravo podrazumijeva pod „naknadom štete“ (zakonski izrazi), te da tako pomognu i olakšaju sudu utvrđivanje činjenica o kojima ovisi osnovanost tužbenog zahtjeva.⁴⁰

³⁰ Od liječnika se ne može tražiti da dokumentacijom osigura potpuno dokazno sredstvo za sve pojedine zdravstvene usluge, niti da obuhvati sve moguće detalje, jer bi to ometalo efikasnost i brzinu njegovog postupanja (RADIŠIĆ, J.: Medicinsko pravo, Nomos, Beograd, 2004., str. 146.).

³¹ MATIJEVIĆ, B.: Osiguranje, Management, Ekonomija, Pravo, *op.cit.*, str. 621.

³² MATIJEVIĆ, B.: Medicinska dokumentacija i odgovornost za štetu, Osiguranje, Zagreb, br.7.-8., 2009., str. 55.

³³ Više o sadržaju i vrstama medicinske dokumentacije vidi ČIZMIĆ, J.: Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji, *op.cit.*, str. 96. - 99.

³⁴ BOŠKOVIĆ, Z.: Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, br.1., 2005., str. 90.

³⁵ MATIJEVIĆ, B.: Medicinska dokumentacija i odgovornost za štetu, *op.cit.*, str.59.: Medicinska dokumentacija kao dokazno sredstvo ubraja se u red dokumentiranih isprava jer se njome ne zasniva pravni odnos, već se pruža dokaz o pravnom odnosu koji je nastao nezavisno od same isprave.

³⁶ Vještak je osoba pozvana da pred sudom, koristeći se svojim stručnim znanjem, iznese svoja sadašnja zapažanja (nalaz) i mišljenje o činjenicama koje bi mogle biti važne za utvrđivanje istinitosti navoda koji su predmet dokazivanja (TRIVA, S.; DIKA, M.: Građansko parnično procesno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2004., str. 526). Više o ulozi vještaka u parničnom postupku vidjeti MATIJEVIĆ, B.: Vještaci, Osiguranje, Zagreb, br.1. - 2., 2003., str. 29. - 30.

³⁷ Ova zakonska odredba ostala je neizmjenjena od stupanja na snagu *ZOOP*-a iz 2005. god. (1. siječnja 2006. god.).

³⁸ Tako prema ČIZMIĆ, J.: O vještačenju u parničnom postupku s posebnim osvrtom na vještačenje u području medicine, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, Rijeka, br.1., 2011., str. 493.

³⁹ Kada se radi o medicinskim vještačenjima, zadatak, zadatak medicinskog vještaka je obogatiti sud znanjem o medicinskim štetnim posljedicama koje oštećenik trpi u odnosu na prethodno stanje svog tjelesnog i duševnog zdravlja (tako prema LIOVIĆ MERKAŠ, J.: Aktualni problemi prvostupajskih sudova pri utvrđivanju visine novčane naknade neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 93.).

⁴⁰ ŠTIMAC, S.; MAROVIĆ, A.; ŠARIĆ, J.: Medicinski i pravni kriteriji u postupcima naknade nematerijalne (neimovinske) štete, Osiguranje, Zagreb, br.10., 2010., str. 51. Detaljnije o problemima

2.2. Dokumentiranost odštetnog zahtjeva

Značajno je napomenuti kako *ZOOP*-om nije pravno uređen sadržaj dokumentacije koju je oštećenik dužan priložiti uz odštetni zahtjev pa je problem dokumentiranosti odštetnog zahtjeva još jedan problem aktualan u hrvatskom osigurateljnom zakonodavstvu još od *ZOOP/2005*. *ZOOP* ne sadrži ni odredbe o tome što će biti ako je odštetni zahtjev nedokumentiran i ako osiguratelj zatraži dopunu dokumentacije.⁴¹ Prema stavovima osiguratelja rok od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva (unutar kojeg je odgovorni osiguratelj dužan utvrditi osnovanost i visinu odštetnog zahtjeva te dostaviti podnositelju zahtjeva obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtje) počinju teći od dana primitka **dokumentiranog** odštetnog zahtjeva. Navedeno opravdavaju činjenicom da postojeća pravna norma (čl. 12. st. 1. *ZOOP*-a) omogućava sudovima samovoljno tumačenje budući da iz nje proizlazi dužnost osiguratelja odlučiti o odštetnom zahtjevu čak i kada je on potpuno nekompletiran tj. nedokumentiran.⁴² Opravdavajući svoje stavove osiguratelji smatraju kako navedeni rok treba početi teći od primitka potpunog i potrebnim ispravama potkrijepljenog odštetnog zahtjeva. No, *Mišljenjem i tumačenjem HANFE od 29. travnja 2010. god.*⁴³ dodatno je razjašnjeno kako rokovi za postupanje po primljenom odštetnom zahtjevu, propisani čl.12. *ZOOP*-a počinju teći prvi sljedeći dan poslije dana primitka odštetnog zahtjeva, a ne od dana kada je osiguratelj primio u cijelosti dokumentiran odštetni zahtjev, stoga obvezu po čl. 12. *ZOOP*-a osiguratelj ne može niti odgoditi (npr.do završetka prekršajnog ili kaznenog postupka i sl.), nego je dužan u propisanom roku donijeti odluku o odštetnom zahtjevu i o toj odluci u formi obrazložene ponude, odnosno utemeljenog odgovora) pisano obavijestiti oštećenu osobu. U odnosu na postojeće osigurateljve dvojbe glede (ne)dokumentiranosti odštetnog zahtjeva u obrazloženju odluke Visokog upravnog suda RH⁴⁴ sud je ocijenio da se ne može ocijeniti osnovanim tužiteljev (osiguratelj) navod da je poduzeo sve potrebne radnje kako bi udovoljio zakonskoj obvezi, ali da zbog pasivnosti oštećenika koji nisu dostavili kompletirane i dostatno dokumentirane odštetne zahtjeve nije bio u mogućnosti postupiti u skladu sa zakonom. Također, tvrdnja da je tuženo tijelo

u postupcima medicinskih vještačenja vidjeti SALAHOVIĆ, S.: Naknada neimovinske štete – najčešći problemi u praksi, u: : Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 149. – 151.

⁴¹ ČURKOVIĆ, M.: Komentar Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, *op.cit.*, str. 71.

⁴² Više vidjeti presudu Visokog prekršajnog suda Republike Hrvatske, GŽ-4986/12 od 16. listopada 2014. god.

⁴³ *Mišljenje i tumačenje HANFE od 29. travnja 2010. god.* (materijal dostupan na www.hanfa.hr/getfile/12125/3-web-OS-29-04-2010.pdf, 29. svibnja 2015.).

⁴⁴ Odluka Visokog upravnog suda RH, Poslovni broj: Us-13695/2009-4, 28. studenoga 2012. god.

pogrešno primijenilo odredbu čl. 12. *ZOOP*-a jer da se ista ima tumačiti na način da propisani rokovi počinju teći od dana dostave dokumentiranog odštetnog zahtjeva je u cijelosti neosnovana. Naime, citirane odredbe određene su i jasne te *propisani rokovi počinju teći prvi sljedeći dan poslije primitka odštetnog zahtjeva, a ne od dana kad je osiguratelj primio u cijelosti dokumentiran odštetni zahtjev*. Stoga je osiguratelj dužan u propisanim rokovima donijeti odluku o odštetnom zahtjevu i o toj odluci pisano obavijestiti oštećenu osobu.

3.DOSPIJEĆE OBVEZE PRAVIČNE NOVČANE NAKNADE U SVEZI S ODREDBAMA ČL.1103 *ZOO*-A I ČL.12. *ZOOP*-A

Odgovornost za štetu građanskopravni je odnos u kojem jedna strana ima materijalnopravno ovlaštenje da od druge strane zahtijeva nadoknadu za prouzročenu štetu, a druga strana, obavezu da prouzročenu štetu nadoknadi.⁴⁵ Uz primjenu *ZOOP*-a kao *lex specialis*⁴⁶ supsidijarno dolazi do primjene odredaba *ZOO*-a budući da isti regulira materiju izvanugovorne građanskopravne odgovornosti za štetu izazvanu motornim vozilima. Građanska odgovornost osiguranika pretpostavka je postojanja osigurateljeve obveze prema oštećeniku⁴⁷, stoga oštećene osobe svoja prava ostvaruju u redovitom postupku dokazujući postojanje štete prema odredbama o odgovornosti za štetu od opasne stvari (čl. 1046.), odredbama o odgovornosti za štetu izazvanu motornim vozilom u pogonu (čl. 1063.-1072) te odredbama o popravljanju štete (čl. 1085. – 1106) sadržanim unutar *ZOO*-a. U slučaju osiguranja od odgovornosti osiguratelj odgovara za štetu nastalu osiguranim slučajem samo ako treća oštećena osoba⁴⁸ zahtijeva njezinu naknadu (čl.964.st.1. *ZOO*) tj. osigurani slučaj se po mišljenju osiguratelja ostvario jedino u slučaju ako oštećenik zahtijeva naknadu štete. Iz toga proizlazi da je osiguratelj odgovornosti obavezan isplatiti naknadu samo ako su ispunjena ova dva

⁴⁵ STANIŠIĆ, S.: Motorno vozilo i saobraćajna nezgoda kao karakteristične pretpostavke odgovornosti za štetu, Pravna riječ, Banja Luka, 2010., str. 168.

⁴⁶ Vidi presudu Županijskog suda u Splitu, Gž-317/11 od 13.12.2012. god. i presudu Županijskog suda u Osijeku, Gž-1897/13-2 od 25.09.2014. god. u kojima su sudovi zauzeli pravno stajalište da su odredbe *ZOOP*-a *lex specialis* u odnosu na odredbe *ZOO*-a, pa i u pogledu prava oštećene osobe na zateznu kamatu na naknadu imovinske štete i na početak tijeka roka računanja kamata. Suprotan pravni stav glede naknade imovinske štete zauzet je u presudi Županijskog suda u Splitu, Gžx-1216/12 od 07.02.2013. god. gdje je drugostupanjski sud smatrao da u tom dijelu *ZOOP* nije *lex specialis* u odnosu na *ZOO*.

⁴⁷ Više vidi ŠULEJIĆ, P.: Pravo osiguranja, Centar za publikacije Pravnog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2005., str. 422.

⁴⁸ Više o oštećenima kao osobama koje *ZOO* naziva trećim osobama ne definirajući njihovo poimanje vidjeti detaljnije GRBIN, I.: Napomene uz odredbe Zakona o obveznim odnosima (Nar.nov., br. 35/05 i 41/08) o odgovornosti za štete izazvane motornim vozilom u pogonu, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 72. – 73.

uvjeta: a) da postoji odštetni zahtjev treće osobe iz pravnog odnosa odgovornosti za štetu, b) da je prema pravilima obveznog prava osiguranik obavezan platiti naknadu štete trećoj osobi u vezi sa svojom odgovornošću pokrivenom osiguranjem.⁴⁹ Za štetu koju pretrpe treće osobe u vezi s pogonom motornog vozila odgovara njegov vlasnik (čl. 1069.st.1. *ZOO*).⁵⁰ Budući da je riječ o odgovornosti za štetu od stvari od koje potječe povećana opasnost štete za okolinu (motornog vozila) – odgovornost vlasnika motornog vozila je objektivna ili kauzalna, tj. odgovara se bez obzira na krivnju štetnika čime je olakšan pravni položaj oštećenika.⁵¹ (čl. 1045. st.3. *ZOO*). Građanskopravna odgovornost osiguranika granica je osigurateljeve obveze u pogledu njezina opsega tj. može biti uža od obveze koja pada na samog osiguranika.⁵² Autori iznose kako je odredbama *ZOOP*-a i *ZOO/2005* po prvi put u našem pravnom sustavu određeno novo vrijeme dospeljeća naknade neimovinske štete čime su osiguratelji stavljeni u nepovoljniji položaj te ukazuju na probleme praktične primjene u svakodnevnoj sudskoj praksi.

3.1. Dospeljeće naknade štete prema odredbama *ZOOP*-a

Odredbom čl.12. st.3. *ZOOP*-a propisana je dužnost odgovornog osiguratelja isplatiti iznos naknade štete ili nesporni iznos naknade štete (u slučaju nemogućnosti utvrđenja visine konačnog iznosa štete) kao predumam - u roku 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva.⁵³ Dakle, u slučaju kada odgovorni osiguratelj podnositelju odštetnog zahtjeva dostavlja obrazloženu ponudu te u slučaju kada odgovorni osiguratelj podnositelju odštetnog zahtjeva dostavlja utemeljen odgovor, rok za isplatu štete ili nespornog iznosa štete je 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva.

U slučaju neizvršenja obveze isplate naknade štete ili nespornog iznosa naknade štete u roku od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva - oštećena osoba uz dužni nesporni iznos naknade štete ima pravo i na isplatu iznosa kamata, i to od dana podnošenja odštetnog zahtjeva do isplate (čl. 12. st. 4. *ZOOP*). Dakle, u slučaju prekoračenja roka za odgovornog osiguratelja predviđene su sankcije i to

⁴⁹ PAVIĆ, D.: Ugovorno pravo osiguranja, *op.cit.*, str. 326.

⁵⁰ Više o izvanugovornoj odgovornosti za štetu prouzročenu motornim vozilom u pogonu vidjeti BREŽANSKI, J.: Odgovornost za štetu od opasne stvari izazvane motornim vozilom u pogonu, u: Odgovornost za štetu i osiguranje od odgovornosti za štetu, Inženjerski biro, Zagreb, 2011., str. 53. – 77.

⁵¹ Štetnik u takvom slučaju odgovara već na temelju objektivne činjenice da je šteta prouzročena (CRNIĆ, I.: Zakon o obveznim odnosima, Organizator, Zagreb, 2006., str. 707.).

⁵² KARANIKIĆ MIRIĆ, M.: Odgovornost vlasnika motornog vozila kao preduslov obveze osiguravača, Pravni život, Udruženje pravnika Srbije, Beograd, br. 10., 2011., str. 687. – 688.

⁵³ Navedena odredba unesena je u *Zakonom o izmjenama i dopunama ZOOP-a iz 2014. god.* Detaljnije vidi *supra*, bilješke br. 12., 13., 15. i 25.

u obliku plaćanja zakonskih zateznih kamata.⁵⁴ Rok od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva u kojemu je odgovorni osiguratelj dužan isplatiti naknadu štete ili nesporni iznos naknade štete odnosi se na imovinsku i neimovinsku štetu. No, za razliku od ZOO-a, ZOOP-om je omogućeno da u odnosu na odštetni zahtjev u pogledu naknade imovinske štete – oštećenik može zahtijevati kamate od dana podnošenja odštetnog zahtjeva (a ne od dana nastanka štete).⁵⁵

3.2. Dospijeće naknade štete prema odredbama ZOO-a

Odredbama čl.186. *starog Zakona o obveznim odnosima*⁵⁶ bilo je uređeno vrijeme dospjeća imovinske (materijalne) štete⁵⁷ na isti način kao što dospijeće imovinske štete propisuju odredbe čl.1086. *novog Zakona o obveznim odnosima*⁵⁸ tj. obveza naknade štete smatra se dospjelom od trenutka nastanka štete.⁵⁹ Ova odredba važna je zbog početka tijeka roka zateznih kamata na plaćanje novčanih tražbina.⁶⁰ S obzirom da ZOO/1991 nije sadržavao odredbe o vremenu dospjelosti naknade nematerijalne štete (pojam neimovinske štete uveden je stupanjem na snagu ZOO/2005),⁶¹ sudska praksa je zauzela stajalište da obveza naknade nematerijalne štete dospijeva danom donošenja prvostupanjske presude, u bitnome, zato što se visina nematerijalne štete utvrđivala prema kriterijima i relevantnim okolnostima u vrijeme presuđenja i donošenja odluke o odštetnom zahtjevu, od kada je oštećeniku pripadalo pravo na zatezne kamate na dosuđeni iznos naknade.⁶²

⁵⁴ SABLJIĆ, R.: Utjecaj zakonskih promjena na obradu odštetnih zahtjeva iz obveznih osiguranja od autoodgovornosti, *Osiguranje*, Zagreb, br. 5., 2012., str. 35.

⁵⁵ Više vidi DOBRIĆ, S.: Početak tijeka zatezne kamate na naknadu neimovinske štete, *Hrvatska pravna revija*, br.12., 2007., str. 20. – 21.

⁵⁶ *Zakon o obveznim odnosima* (NN, br. 53/1991, 73/1991, 111/1993, 3/1994, 7/1996, 91/1996, 112/1999, 88/2001), dalje: ZOO/1991.

⁵⁷ Predmetne odredbe nalazile su se u odjeljku koji je propisivao naknadu materijalne štete i nisu se primjenjivale na dospjele novčane naknade nematerijalne štete (vidi presudu Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Rev-1131/2004-2 od 13.01.2005.god.). Detaljnije vidjeti CRNIĆ, I.: Naknada nematerijalne štete – neka pitanja, *Godišnjak „Aktualnosti hrvatskog zakonodavstva i pravne prakse“*, Organizator, Zagreb, br. 8., 2002., str. 129. – 166.; CRNIĆ, I.: Zatezne kamate u sporovima za naknadu štete, *Osiguranje*, Zagreb, br. 5., 2002., str. 12. – 15.

⁵⁸ *Zakon o obveznim odnosima* (NN, br. 35/2005, 41/2008, 125/2011, 78/2015), dalje: ZOO/2005.

⁵⁹ Detaljnije o drugačijem pravnom normiranju dospjeća obveze naknade štete prema ZOOP-u u odnosu na rješenja ZOO vidjeti GRGIĆ, M.: Zatezne kamate u obradi štete od automobilske odgovornosti, *Osiguranje*, Zagreb, br. 10., 2008., str. 24. – 25.

⁶⁰ CRNIĆ, I.: Odštetno pravo, *Zgombić&Partneri*, Zagreb, 2008., str. 476.

⁶¹ Stupanjem na snagu ZOO/2005 (1. siječnja 2006. god.) izmijenjen je koncepcijski i sadržajno institut neimovinske štete kako u samom pojmu i odgovornosti za neimovinsku štetu, tako i vezano za njezino popravljnje i dospijeće.

⁶² Vidi presude Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-459/90 od 26.06.1990. god. (PSP-50), Rev-2374/94 od 05.05.1997. god. (Izbor odluka 2/97), Rev-375/87 od 03.06.1987. god. (PSP-36), Rev-1275/08 od 28.01.2009. god., Rev-2757/11 od 27.03.2012. god., Revx-1029/11-2 od 28.05.2013. god.,

Prema odredbi čl.1100. *ZOO/2005* kod povrede prava osobnosti⁶³ (neimovinska šteta)⁶⁴ pravična novčana naknada dosuđuje se samo kada to opravdavaju okolnosti slučaja i težina povrede te nezavisno o postojanju (naknade) imovinske štete, a i kad nje nema. Da bi ostvario pravo na ovu naknadu oštećenik treba pravno valjanim dokazima dokumentirati i dokazati da mu je šteta čiju naknadu zahtijeva nastala, odnosno, treba dokazati, uz ostvarenje ostalih zakonskih pretpostavki odštetne odgovornosti (štetna radnja, uzročna veza, protupravnost), postojanje i opseg nastale štete. Pri odlučivanju o visini pravične novčane naknade sud će voditi računa o jačini i trajanju povredom izazvanih fizičkih boli, duševnih boli i straha, cilju kojemu služi ta naknada, ali i o tome da se njome ne pogoduje težnjama koje nisu spojive sa njezinom naravi i društvenom svrhom (čl.1100.st.2. *ZOO/2005*).⁶⁵ Povoljne posljedice izmijenjenog poimanja neimovinske štete su da sudac, a ne vještak u većoj mjeri kreira visinu novčane naknade (jer „povreda prava osobnosti“ nije primarno medicinski nego pravni pojam).⁶⁶

U smislu odredaba čl.1103. *ZOO/2005* o dospijeću obveza pravične novčane naknade, kao opće odredbe o dospijeću neimovinske štete, ta šteta načelno dospijeva onog dana kada oštećenik osobi odgovornoj za štetu (štetniku ili odgovornom osiguratelju) podnese pisani odštetni zahtjev ili tužbu,⁶⁷ pri čemu jedinu iznimku predstavlja situacija kada se zahtijeva naknada neimovinske štete koja je nastala kasnije, što u praktičnoj primjeni pred sudovima izaziva najviše prijemora i

Rev-1056/02-2 od 12.02.2003. god., Rev-1071/09-2 od 13.07.2005. god., Rev-1145/09 od 28.04.2010. god.

⁶³ Prava osobnosti su ona prava koja su prirođena fizičkoj osobi i koja ona stječe činom rođenja (tako prema CRNIĆ, I.: Odštetno pravo, *op.cit.*, str. 563.).

⁶⁴ Neimovinska se šteta odražava u povredi subjektivnih neimovinskih prava, a prema prihvaćenoj objektivnoj koncepciji čini je već sama povreda prava osobnosti, dok su pretrpljeni bolovi i strah izazvani štetnom radnjom samo načini izražavanja odnosno pojavni oblici povrede prava osobnosti koji se, uz druge relevantne okolnosti, uzimaju u obzir pri utvrđivanju visine pravične novčane naknade (LEDIĆ, S.: Naknada neimovinske štete zbog povrede prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje u praksi Županijskog suda u Splitu, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str.107.). Više o novom konceptu neimovinske štete vidjeti SALAHOVIĆ, S.: Naknada neimovinske štete – najčešći problemi u praksi, *op.cit.*, str.141. – 142.

⁶⁵ Više o zapreci prodora lukrativnosti i komercijalizacije u to pravno područje vidjeti CRNIĆ, I.: Neimovinska šteta, Organizator, Zagreb, 2006., str. 184.

⁶⁶ LIOVIĆ MERKAŠ, J.: Aktualni problemi prvostupajskih sudova pri utvrđivanju visine novčane naknade neimovinske štete, *op.cit.*, str. 91.

⁶⁷ U svojoj odluci Županijskog suda u Splitu Gžnš-380/13 od 07.02.2014. god. zauzeto je pravno stajalište da tužitelju, oštećeniku u prometnoj nezgodi koja se dogodila 07.04.2010.god., na dosuđene iznose glavnice naknade neimovinske štete zbog povrede prava osobnosti pripadaju zakonske zatezne kamate od dana podnošenja pisanog zahtjeva za naknadu kojeg je uputio tuženiku kao odgovornom osiguratelju, temeljem odredaba čl.1103. *ZOO/2005* i čl.12.st.4. *ZOOP*-a kao mjerodavnih materijalnopравnih odredaba. Utoliko je preinačena prvostupajnska presuda i odbijen tužbeni zahtjev radi isplate zakonskih zateznih kamata na dosuđeni iznos naknade za razdoblje od nastanka štetnog događaja do dana kada je oštećenik odgovornom osiguratelju podnio obrazložen pisani odštetni zahtjev i pripadajuću medicinsku dokumentaciju.

različitih tumačenja. Nema dvojbe da je na ovaj način, određivanjem dospijeća naknade trenutkom kada oštećenik podnese pisani zahtjev za njezinu isplatu,⁶⁸ oštećeniku omogućeno ostvarenje prava na isplatu zateznih kamata na pripadajući iznos naknade nastale neimovinske štete i to od trenutka kada je od odgovorne osobe pisanim zahtjevom zatražio isplatu naknade,⁶⁹ čak i u okolnostima kada se visina te naknade utvrđuje kasnije, u sudskom postupku prema kriterijima i na temelju utvrđenih odlučnih činjenica u vrijeme presuđenja.⁷⁰ Značajno je uočiti kako je navedeno rješenje *in favorem* oštećenika. Nedostavljanjem dokaza o odgovornosti i obujmu štete oštećenik zapravo čini štetu odgovornoj osobi, jer joj nastaje obveza plaćanja zateznih kamata, a da ona nema saznanja o činjenicama koje su nužne da bi mogla donijeti odluku o tome postoji li uopće njezina odgovornost isplate pravične novčane naknade za neimovinsku štetu, a onda i u kojem obujmu te stoga osiguratelj mora pokazati bitno veći stupanj aktivnosti nego što je bilo do sada kad se uglavnom očekivalo da oštećenik daje isprave odnosno dokaze iz kojih se moglo zaključivati o postojanju odnosno nepostojanju njegova prava na odštetu.⁷¹ U tom će smislu odgovorne osobe morati i same, odmah po primitku obavijesti da se štetni događaj zbio, bez odgode prikupljati od nadležnih tijela (primjerice policije, državnog odvjetništva, sudova, zdravstvenih ustanova i drugih) sve podatke koji im pružaju temelj za zaključivanje postoji li pravo na odštetu i u kojem iznosu.⁷² Predmetna odredba bit će poticaj štetniku ili drugoj odgovornoj osobi da brže nego dosad razmotri odštetni zahtjev odnosno da oštećeniku ponudi i isplati pravičnu novčanu naknadu u što kraćem roku, jer u

⁶⁸ Odštetni zahtjev podrazumijeva zahtjev osiguranika da mu se isplati osigurnina, a taj zahtjev ne mora biti vremenski istovjetan s obavješću o nastanku osiguranog slučaja (ČURKOVIĆ, M.: Komentar Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, *op.cit.*, str. 69.).

⁶⁹ Presudom GŽ-2109/12 Županijskog suda u Rijeci od 10.04.2013.god., sud je preinačio prvostupanjsku presudu i tužitelju dosudio pripadajuće zatezne kamate na dosuđeni iznos glavnice naknade od podnošenja pisanog zahtjeva tuženiku nakon što je u postupku utvrđeno da je tuženik (odgovorni osiguratelj) po podnesenom zahtjevu u mirnom postupku tužitelju (oštećeniku u prometu) isplatio određeni novčani iznos kao nesporni iznos naknade, a ne i pripadajuću naknadu u cijelosti. U tom smislu, odlučna je bila činjenica da je oštećenik zahtjev u mirnom postupku podnio nakon što je liječenje bilo dovršeno i time naknada neimovinske štete dospjela, što je utvrđeno medicinskim vještačenjem, a tuženik nije osporavao da je već zahtjevu bila priložena dostatna i potpuna medicinska dokumentacija temeljem koje je osiguratelj mogao utvrditi cjelokupnu štetu i isplatiti naknadu tužitelju. Više o dvojbama glede primjene čl. 1103.ZOO/2015 u smislu prostora za zlouporabu od strane oštećenika vidjeti CRNIĆ, I.: Zakon o obveznim odnosima, *op.cit.*, str. 1527.

⁷⁰ Više o pravu na pravičnu novčanu naknadu te odlučivanju u pogledu visine pravične novčane naknade vidjeti JAKOVINA, D.: Problematika uz odlučivanje o visini pravične novčane naknade, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 100. – 103.

⁷¹ CRNIĆ, I.: Zakon o obveznim odnosima, *op.cit.*, str. 1527., 1529. Više o nedostavljanju dokaza uz odštetni zahtjev (neobrazloženog i nedokumentiranog odštetnog zahtjeva odnosno tužbe) i plaćanju zateznih kamata od strane osiguratelja vidjeti KRALJ, L.: Problematika kod utvrđivanja neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 162. – 163.

⁷² CRNIĆ, I.: Zakon o obveznim odnosima, *op.cit.*, str. 1529.

protivnom štetnika ili drugu osobu odgovornu za popravljjanje štete terete zatezne kamate.⁷³

U početku primjene mjerodavnih odredaba *ZOO/2005* i *ZOOP*-a, s obzirom na novu koncepciju naknade neimovinske štete - koju čini sama povreda prava osobnosti, dok ranije samostalni oblici nematerijalne štete (fizički bolovi, strah, duševne boli zbog umanjenja životnih aktivnosti i naruženosti), sada predstavljaju samo kvalifikatorne okolnosti značajne za visinu naknade - postavilo se pitanje može li istaknutim zahtjevom oštećenik potraživati pravičnu novčanu naknadu na ime neimovinske štete cjelovito zbog povrede određenog prava osobnosti u jednom iznosu ili je pak dužan navesti poseban novčani iznos kojeg potražuje za svaku pojedinu kvalifikatornu okolnost.

Sudska praksa je u međuvremenu prihvatila stajalište po kojem se neimovinska šteta popravljja dosuđenjem pravične novčane naknade u slučaju povrede prava osobnosti u jednom cjelovitom iznosu u kojem mogu i trebaju biti izražene sve negativne posljedice po oštećenikovo zdravlje kao okolnosti koje utječu na visinu naknade, ukoliko se mogu svrstati u kategoriju okolnosti određenih čl.1100.st.2. *ZOO/2005* („...vodeći računa o jačini i trajanju posljedica povredom izazvanih fizičkih boli, duševnih boli i straha...“). Pri tome, naravno, treba voditi računa o stajalištima dosadašnje sudske prakse, ali i o činjenici da povredu prava osobnosti zbog takvog zakonskog određenja iz čl.19.st.2. *ZOO/2005*, predstavlja ukupnost tjelesnog i duševnog zdravlja pa, u tom smislu, treba o svim manifestacijama posljedica na takvu zaštićenu cjelinu prosuđivati vrednujući svaku manifestaciju posljedica kao dio jedne ukupne štete.⁷⁴

Citirane odredbe ukazuju na pravo i obvezu oštećenika, a i odgovornog osiguratelja, da pri podnošenju i obradi odštetnih zahtjeva postupaju sukladno osnovnim načelima obveznog prava, posebno načelu savjesnosti i poštenja, načelu zabrane zlouporabe prava i zabrane prouzročenja štete te da na taj način svojim postupanjem doprinesu što većem broju riješenih odštetnih zahtjeva u mirnom postupku, a time smanjenju opterećenja sudova i manjem broju sudskih postupaka po odštetnim zahtjevima. Temeljem prethodno analiziranim pravnim rješenjima prema *ZOOP*-u i *ZOO/2005* smatramo da je oštećenik odgovornoj osobi za štetu, odnosno, odgovornom osiguratelju dužan podnijeti obrazloženi pisani zahtjev dokumentiran i potkrijepljen odgovarajućom medicinskom dokumentacijom iz koje će biti moguće zaključiti određene pravno značajne okolnosti za postojanje i obujam štete, točnije, smatramo da je zahtjevu nužno priložiti medicinske nalaze i

⁷³ CRNIĆ, I.: Zatezne kamate u slučaju naknade štete i iz odnosa osiguranja, Organizator, Zagreb, 2008, str. 17.

⁷⁴ Vidi presudu Županijskog suda u Splitu, Gžnš-380/13 od 26.09.2013. god.

mišljenja⁷⁵ temeljem kojih će odgovorni osiguratelj moći utvrditi, po mogućnosti, ukupnost posljedica izazvanih štetnom radnjom i sve kvalifikatorne okolnosti na koje upućuju spomenute odredbe čl.1100.st.2. *ZOO/2005*, kako bi utvrdio osnovanost i visinu zahtjeva te izvršio obvezu obeštećenja oštećenika poštujući rokove iz čl.12. *ZOOP-a*.

Ne bi trebalo biti sporno da, ukoliko oštećenik odštetni zahtjev za naknadu neimovinske štete podnese nakon što je njegovo liječenje završeno i nakon što se njegovo zdravstveno stanje stabiliziralo, odgovorni osiguratelj ima mogućnost temeljem toga zahtjeva utvrditi njegovu osnovanost i visinu, naravno, pod pretpostavkom da je zahtjev obrazložen i potpun te da je istom priložena relevantna medicinska dokumentacija, kako je to naprijed navedeno. Međutim, u praksi se često događa da oštećenik pisani odštetni zahtjev podnosi osiguratelju prije završetka liječenja i prije konačnog stabiliziranja njegovog zdravstvenog stanja, nerijetko uz vrlo oskudnu medicinsku dokumentaciju koja nije dostatna za ocjenu postojanja i obujma štete te štetnih posljedica. U tim okolnostima, postaje upitna realna i objektivna mogućnost obrade odštetnog zahtjeva i isplate pravične novčane naknade od strane odgovornog osiguratelja u propisanom mirnom postupku, a u tom kontekstu dvojbeno je i pravo oštećenika na isplatu zakonskih zateznih kamata na naknadu koja se u sudskom postupku utvrđuje prema kriterijima i na temelju relevantnih činjenica u trenutku donošenja prvostupanjske presude. S aspekta odredaba čl.1103. *ZOO/2005*, u navedenoj situaciji, potrebno je ocijeniti radi li se, u svakom konkretnom slučaju, o šteti koja je eventualno nastala kasnije, nakon podnošenja odštetnog zahtjeva, u kojem slučaju, oštećenik ne bi imao pravo na zatezne kamate od podnošenja manjkavog zahtjeva osiguratelju, nego tek od donošenja prvostupanjske presude kojom je visina naknade (ne samo osnova imajući u vidu mogućnost donošenja međupresude) određena.⁷⁶

⁷⁵ Detaljnije vidi *supra*, poglavlje 2.2.

⁷⁶ U odluci Županijskog suda u Splitu Gžnš-324/11 od 26.09.2013.god., izraženo je pravno stajalište da je za ocjenu je li potraživanje naknade neimovinske štete dospjelo u trenutku podnošenja tužbe u smislu odredaba čl.1103. *ZOO-a*, nužno prethodno utvrditi je li u tom trenutku bilo dovršeno liječenje tužiteljice, odnosno, je li šteta nastala nakon što je tužba podnesena. Naime, prvostupanjski sud je tužiteljici dosudio na iznos glavnice naknade neimovinske štete zatezne kamate od dana kada je tužiteljica podnijela tužbu (s obzirom da nije ranije podnosila odštetni zahtjev odgovornom osiguratelju) jer je smatrao da je tada naknada dospjela. U štetnom događaju, temeljem kojeg se zahtijeva naknada neimovinske štete zbog povrede prava osobnosti, prema utvrđenjima sudova zasnovanima na pregledanoj medicinskoj dokumentaciji koja je dostavljena uz tužbu i koja je poslužila kao osnova (radni materijal) liječničkih vještačenja. Liječničkim vještačenjem te pregledom medicinske dokumentacije utvrđeno je da je tužiteljica posljedično trpjela strah i fizičke bolove, kao i da je njezino povrijeđivanje rezultiralo trajnim smanjenjem životnih aktivnosti procijenjenim u postotku od **71 %**, koji će se očitovati u smetnjama pri vožnji automobila, pri okretanju glave, kod vezanja pojasa u automobilu, kod rada sa savijenom glavom, kod nošenja teških tereta, kod rada s uzdignutim rukama, teškoćama disanja i pojačanim naporima blažeg intenziteta te pri fizičkim poslovima u kojima se traži uporaba desne šake i podlaktice. Tuženik je prigovorio da je liječenje tužiteljice dovršeno nakon utuženja, točnije, da u trenutku podnošenja tužbe šteta nije nastala i poznata jer liječenje nije bilo dovršeno, a što bi se dalo razumijeti i iz nalaza i mišljenja vještaka spec. neurologa te

U odnosu na zahtjev oštećenika da mu se dosudi pravična novčana naknada i za buduću neimovinsku štetu⁷⁷ sud će istu dosuditi ako je izvjesno da će ona trajati i u budućnosti (čl. 1104. ZOO/2005). Ipak, važno je razlikovati štetu nastalu trenutkom njezina prouzročenja i štetu nastalu trenutkom nastupanja štetnih posljedica. Oštećeniku se pravična novčana naknada u pravilu dosuđuje u jednom iznosu, i to za već nastale, ali i za buduće posljedice, tj. za štetu nastalu do donošenja presude i za njezino trajanje u budućnosti.⁷⁸ U praksi se postavlja pitanje dospijeeća buduće tzv. samostalne štete čiji je obujam neizvjestan i ne može se utvrditi u trenutku podnošenja odštetnog zahtjeva i njegove obrade pa niti tijekom sudskog postupka, s obzirom na dostupnu i raspoloživu medicinsku dokumentaciju te stručna mišljenja vještaka liječnika. Nerijetko je potrebno dokazati postojanje uzročno-posljedične veze između štete koja se manifestira naknadno, nakon podnošenja pisanog zahtjeva odgovornom osiguratelju, odnosno, nakon podnošenja tužbe, osobito u situaciji kada ta šteta ili njezino moguće nastupanje nisu bili evidentirani u nalazima liječnika i priloženoj medicinskoj dokumentaciji uz zahtjev odnosno uz tužbu.⁷⁹ Smatramo da je u tim okolnostima, unatoč manjkavosti medicinske dokumentacije, od odlučnog značenja izvesti dokaz liječničkim vještačenjem koje treba odgovoriti na pitanje je li očuvana uzročno-posljedična veza između naknadno nastale štete (naknadno utvrđene štetne posljedice) i samog štetnog događaja na kojem se temelji odštetni zahtjev protiv odgovornog osiguratelja, odnosno, povrede koju je oštećenik zadobio u štetnom događaju.⁸⁰ Upitno jest je li osiguratelj i u navedenim okolnostima u obvezi na pravičnu novčanu naknadu

vještaka spec. ortopeda koji su se izjasnili o završetku liječenja 4 do 5 mjeseci nakon provedene fizikalne terapije, a što predstavlja razdoblje nakon podnošenja tužbe. Utoliko je drugostupanjski sud prihvatio žalbu tuženika, ukinuo prvostupanjsku presudu u dijelu dosuđenih zakonskih zateznih kamata na iznos glavnice naknade neimovinske štete te je u tom dijelu predmet vratio prvostupanjskom sudu da utvrdi trenutak završetka liječenja i time trenutak nastanka štete tužiteljici, od kada bi tužiteljica mogla osnovano od odgovornog osiguratelja zahtijevati isplatu pripadajućih zateznih kamata.

⁷⁷ Buduća šteta je šteta koja je prouzročena u sadašnjosti, ali će štetne posljedice nastupiti i u budućnosti (GORENC, V. i dr.: Komentar Zakona o obveznim odnosima, PRIF Plus, Zagreb, 2005., str. 1727.).

⁷⁸ CRNIĆ, I.: Zakon o obveznim odnosima, *op.cit.*, str. 1530.

⁷⁹ U praksi su se pojavili slučajevi gdje se kao posljedica udarca u štetnom događaju naknadno razvija hematoma koji uz značajni vremenski odmak može uzrokovati teže zdravstvene komplikacije za koje je, tek u sudskom postupku, potrebno utvrditi uzročno-posljedičnu vezu sa štetnim događajem i nastalim povredama, a poznati su i primjeri u praksi komplikacija u liječenju prijeloma zbog naknadnog razvoja infekcija uzrokovanih bakterijama, u kojem je slučaju također sporan trenutak nastanka štete, odnosno, dospijeeća naknade iste, kao što se po naravi stvari uvijek može nametnuti kao sporno o pitanje eventualnog doprinosa oštećenika šteti te pitanje očuvanosti uzročno-posljedične veze tih posljedica sa štetnim događajem. S tim u svezi, osobito je važna potpunost medicinskih nalaza izrađenih neposredno nakon nastanka štetnog događaja i zadobivanja povreda, a u kojima bi nadležni liječnici trebali evidentirati i utvrditi sve vidljive manifestacije povrede i moguće odgođene posljedice, kako teret eventualnih propusta liječnika ne bi pao na odgovornog osiguratelja kroz obvezu plaćanja zakonskih zateznih kamata.

⁸⁰ Više o neujednačenosti kriterija pri medicinskim vještačenjima vidjeti KRALJ, L.: Problematika kod utvrđenja neimovinske štete, *op.cit.*, str. 163. – 164.

utvrđenu u sudskom postupku isplatiti zatezne kamate od dana podnošenja odštetnog zahtjeva ili pak od dana donošenja prvostupanjske presude u sudskom postupku kojom je utvrđeno postojanje štete i njezina visina. Mišljenja smo da bi i na ove okolnosti trebalo izvesti dokaz liječničkim vještačenjem po vještacima odgovarajuće medicinske specijalnosti (s obzirom da se radi o specifičnom znanju kojim sud ne raspolaže) kako bi se utvrdilo je li već na temelju medicinske dokumentacije koja je priložena odštetnom zahtjevu bilo moguće utvrditi sve elemente štete, uključujući i njezin obujam, odnosno, cjelokupan obujam tražene naknade neimovinske štete i njezinih kvalifikatornih kriterija, o čemu ovisi dospijeće pravične naknade i pravo oštećenika da od osiguratelja naplati zatezne kamate od trenutka kada mu je dostavio pisani odštetni zahtjev.⁸¹

Smatramo da, premda ima i drugačijih razmišljanja, osiguratelj nije u obvezi oštećenom isplatiti zatezne kamate na cjelokupni iznos naknade od podnošenja zahtjeva ukoliko mu temeljem medicinske dokumentacije koju je oštećenik priložio zahtjevu nije bilo moguće utvrditi sve elemente štete te sve trenutne i potencijalne posljedice štetne radnje, ako je osiguratelj isplatio naknadu za štetu koju je bilo moguće utvrditi.

4. ZAKLJUČAK

Osiguranje od automobilske odgovornosti kao najstarije obvezno osiguranje u prometu ima za cilj pružiti zaštitu pravima trećih oštećenih osoba u cestovnom prometu. Dostavljanje osnovnih podataka potrebnih za likvidaciju štete prema *direktivi 2009/103/EZ* te implementacija predmetnih rješenja u *ZOOP* ukazuju nam na poseban značaj podataka o prometnim nesrećama od strane zdravstvenih ustanova (medicinske dokumentacije) u smislu rješavanja odštetnih zahtjeva. Navedena dokumentacija od osobite je važnosti za dokazivanje i ostvarivanje prava na naknadu štete nastale kao posljedica prometne nesreće. Postupak i rokovi rješavanja odštetnih zahtjeva iz obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti uređeni su čl. 12. *ZOOP*-a i primjenjuju se na sve vrste obveznih osiguranja u prometu. Budući da *ZOOP*-om nije pomno uređen sadržaj dokumentacije koju je oštećenik dužan priložiti uz odštetni zahtjev stvoren je problem nedokumentiranosti odštetnog zahtjeva i osigurateljeva nastojanja da se rok od 60 dana od dana primitka odštetnog zahtjeva (unutar kojeg je osiguratelj dužan utvrditi osnovanost i visinu odštetnog zahtjeva te dostaviti podnositelju

⁸¹ Više vidi ŠKAVIĆ, J.; PETROVEČKI, V.: Sudsko-medicinski problem vještačenja naknade neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010., str. 168. – 174.

zahtjeva obrazloženu ponudu za naknadu štete ili utemeljen odgovor na sve točke iz odštetnog zahtjeva tj. riješiti odštetni zahtjev) tumači kao rok koji počinje teći od dana primitka dokumentiranog odštetnog zahtjeva. *ZOOP* i *ZOO*-a nisu detaljnije odredili na koji način je oštećenik dužan obrazložiti i dokumentirati odštetni zahtjev (u mirnom nesudskom postupku), točnije, koju je pisanu, a osobito medicinsku dokumentaciju kojom će dokazati štetu i obujam štetnih posljedica, oštećenik dužan priložiti odštetnom zahtjevu. S obzirom na izneseno autori su ukazali na pravnu prazninu u zakonodavnom normiranju te nedoumice kod primjene citiranih zakonskih odredaba ostavljajući mogućnost određenih zlouporaba kako od strane oštećenika (vezano za (ne)prilaganje odgovarajuće medicinske dokumentacije i medicinskog vještva za štetu koja je već nastala) tako i od strane štetnika - odgovornog osiguratelja (kod mogućeg odugovlačenja obrade zahtjeva). Ukazujući na nedostatnost pravnog normiranja slučajeva nedokumentiranosti odštetnog zahtjeva oštećenika, traženja dopune odštetne dokumentacije od strane osiguratelja u hrvatskom osigurateljnom pravnom poretku, autori su u radu iznijeli i europska pravna ishodišta po uzoru na koja je potrebno normirati predmetnu problematiku budući da su rokovi za rješavanje odštetnih zahtjeva u Republici Hrvatskoj znatno kraći od onih propisanih europskim pravom osiguranja od automobilske odgovornosti.

Dospijeće naknade neimovinske štete u našem pravnom sustavu (za razliku od naknade imovinske štete čije dospijeće je regulirao i *ZOO/1991*) prvi put je određeno odredbama *ZOO/2005* te *ZOOP*-a, prema kojim obveza pravične novčane naknade dospijeva danom podnošenja pisanog zahtjeva ili tužbe, osim ako je šteta nastala nakon toga. Aktualno zakonsko rješenje, s obzirom na raniju sudsku praksu po kojoj je naknada nematerijalne štete dospijevala danom donošenja prvostupanjske presude, odgovornog osiguratelja (kojem se nerijetko podnose nepotpuni i nedovoljno dokumentirani odštetni zahtjevi) dovodi u nepovoljniji položaj. Iznoseći pravnu analizu dospijeca naknade štete u kontekstu važećih mjerodavnih zakonskih odredaba, autori upućuju na određene nedoumice i probleme koji se javljaju u sudskoj praksi pri njihovoj primjeni, iznoseći pri tome vlastita razmišljanja i moguća rješenja konkretnih pravnih pitanja i uočenih pravnih praznina.

SUMMARY

MATURITY OF DAMAGE RECOVERY PURSUANT TO ACT ON COMPULSORY INSURANCE WITHIN THE TRANSPORT SECTOR WITH REGARD TO THE NON-SUBMITTANCE OF MEDICAL DOCUMENTATION WITH INSURANCE CLAIM

In presenting the specificities of legislation framework within the procedure and terms of settling the insurance claims for vehicle insurance liability, and the maturity of damage recovery pursuant to the compulsory provisions of Act on Compulsory Insurance within the Transport Sector and General Obligation Law, the authors evidence the discrepancies of the Croatian provision on sixty-day term from the date of receipt of damage claim, within which term the insurer is committed to resolve the claim, and the EU directive 2009/103/EZ relating to insurance against civil liability in respect of the use of motor vehicles, and the enforcement of the obligation to insure against such liability prescribing a three-month-term, within which term the insurer is committed to resolve a claim. Although the Croatian provision for sixty-day-term tends to be in favorem of the claimant, it does not provide the protection and legal security to the insurer, due to the problem to actually document the claim, as per the Croatian legal framework and insurance provisions. Therefore, the authors analyse the judicial praxis, as regards the documentation of the claim, e.g. the consequences of non-documenting the claim itself. A special chapter is dedicated to the analyses of maturity damage recovery, pursuant to the provisions of Act on Compulsory Insurance within Transport Sector and General Obligation Law, indicating the specificities of the solutions, as per the legal framework, by which the maturity of damage recovery for non-material claims is determined, herein regarded as much more unfavourable for the insurer.

Key words: *automobile liability insurance, insurance claim documents,
maturity of damage recovery*

POPIS LITERATURE

Članci i knjige:

BELANIĆ, L.: Treće osobe u osiguranju od automobilske odgovornosti, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, br. 1., 2007.

BOŠKOVIĆ, Z.: Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske, Pravo u gospodarstvu, Zagreb, br.1., 2005.

BREŽANSKI, J.: Odgovornost za štetu od opasne stvari izazvane motornim vozilom u pogonu, u: Odgovornost za štetu i osiguranje od odgovornosti za štetu, Inženjerski biro, Zagreb, 2011.

CEROVIĆ, M.: Visina pokrića u osiguranju od građanskopravne odgovornosti iz upotrebe motornog vozila, *Evropska revija za pravo osiguranja, Udruženje za pravo osiguranja Srbije*, br.1., 2014.

CLARK, M.: *The law of insurance contracts*, Informa, London, 2009.

CRNIĆ, I.: Naknada nematerijalne štete – neka pitanja, *Godišnjak „Aktualnosti hrvatskog zakonodavstva i pravne prakse“*, Organizator, Zagreb, br. 8., 2002.

CRNIĆ, I.: *Neimovinska šteta*, Organizator, Zagreb, 2006.

CRNIĆ, I.: *Zakon o obveznim odnosima*, Organizator, Zagreb, 2006.

CRNIĆ, I.: *Odštetno pravo*, Zgombić&Partneri, Zagreb, 2008.

CRNIĆ, I.: Zatezne kamate u sporovima za naknadu štete, *Osiguranje*, Zagreb, br. 5., 2002.

CRNIĆ, I.: Zatezne kamate u slučaju naknade štete i iz odnosa osiguranja, *Organizator*, Zagreb, 2008.

ČIZMIĆ, J.: Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji, *Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci*, Rijeka, br.1., 2009.

ČIZMIĆ, J.: *Medicinska dokumentacija*, Zbornik radova „Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse“, Novalja-Split, 2011.

ČIZMIĆ, J.: O vještačenju u parničnom postupku s posebnim osvrtom na vještačenje u području medicine, *Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci*, Rijeka, br.1., 2011.

ČURKOVIĆ, M.: *Komentar Zakona o obveznim osiguranjima u prometu*, Inženjerski biro, Zagreb, 2013.

ČURKOVIĆ, M.: *Instrumentarij aktivne obrade odštetnih zahtjeva iz osiguranja autoodgovornosti*, *Osiguranje*, Zagreb, br. 10., 2003.

ČURKOVIĆ, M.: Minimalne osigurane svote i rokovi za rješavanje odštetnih zahtjeva u obveznom osiguranju od automobilske odgovornosti kao instrument zaštite oštećenih, *Hrvatska pravna revija*, Zagreb, br.1., 2008.

DOBRIĆ, S.: Početak tijeka zatezne kamate na naknadu neimovinske štete, *Hrvatska pravna revija*, br.12., 2007.

GORENC, V. i dr.: *Komentar Zakona o obveznim odnosima*, PRIF Plus, Zagreb, 2005.

GRBIN, I.: Napomene uz odredbe Zakona o obveznim odnosima (Nar. nov., br. 35/05 i 41/08) o odgovornosti za štete izazvane motornim vozilom u pogonu, u: *Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja*, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

GRGIĆ, M.: Zatezne kamate u obradi štete od automobilske odgovornosti, *Osiguranje*, Zagreb, br. 10., 2008.

GUGIĆ, T.: Dokazna sredstva u postupcima naknade štete – korištenje službenih zabilješki policije, *Osiguranje*, Zagreb, br. 7. – 8., 2009.

JAKAŠA, B.: *Pravo osiguranja*, Pravni fakultet u Zagrebu, Zagreb, 1984.

JAKOVINA, D.: Problematika uz odlučivanje o visini pravične novčane naknade, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

KARANIKIĆ MIRIĆ, M.: Odgovornost vlasnika motornog vozila kao preduslov obveze osiguravača, Pravni život, Udruženje pravnika Srbije, Beograd, br. 10., 2011.

KAUZLARIĆ, Ž.: Vlastito pravo oštećenika i direktna tužba (actio directa) prema ZOO, uz poseban osvrt na pravo podnošenja odštetnog zahtjeva prema čl.12. Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Hrvatska pravna revija, Zagreb, br.12., 2007.

KOCHENBURGER, P.; SALVE, P.: An introduction to insurance regulation, u: Research handbook on international insurance law and regulation, Edward Elgar Publishing, USA, 2012.

KRALJ, L.: Problematika kod utvrđivanja neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

LEDIĆ, S.: Naknada neimovinske štete zbog povrede prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje u praksi Županijskog suda u Splitu, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

LIOVIĆ MERKAŠ, J.: Aktualni problemi prvostupajskih sudova pri utvrđivanju visine novčane naknade neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

LUI, A.: Obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti (novine koje se očekuju u novom Zakonu o obveznim osiguranjima u prometu), u: Ugovor o osiguranju prema novom ZOO, Inženjerski biro, Zagreb, 2005.

LUI, A.: Nepoštivanje Kodeksa poslovne osiguravateljne i reosiguravateljne etike, Osiguranje, Zagreb, br. 10., 2008.

MATIJEVIĆ, B.: Osiguranje u praksi, Naklada, Zadar, 2007.

MATIJEVIĆ, B.: Osiguranje, Management, Ekonomija, Pravo, Naklada, Zadar, 2010.

MATIJEVIĆ, B.: Medicinska dokumentacija i odgovornost za štetu, Osiguranje, Zagreb, br.7.-8., 2009.

MATIJEVIĆ, B.: Vještaci, Osiguranje, Zagreb, br.1. - 2., 2003.

MATIJEVIĆ, B.: Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Osiguranje, Zagreb, br. 6. – 7., 2013.

MATULOVIĆ, M.: Utjecaj direktiva EU na Zakona o obveznim osiguranjima u prometu, Osiguranje, Zagreb, br. 12., 2013.

PAVIĆ, D.: Ugovorno pravo osiguranja, Tectus, Zagreb, 2009.

PAUKOVIĆ, H.: Zakon o obveznim osiguranjima u prometu – osiguranje od automobilske odgovornosti – društveni interes za zaštitu oštećenih osoba, u: Naknada

neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

RADIONOV RADENKOVIĆ, N.: Zaštita prava putnika u cestovnom prometu i uloga osiguranja, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, Zagreb, br.1.-2., 2008.

RADIŠIĆ, J.: Medicinsko pravo, Nomos, Beograd, 2004.

SABLJIĆ, R.: Utjecaj zakonskih promjena na obradu odštetnih zahtjeva iz obveznih osiguranja od autoodgovornosti, Osiguranje, Zagreb, br. 5., 2012.

SALAHović, S.: Naknada neimovinske štete – najčešći problemi u praksi, u: : Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

STANIŠIĆ, S.: Motorno vozilo i saobraćajna nezgoda kao karakteristične pretpostavke odgovornosti za štetu, Pravna riječ, Banja Luka, 2010.

ŠKAVIĆ, J.; PETROVEČKI, V.: Sudsko-medicinski problem vještačenja naknade neimovinske štete, u: Naknada neimovinske štete – nove hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja, Inženjerski biro, Zagreb, 2010.

ŠTIMAC, S.; MAROVIĆ, A.; ŠARIĆ, J: Medicinski i pravni kriteriji u postupcima naknade nematerijalne (neimovinske) štete, Osiguranje, Zagreb, br.10., 2010.

ŠULEJIĆ, P.: Pravo osiguranja, Centar za publikacije Pravnog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2005.

TRIVA, S.; DIKA, M.: Građansko parnično procesno pravo, Narodne novine, Zagreb, 2004.

Pravni propisi:

Direktiva 2000/26/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. svibnja 2000. god. o usklađivanju zakona država članica na području osiguranja od građanskopravne odgovornosti za upotrebu motornih vozila kojom se dopunjuju i izmjenjuju direktive Vijeća 73/239/EEZ i 88/357/EEZ, Official Journal of the European Union, L181, 20.7.2000.

Direktiva 2009/103/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. god. u odnosu na osiguranje od građanskopravne odgovornosti u pogledu upotrebe motornih vozila i izvršenje obveze osiguranja od takve odgovornosti, Official Journal of the European Union, L263, 7.10.2009.

Zakon o obveznim odnosima (NN, br. 53/1991, 73/1991, 111/1993, 3/1994, 7/1996, 91/1996, 112/1999, 88/2001)

Zakon o obveznim odnosima (NN, br. 35/2005, 41/2008, 125/2011, 78/2015)

Zakon o obveznim osiguranjima u prometu (NN, br. 151/2005, 36/2009, 75/2009, 76/2013, 152/2014)

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznim osiguranjima u prometu iz 2014. god. (NN, br. 152/2014)

Sudska praksa:

Odluka Visokog upravnog suda RH, Poslovni broj: Us-13695/2009-4, 28. studenoga 2012. god.

Presuda Visokog prekršajnog suda Republike Hrvatske, GŽ-4986/12 od 16. listopada 2014. god.

Presuda Županijskog suda u Osijeku, GŽ-1897/13-2 od 25.09.2014. god.

Presuda Županijskog suda u Rijeci GŽ-2109/12 od 10.04.2013.god

Presuda Županijskog suda u Splitu, GŽo-317/11 od 13.12.2012. god.

Presuda Županijskog suda u Splitu, GŽx-1216/12 od 07.02.2013. god.

Presuda Županijskog suda u Splitu, Gžnš-380/13 od 26.09.2013. god.

Presuda Županijskog suda u Splitu, Gžnš-324/11 od 26.09.2013.god

Presuda Županijskog suda u Splitu, Gžnš-380/13 od 07.02.2014. god

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Rev-1131/2004-2 od 13.01.2005.god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-459/90 od 26.06.1990. god. (PSP-50)

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-2374/94 od 05.05.1997.god. (Izbor odluka 2/97)

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-375/87 od 03.06.1987. god. (PSP-36)

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-1275/08 od 28.01.2009. god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-2757/11 od 27.03.2012. god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Revx-1029/11-2 od 28.05.2013. god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-1056/02-2 od 12.02.2003. god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-1071/09-2 od 13.07.2005. god.

Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske Rev-1145/09 od 28.04.2010. god.

Ostala dokumentacija:

Izvješće o tržištu obveznih osiguranja u prometu s posebnim osvrtom na osiguranje od automobilske odgovornosti za 2013.god., Hrvatski ured za osiguranje, Zagreb, travanj 2014.

Mišljenje i tumačenje HANFE od 29. travnja 2010. god. (materijal dostupan na www.hanfa.hr/getfile/12125/3-web-OS-29-04-2010.pdf, 29. svibnja 2015.)

Zdravka Jagić, sudac
Prekršajnog suda u Zagrebu

PREKRŠAJNA ODGOVORNOST ČLANOVA KOMORA U ZDRAVSTVU

UDK: 343. 11 : 614. 25 (497.5)

061. 23 : 614. 25 (497.5)

Primljeno: 15. listopada 2015.

Stručni članak

Prekršajnopravna odgovornost zdravstvenih radnika koji, se u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, učlanjuju u komore u zdravstvu, proizlazi iz prava građana na zdravstvenu zaštitu koja im treba biti pružena u skladu s propisima koji reguliraju obavljanje zdravstvene djelatnosti, liječničkom etikom i deontologijom i obveze zdravstvenih radnika da se opisanih normi pridržavaju. Cilj rada jest analiza prekršajne odgovornosti zdravstvenih radnika kako je ona propisana pojedinim zakonima koji reguliraju obavljanje zdravstvene djelatnosti u kontekstu odredbi Prekršajnog zakona (NN br. 107/07, 39/13, 157/13, 110/15). Rad se u pretežitom dijelu oslanja na zakonske tekstove i ukazuje na primjenu načela prekršajnog prava i drugih materijalnopравnih odredbi Prekršajnog zakona koje se primjenjuju na sve prekršaje, čime je omogućena jednakost svih počinitelja prekršaja pred zakonom. Posebno je ukazano na pojam beznačajnog prekršaja i sporazumijevanje o krivnji i sankcijama kao nove institute prekršajnog prava kojima se omogućava „bezbolniji“ ishod prekršajnog postupka. U odnosu na druge zakone koji propisuju prekršaje, „zdravstveni“ zakoni ne propisuju veliki broj prekršaja. Međutim, visina propisane novčane kazne pogađa svakog počinitelja pa će u provođenju prekršajnog postupka mogu biti primijenjeni instituti ublažavanja kazne i oslobađanja od kazne. Dakako, preduvjet za to je da je u provedenom postupku utvrđena krivnja počinitelja i da sud ocijeni kako će se ciljevi opće i specijalne prevencije ostvariti ublaženom novčanom kaznom ili uz oslobađanje od kazne.

UVOD

Prekršajna odgovornost članova komora u zdravstvu jedan je od vidova odgovornosti zdravstvenih radnika učlanjenih u komore. Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora zdravstvenih radnika i druge komore u zdravstvu su strukovne organizacije sa svojstvom pravne osobe i nositelji su javnih ovlasti. Učlanjenje zdravstvenih radnika je obvezno i kao takvo je propisano odredbom čl. 198. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 150/08, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14). Značaj prekršajne odgovornosti zdravstvenih radnika proizlazi iz prava građana na zdravstvenu zaštitu koja im treba biti pružena u skladu s

propisima koji reguliraju obavljanje zdravstvene djelatnosti, liječničkom etikom i deontologijom i obveze zdravstvenih radnika da se opisanih normi pridržavaju. Smisao prekršajne odgovornosti zdravstvenih radnika jest da unaprijed budu upoznati s mogućnošću sankcioniranja pojedinih propusta učinjenih u obavljanju zdravstvene djelatnosti.

Cilj ovog rada jest analiza prekršajne odgovornosti zdravstvenih radnika kako je ona propisana pojedinim zakonima koji reguliraju obavljanje zdravstvene djelatnosti u kontekstu odredbi Prekršajnog zakona (NN br. 107/07, 39/13, 157/13, 110/15).

Stoga će u ovom radu biti obrađeni pojmovi zdravstvene zaštite, zdravstvene djelatnosti, komora u zdravstvu kako su oni uređeni Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i drugim zakonima i propisima, te prikaz prekršajnih odredbi „strukovnih zakona“¹ u kontekstu materijalnopравnih i postupovnih odredbi Prekršajnog zakona.

Zdravstvena zaštita, u smislu odredbe čl. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Od najranijih vremena zdravstvena zaštita pružana je kroz zdravstvenu djelatnost koja se u pravilu obavljala kao javna služba. Dijelom je to bilo iz razloga što je korištenje zdravstvenih usluga bilo skupo za korisnike, a za davatelje usluga, u pravilu, nije bilo povezano s profitom. Pored toga, „moralna uvjerenja ljudi opirala su se predodžbi da bi obavljanje djelatnosti koje služe pomaganju ljudima u stanju nužde, bilo izvor privatnog profita.“² Okolnost da se zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj obavlja kao javna služba u okviru mreže javne zdravstvene službe te činjenice da je zdravstvena djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku, zahtjeva višeslojnu regulativu te djelatnosti. S obzirom na donositelje propisa kojima se regulira zdravstvena djelatnost, razlikujemo: međunarodno pravo, koje obuhvaća međunarodne ugovore koji obvezuju zemlje koje ih prihvate, domaće zakonodavstvo koje obuhvaća Ustav Republike Hrvatske i zakone koji reguliraju grane i djelatnosti zdravstvene zaštite, tzv. „strukovne zakone“ i tzv. staleško pravo koje obuhvaća normativnu djelatnosti različitih oblika udruživanja, npr. statute komora, etičke kodekse i dr. Razvoj medicinske znanosti rezultirao je potrebom pravne regulative pojedinih grana i postupaka u medicini. U skupinu zakona koji izravno uređuju odnose u zdravstvenoj djelatnosti ubrajaju se Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o liječništvu, Zakon o djelatnostima u zdravstvu,

¹ T. Babić i S. Roksandić: Osnove zdravstvenog prava, Zagreb, Tipex, 2006.g. str. 207

² Eugen Pusić: Međuovisnost djelatnosti i ustrojstva u upravnim organizacijama, Informator, Zagreb, 1999.

Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova tijela u svrhu liječenja i dr. Pored ovih zakona, odredbe zakona kojima se na općenit način uređuju odnosi i odgovornosti, primjenjuju se i na odnose koji nastaju pri pružanju zdravstvene zaštite. Tako su npr. Zakonom o obveznim odnosima općenito regulirane ugovorne i vanugovorne obveze koje odredbe se primjenjuju i na zdravstvene radnike kad sklapaju ugovore u zdravstvenoj djelatnosti i njihovu odgovornost za štetu prouzročenu pacijentu. Ovim i drugim srodnim zakonom regulirana je građanskopravna ili materijalna odgovornost zdravstvenih radnika.³ Pored toga postoji i kaznena i prekršajna odgovornost zdravstvenih radnika. Kaznena odgovornost regulirana je brojnim kaznenim djelima propisanim Kaznenim zakonom kao npr. kaznena djela protiv života i tijela. Prekršajna odgovornost propisana je s više od dvadeset zakona koji reguliraju zdravstvenu djelatnost i pružanje zdravstvene zaštite. Prekršajno mogu odgovarati, osim zdravstvenih radnika, ustanove u zdravstvu, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, ravnatelji ustanova u zdravstvu, uprava trgovačkog društva, privatni zdravstveni radnik i poslodavac.

KOMORE U ZDRAVSTVU

Odredbom čl. 198. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisana je obveza učlanjenja u komore za zdravstvene radnike sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem, prvostupnike te za zdravstvene radnike sa završenom srednjom stručnom spremom. Komore u zdravstvu određene su kao strukovne organizacije zdravstvenih radnika sa statusom pravne osobe. Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne propisuje sankciju za zdravstvenog radnika koji se ne učlani u odgovarajuću komoru. Međutim, upis u imenik (registar) komore jedan je od općih uvjeta za obavljanje liječničke djelatnosti, propisan odredbom čl. 6. st. 1. al. 4. Zakona o liječništvu (NN 121/03, 117/08) ili djelatnosti obuhvaćenih Zakonom o djelatnostima u zdravstvu (čl. 10. st. 1. i 3., čl. 28. st. 1. i 3., čl. 45. st. 1. i 3., čl. 60. st. 1. i 3.). Značaj komora u zdravstvu proizlazi iz javnih ovlasti koje komore imaju, a sastoje se prvenstveno u tome da vode registre (imenike) svojih članova, izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenje za rad (licencije) liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima te obavljaju stručni nadzor nad radom zdravstvenih radnika. Među poslovima koje obavljaju komore jest i suradnja s inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo. Ukoliko pri obavljanju stručnog nadzora utvrdi postojanje određenih nepravilnosti, komora može provesti disciplinski

³ V. P. Klarić: Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih radnika za štetu, HPR br 4 Inženjerski biro, Zagreb, 2001.g

postupak pred sudom časti. Zanimljiva je odredba čl. 42. Zakona o liječništvu prema kojoj policija, državno odvjetništvo i sudovi o svim postupcima koji se vode protiv liječnika obavještavaju ministarstvo nadležno za zdravstvo i Komoru. Imajući u vidu brojnost prekršaja koje liječnici mogu počiniti, kako u obavljanju djelatnosti, tako i kao građani, postavlja se pitanje preciznosti opisane odredbe. Ovo osobito iz razloga što prekršajna nekažnjavanost nije uvjet za dobivanje ili obnavljanje licence.

Zakon o liječništvu

Odredbama čl. 1. Zakona o liječništvu uređen je pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanja liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj. Zakonom su uređena i prava i obveze liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti, osiguranje kvalitete pružene zdravstvene usluge, ustroj Hrvatske liječničke komore, disciplinska odgovornost liječnika, te na kraju i prekršajna odgovornost.

Odredbama čl. 58. zakona o liječništvu propisana je novčana kazna od 5.000,00 do 10.000,00 kuna za fizičku osoba koja pruža liječničku pomoć, a ne ispunjava opće uvjete za obavljanje liječničke djelatnosti.⁴ Opći uvjeti za obavljanje liječničke djelatnosti propisani odredbama čl. 6. Zakona o liječništvu jesu:

- diploma jednog od medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj ili nostrificirana diploma inozemnog medicinskog fakulteta, položen stručni ispit, odnosno specijalistički ispit ili ispit iz uže specijalnosti za samostalan rad u pojedinim specijalističkim, odnosno strukama uže specijalnosti,
- državljanstvo Republike Hrvatske,
- znanje hrvatskog jezika,
- upis u Imenik liječnika Hrvatske liječničke komore,
- odobrenje za samostalan rad.

Odredbama čl. 59. Zakona propisana je novčana kazna u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna za liječnika koji:

1. obavlja liječničku djelatnost izvan opsega određenog odobrenjem za samostalan rad, (članak 15.)
2. uskrati pružiti liječničku pomoć (članak 18.),
3. ne poštuje obvezu čuvanja liječničke tajne (članak 21.),
4. ne izvrši obvezu prijavljivanja (članak 22.),

⁴ čl. 58. Zakona o liječništvu, (NN br 121/03, 117/08) .

5. ne vodi i čuva medicinsku dokumentaciju u skladu s čl. 23. Zakona,
6. ne ispuni obvezu obavještanja drugog liječnika iz čl. 28. Zakona.⁵⁵
Odlučivanje o prekršajnoj odgovornosti nije moguće bez primjene odredbi Prekršajnog zakona.

PRIMJENA ODREDBI PREKRŠAJNOG ZAKONA

U smislu odredbi čl. 11. Prekršajnog zakona, materijalnopravne odredbe tog zakona primjenjuju se na sve prekršaje propisane zakonima i drugim propisima kojima se propisuju prekršaji. Dakle, prekršajne odredbe Zakona o liječništvu ne mogu se primjenjivati izolirano od materijalnopravnih odredbi Prekršajnog zakona.

Prema odredbi č. 1. Prekršajnog zakona prekršaji i prekršajnopravne sankcije propisuju se samo za ona ponašanja kojima se povređuje ili ugrožava javni poredak, društvena disciplina i društvene vrijednosti zajamčene i zaštićene Ustavom Republike Hrvatske, međunarodnim pravom i zakonom, čija zaštita nije moguća bez prekršajnopravnog sankcioniranja, a njihova zaštita se ne ostvaruje kaznenopravnom zaštitom.⁶ Opisanom odredbom zakonodavac isključuje mogućnost dvostrukog kažnjavanja za istu povredu zaštićenog dobra. Isključenje istodobnog kaznenog i prekršajnog progona ogleda se i u obvezi ovlaštenog tužitelja da u optužnom prijedlogu kojim pokreće prekršajni postupak obavezno naznači podatak „je li protiv počinitelja podnesena i kaznena prijava u vezi s istim događajem⁷. U slučaju da je protiv počinitelja pokrenut kazneni postupak, prekršajni postupak će biti obustavljen, odnosno optužba će biti odbijena. Na ovlaštenom tužitelju je odluka hoće li pokrenuti prekršajni postupak ili kazneni postupak. U pravilu će pokrenuti prekršajni postupak kad propust počinitelja nije prouzročio teže štetne posljedice. Intenzitet posljedica čini bitnu razliku između prekršaja i kaznenog djela.⁸

NAČELA PREKRŠAJNOG ZAKONA

Načelo zakonitosti i primjene blažeg propisa zahtjeva da je djelo prije nego je počinjeno, propisano kao prekršaj i za njega propisana vrsta i mjera

⁵ članak 59. Zakona o liječništvu

⁶ članak 1. Prekršajnog zakona

⁷ članak 160. Prekršajnog zakon

⁸ A. Romac, Latinske pravne izreke

prekršajnopravne sankcije (nulum crimen, nulla poena sine lege).⁹ Prekršajni zakon propisuje pravilo da se protiv počinitelja primjenjuje propis koji je bio na snazi u vrijeme počinjenja prekršaja (tempore criminis). Izuzetak od opisanog pravila predstavlja načelo primjen blažeg propisa sadržano u odredbi čl. 3. st. 2. Prekršajnog zakona kojom je propisano: „ako se se propis nakon počinjenja prekršaja, a prije donošenja pravomoćne odluke o prekršaju, izmijeni jedanput ili više puta, primijenit će se propis koji je najblaži za počinitelja“.¹⁰ Zakona Za primjenu citirane odredbe, važno je određenje vremena počinjenja prekršaja koje je u smislu odredbe čl. 16. Prekršajnog zakona određeno kao vrijeme u koje počinitelj činio ili bio dužan činiti, bez obzira kad je nastupila posljedica. Tako je odredbom čl. 59. st. 1. t. 2. Zakona o liječništvu propisana novčana kazna za liječnika koji ne pruži liječničku pomoć. Odredbom čl. 18. Zakona o liječništvu propisano kad je sve liječnik dužan pružiti liječničku pomoć pa će to biti vrijeme počinjenja prekršaja, a ne kad je eventualno nastupila posljedica, što može biti neposredno nakon uskrate liječničke pomoći ili sa znatnim vremenskim odmakom. Odredbe o obvezi primjene blažeg ⁹ propisa značajne su u vrijeme učestale izmjene propisa. Pri tom je važno imati na umu pravni kontinuitet prekršaja. Pravni kontinuitet odnosi se na sadržaj zakonskog opisa prekršaja, a ne nužno na naziv prekršaja.

Načelo krivnje zabranjuje kažnjavanje za prekršaj osoba koje nisu krive. Krivnja označava psihološki odnos ubrojjivog počinitelja prema djelu. Za prekršajnu odgovornost dovoljan je nehaj kao najblaži oblik krivnje, koji predstavlja lakši oblik nemara prema obvezama i zbog toga se u prekršajnom prvu u pravilu odgovara za svaki prekršaj bez obzira je li počinjen s namjerom ili iz nehaja. ¹⁰ Zbog toga će npr. za prekršaj iz čl. 201. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti moći biti kažnjen ravnatelj zdravstvene ustanove ako u roku od osam dana od primitka prigovora ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja iako će ravnatelj, u pravilu, prekršaj učiniti iz nehaja, a ne s namjerom.

PREKRŠAJNOPRAVNE SANKCIJE – VRSTE I SVRHA

Prema počinitelja prekršaja mogu se primijeniti sljedeće prekršajnopravne sankcije: kazne (novčana i kazna zatvora), mjere upozorenja, zaštitne mjere i odgojne mjere. Prema važećim propisima, prema članovima komora u zdravstvu,

⁹ v. P. Novoselec i dr: Posebni dio kaznenog prava, PF Sveučilišta u Zagrebu, 2007.g.

¹⁰ čl.3.Prekršajnog v Horvatić, Ž: Kazneno pravo – opći dio, PF Sveučilišta u Zagrebu Zagreb, 2003, str. 10

mogu se primijeniti novčane kazne i zaštitne mjera zabrane obavljanja djelatnosti. Svrha propisivanja prekršajnopравnih sankcija je da svi građani poštuju pravni sustavi i da ne čine prekršaje. Pri propisivanju i primjeni prekršajnopравnih sankcija prema počinitelju, prava i slobode mogu im biti ograničene samo u mjeri koja odgovara vrsti i svrsi prekršajnopравne sankcije. „Utjecaj na počinitelja da ubuduće ne čini kaznena djela, ne znači njegov psihički (pre)odgoj ili tretman kojim se duboko zadire u njegovu ličnost i temeljito dovodi u pitanje njegovo ljudsko dostojanstvo.¹¹ Ovdje posebno treba ukazati na svrhu zaštitnih mjera koja se sastoji u tome da se njihovom primjenom otkloni uvjeti koji omogućavaju ili poticajno djeluju na počinjenje novog prekršaja. S tim u vezi je i odredba čl. 51a. Prekršajnog zakona kojom je propisano načelo razmjernosti koje zabranjuje izricanje zaštitne mjere ako to nije u razmjeru s težinom počinjenog prekršaja i opasnošću počinitelja. Imajući uvidu da se opisana odredba primjenjuje na sve počinitelje prekršaja, ona predstavlja *lex superior*¹² u u odnosu na prekršajne odredbe zakona kojima su prekršaji propisani. To znači da sud neće biti u obvezi uvijek primijeniti zaštitne mjera prema počinitelju. Načelo razmjernosti u primjeni zaštitnih mjera, predstavlja mogućnost supsidijarne primjene zaštitnih mjera i u pravilu će bit primijenjene prema počiniteljima koji pokazuju osobitu ustrajnost pri počinjenju prekršaja. Npr. počinitelj je već više puta kažnjavan za identičan ili sličan prekršaj (prolazak kroz crveno svjetlo, vožnja u alkoholiziranom stanju i dr.) Zbog toga ne treba uzeti bezuvjetno odredbe čl. 206.b. st. 2. i 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojima je propisana zaštitna mjera zabrane obavljanja poslova za svoj račun iz djelatnosti poslodavca za zdravstvenog radnika koji počini prekršaj obavljanja poslova iz djelatnosti poslodavca protivno odredbi čl. 125c. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.¹³ Zaštitne mjere, u skladu s odredbama Prekršajnog zakona, mogu se odrediti u trajanju od jednog mjeseca do dvije godine.

Od zaštitnih mjera treba razlikovati mjere opreza koje se određuju u tijeku provođenja prekršajnog postupka. Mjere opreza primjenjuju se radi uspješnog provođenja prekršajnog postupka, a od mjera opreza koje bi mogle biti primijenjene prema članovima komora u zdravstvu kao počiniteljima prekršaja, najznačajnija je mjera zabrane poduzimanja određene poslovne aktivnosti. Mjere opreza mogu trajati do okončanja prekršajnog postupka s tim da je sud u obvezi preispitivati potrebu za produljenje trajanja mjere opreza svaka dva mjeseca. Ukoliko po svom sadržaju mjere opreza odgovaraju zaštitnoj mjeri, mjera opreza uračunat će se u zaštitnu mjeru.

¹¹ M. Mrčela, I. Bojanić: Svrha kažnjavanja u kontekstu šeste novele Kaznenog zakona- Hrvatski ljetopis za kazneno prvo i praksu, Zagreb, 2006.,

¹² ¹Josipović i dr. Komentar prekršajnog zakona, Narodne novine, Zagreb 2014, str. 101

¹³ v. čl. 206.b Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Iako Prekršajni zakon propisuje mogućnost trajanja mjera opreza do okončanja prekršajnog postupka (koji može trajati četiri godine), mišljenje je autora ovog rada da mjere opreza treba primjenjivati veoma restriktivno.

NOVČANE KAZNE

Odredbama Prekršajnog zakona propisani su opći minimumi i maksimumi novčanih kazni koje mogu biti propisane i izrečene za prekršaje propisane zakonom i prekršaje propisane odlukom jedinica lokalne samouprave. Za prekršaj propisan zakonom, za pravnu osobu propisana je mogućnost propisivanja i izricanja novčane kazne u rasponu od 2.000,00 do 1.000.000,00 kuna, za obrtnika ili drugu osobu koja obavlja drugu samostalnu djelatnost, u rasponu od 1.000, do 500.000,00 kuna, a za fizičku osobu od 100,00 do 50.000,00 kn.¹⁴ U kontekstu prekršajnih odredbi Zakona o liječništvu, prema liječniku će biti primijenjene odredbe koje se odnose na fizičku osobu. Prekršajne odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o dentalnoj medicini, Zakona o djelatnostima u zdravstvu, kao i Zakona o liječništvu, usklađene su s opisanim odredbama Prekršajnog zakona.

Visinu kazne sud određuje na temelju stupnja krivnje, opasnosti djela i svrhe kažnjavanja. odlučujući o vrsti i visini sankcije, sud je dužan voditi računa o svim olakotnim i otegotnim okolnostima koje utječu na to da počinitelju bude izrečena teža ili lakša kazna. Sud je osobito dužan uzeti u obzir stupanj krivnje, pobude iz kojih je prekršaj počinjen, ranije ponašanje počinitelja i ponašanje nakon počinjenja prekršaja. Osim toga, sud će uzeti u obzir i imovinsko stanje počinitelja prekršaja.

UBLAŽAVANJE KAZNE

Odredbom čl. 37. Prekršajnog zakona propisana je mogućnost zakonskog i sudskog ublažavanja kazne. Zakonsko ublažavanje kazne moguće je kad to zakon izričito propisuje. Sudsko ublažavanje kazne moguće je kad na strani okrivljenika postoje naročito olakotne okolnosti, a svrha kažnjavanja se može postići i blažom kaznom. Prekršajni zakon propisuje granice sudskog ublažavanja novčane kazne. Granice ublažavanja urešene su s obzirom na visinu propisane novčane kazne. Zakon razlikuje slučaj kad je novčana kazna propisana u iznosu jednakom ili manjem od 40.000,00 kn ili je posebno propisan minimum do 10.000,00 kn i kad

¹⁴ v. čl. 33. Prekršajnog zakona

je novčana kazna propisana u posebnom minimumu većem od 10.000,00 kn ili u fiksno propisanom iznosu od 40.000,00 kn. U prvom slučaju počinitelju će moći biti izrečena novčana kazna ublažena do općeg zakonskog minimuma. To znači da će sud počinitelju fizičkoj osobi moći izreći ublaženu novčanu kaznu od 100,00 kn, obrtniku i drugoj osobi koja obavlja samostalnu djelatnost, novčanu kaznu od 1000,00 kn, a pravnoj osobi novčanu kaznu od 2.000,00 kn.¹⁵

Npr. odredbom čl. 206.a Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisana je novčana kazna u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna za zdravstvenog radnika koji obavlja poslove za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca bez odobrenja iz čl. 125.c Zakona. U slučaju da utvrdi prekršajnu odgovornost počinitelja opisanog prekršaja, sud je ovlašten primijeniti institut ublažavanja kazne na način da će počinitelju moći izreći novčanu kaznu u općem zakonskom minimumu, odnosno 100,00 kn.

U drugom slučaju počinitelju će moći biti izrečena novčana kazna ublažena do četverostrukog iznosa općeg propisanog minimuma. To znači da će sud počinitelju fizičkoj osobi moći izreći ublaženu novčanu kaznu u iznosu od 400,00 kn, obrtniku i drugoj fizičkoj osobi koja obavlja samostalnu djelatnost, novčanu kaznu od 4.000,00 kn, a pravnoj osobi novčanu kaznu od 8.000,00 kn. Ovdje valja naglasiti da sud nije u obvezi novčanu kaznu ublažiti do donje granice ublažavanja već može izreći novčanu kaznu i u iznosu koji je veći od minimalnog, a manji od propisane kazne.

Npr. odredbom čl. 206.c st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisana je novčana kazna u iznosu od 50.000,00 do 100.000,00 kn za zdravstvenu ustanovu, odnosno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost u kojem zdravstveni radnik obavlja poslove za svoj račun na temelju odobrenja iz čl. 125. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a koje postupi protivno ugovoru iz čl. 125.c. Zakona. Nadalje je odredbom čl. 206.c st.2. Zakona propisana novčana kazna u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna za privatnog zdravstvenog radnika te odgovornu osobu u zdravstvenoj ustanovi odnosno trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost, a st. 3. i 4. istog članka propisana je zaštitna mjera zabrane obavljanja djelatnosti u kojoj je prekršaj počinjen. U slučaju da utvrdi prekršajnu odgovornost počinitelja prekršaja iz čl. 206.c st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sud je ovlašten primijeniti institut ublažavanja kazne na način da će, počinitelju pravnoj osobi – zdravstvenoj ustanovi ili trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost, moći izreći novčanu kaznu u iznosu četverostrukog općeg zakonskog minimuma, tj. 8.000,00 kn. Prema počinitelju prekršaja iz čl. 206c st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sud će moći primijeniti

¹⁵ v. čl. 37. Prekršajnog zakona

institut ublažavanja novčane kazne na način da će počinitelju fizičkoj osobi moći izreći novčanu kaznu u iznosu općeg zakonskog minimuma, tj. 100,00 kn. Ovdje je važno napomenuti da sudovi ne provode nikakvu politiku pa ni onu kaznenu, već donosi presude koje su akti primjene zakona i prava koji su podložni kontroli viših sudova povodom izjavljenih pravnih lijekova¹⁶

Za primjenu zaštitne mjere zabrane obavljanja djelatnosti u kojoj je prekršaj počinjen, vrijedi sve što je već rečeno o primjeni zaštitnih mjera.

OSLOBAĐANJE OD KAZNE

Sud može počinitelja osloboditi od kazne u slučajevima propisanim odredbama čl. 38. Prekršajnog zakona, koji glasi:

- (1) Sud će osloboditi od kazne počinitelja kad to zakon izričito propisuje.
- (2) Sud može osloboditi od kazne počinitelja:
 1. kad ga posljedice prekršaja tako pogađaju da je njegovo kažnjavanje nepotrebno radi ostvarenja svrhe kažnjavanja,
 2. kad je otklonio ili umanjio posljedice prekršaja ili naknadio štetu koju je njime prouzročio, ili je platio ili je ispunio propisanu obvezu zbog čijeg neplaćanja odnosno neispunjenja je pokrenut prekršajni postupak,
 3. kad se pomirio s oštećenikom.¹⁷

Ponovno se naglašava odredba čl. 11. Prekršajnog zakona prema kojoj se materijalnopravne odredbe tog zakona primjenjuju na sve prekršaje. Dakle, naprijed citirana odredba primjenjuje se i na prekršaje protiv javnog reda i mira, prekršaje počinjene protivno Zakonu o sigurnosti prometa na cestama, pa i na zakone koji reguliraju prekršajnu odgovornost članova komora u zdravstvu. Na primjeru prekršaja iz čl. 206. a Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sud će moći, primjenom odredbe čl. 38. st.1. t. 2. Prekršajnog zakona, počinitelja prekršaja osloboditi od kazne ako nakon počinjenja prekršaja ishodi odobrenje poslodavca.

MJERE UPOZORENJA

Prekršajnim zakonom propisane opomena i uvjetna osuda kao mjere upozorenja. Svrha mjera upozorenja jest da se na počinitelja utječe tako da ubuduće ne čini

¹⁶ Mrčela, M.: ublažavanje kazne prema Prijedlogu zakona o izmjenama i dopunama Kaznenog zakona iz 2005.g. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu. str 439

¹⁷ članak 38. Prekršajnog zakona

prekršaj, a to se postiže izricanjem opomene umjesto propisane novčane kazne ili uvjetnom osudom kod koje se počinitelju izriče kazna zatvora ili maloljetničkog zatvora, ali se ona neće izvršiti ako počinitelj u vrijeme kušnje ne počini novi prekršaj.

Opomenu je moguće primijeniti prema počinitelju ako su ispunjena dva uvjeta. Prvi uvjet jest da je za prekršaj propisana kao jedina kazna novčana kazna do 5.000,00 kn, a drugi uvjet jest da je prekršaj po svim svojim obilježjima počinjen u lakom obliku tako da je prema počinitelju moguće izreći društveni prijekor i bez izricanja propisane novčane kazne.

Uvjetna osuda se u prekršajnom postupku primjenjuje samo za one prekršaje za koje je propisana kazna zatvora ili maloljetničkog zatvora, a sud ocijeni da je moguće svrhu kažnjavanja ostvariti i bez izvršenja kazne.

S obzirom na visine novčanih kazni zapriječenih zakonima koji reguliraju prekršajnu odgovornost članova komora u zdravstvu, prema počiniteljima tih prekršaja, sud neće primijeniti niti opomenu niti uvjetnu osudu. Opomenu zato što su posebno propisani maksimumi za prekršaje u zdravstvu, viši od 5.000,00 kn, a uvjetnu osudu zato što za niti jedan prekršaj nije propisana kazna zatvora.

BEZNAČAJAN PREKRŠAJ

Zakonom o izmjenama i dopunama Prekršajnog zakona objavljenim u NN br. 13/39, u Prekršajni zakon je uveden institut beznačajnog prekršaja kao odraz načela *de minimis not curat praetor – sudac se ne bavi neznatnim stvarima*.¹⁸ Beznačajan prekršaj označava djelo koje sadrži sva zakonska obilježja prekršaja, ali s obzirom na neznatnost ili izostanak ugrožavanja ili povrede javnog poretka, ne postoji potreba sankcioniranja počinitelja.¹⁹ Sud je ovlašten u svakom pojedinom slučaju ocijeniti radi li se o beznačajnom prekršaju, a ocjenu će donijeti kako s obzirom na obilježje prekršaja, tako i s obzirom na osobine počinitelja. Dakle, osim izostanka ili neznatnosti posljedica, važno je da i počinitelj ima „čistu prošlost“, odnosno da nije prekršajno kažnjavao i da njegove osobine upućuju na to da ubuduće neće činiti prekršaja. U praksi Prekršajnog suda u Zagrebu primjena instituta beznačajnog prekršaja je više nego rijetka. Međutim, Prekršajni zakon daje mogućnost i ovlaštenom tužitelju da, u skladu s načelom oportuniteta, ne pokrene prekršajni postupak i kad postoji osnovana sumnja da je prekršaj počinjen ako ocijeni da bi počinitelj u postupku pred sudom mogao biti oslobođen od kazne ili

¹⁸ M. Vidaković : opći pravni riječnik, Narodne novine, Zagreb 2007

¹⁹ Josipović, I. i dr. Komentar Prekršajnog zakona, Narodne novine, Zagreb, 2014.g

da bi sud mogao prekršaj ocijeniti beznačajnim. U slučaju da sud ocijeni da se radi o beznačajnom prekršaju, počinitelja oslobađa od optužbe.

SPORAZUMIJEVANJE O SANKCIJAMA I MJERAMA

Ovlašteni tužitelj u prekršajnom postupku, a to će u pravilu biti tijelo uprave ovlašteno za provođenje nadzora nad primjenom određenog zakona, obavezan je, prije pokretanja prekršajnog postupka, počinitelju uručiti pisanu obavijest o počinjenom prekršaju i o pravima počinitelja u prekršajnom postupku. Počinitelj je obavezan obavijest potpisati i primjerak vratiti ovlaštenom tužitelju.

Nakon uručjenja obavijesti, ovlašteni tužitelj i počinitelj mogu pregovarati o priznanju krivnje i sporazumjeti se o sankcijama i o mjerama. Osnovni uvjet za postizanje sporazuma jest da počinitelj izričito prizna krivnju za prekršaj koji mu se stavlja na teret. Ukoliko ovlašteni tužitelj i počinitelj postignu sporazum, sastavljaju izjavu koju ovlašteni tužitelj dostavlja sudu. Sud će ispitati zakonitost sporazuma stranaka, a osobito će paziti na to jesu li sporazumom povrijeđena pravila o izboru i vrste i visine sankcije te hoće li se takovim sporazumom postići svrha kažnjavanja. Utvrdi li sud da sporazum ne zadovoljava opisanim uvjetima, neće prihvatiti sporazum već će ga uzeti kao optužni prijedlog povodom kojeg će provesti prekršajni postupak i donijeti odluku. Prihvati li sud sporazum, donijet će presudu koja u svemu odgovara sporazumu. Protiv presude donijete na temelju sporazuma stranaka, nije dopuštena žalba.

Važno je ovdje istaknuti da se ovlašteni tužitelj i počinitelj mogu sporazumjeti i o ublaženoj kazni. Isto tako, sporazum ne isključuje primjena odredbe čl. 152. st.3. Prekršajnog zakona kojom je propisano da se novčana kazna smatra plaćenom u cijelosti ako osuđenik plati dvije trećine novčane kazne u roku određenom presudom.²⁰ Opisana odredba unijeta je u Zakon kako bi se olakšao položaj osuđenika plaćanjem manjeg iznosa kazne, a s druge strane sud i druga tijela se rasterećuju troškova izvršenja kazne.

Primjenom instituta sporazumijevanja, u punoj mjeri dolazi do izražaja načelo ekonomičnosti provođenja prekršajnog postupka jer se presuda donosi bez provođenja glavne rasprave. Osim toga, postizanje sporazuma i njegovo prihvaćanje od strane suda, počinitelju prekršaja omogućava izostanak neugodnosti povezanih s dolaskom pred sud.

Ovlašteni tužitelj i počinitelj mogu se sporazumjeti o sankcijama i u tijeku prekršajnog postupka. Prihvati li sud sporazum, donosi presudu koja u svemu

²⁰ članak 153. Prekršajnog zakona

odgovara sporazumu i protiv koje žalba nije dopuštena. Ne prihvati li sporazum, sud će ga rješenjem odbaciti i nastaviti prekršajni postupak i donijeti odluku o prekršaju.

ODUZIMANJE IMOVINSKE KORISTI I ODUZIMANJE PREDMETA

Prekršajnim zakonom je propisana obveza oduzimanja imovinske koristi ostvarene prekršajem. Imovinska korist oduzima se i od trećih osoba ako nije stečena u dobroj vjeri. Odredbe o oduzimanju imovinske koristi su odredbe sui generis i nije potrebno da zakonom kojim je propisan prekršaj bude propisana obveza oduzimanja imovinske koristi. U praksi će se često pojaviti problem utvrđivanja visine imovinske koristi ostvarene prekršajem.

Oduzimanje predmeta i sredstava namijenjenih počinjenju prekršaja ili su nastali njegovim počinjenjem, također je mjera sui generis propisana Prekršajnim zakonom. Sud će oduzeti predmete prekršaja ako postoji opasnost od njihove ponovne uporabe za počinjenje prekršaja. Sud će odrediti njihovo oduzimanje i kad je to nužno radi zaštite opće sigurnosti, javnog poretka, zaštite zdravlja ljudi ili iz moralnih razloga. Važno je napomenuti da će u potonjem slučaju sud te predmete oduzeti i kad počinitelj ne bude proglašen krivim za prekršaj. Npr. postupak je obustavljen zbog smrti počinitelja.

ZASTARA PREKRŠAJNOG PROGONA

Rok zastare prekršajnog progona propisan je odredbama čl. 13. Prekršajnog zakona i on nastupa protekom roka od četiri godine. To znači da će prekršajni progon radi prekršaja počinjenog npr. 30. travnja 2015. g. moguće biti poduzeti do 29. travnja 2019.g. Opisanom odredbom Prekršajni zakon napustio je podjelu na tzv. relativnu i apsolutnu zastaru prekršajnog progona tako da ovlašteni tužitelj može pokrenuti prekršajni postupak i neposredno prije nastupa zastare prekršajnog progona. Pojedinim zakonima propisan je rok za pokretanje prekršajnog postupka, kao što je npr. odredbom čl. 185. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano:

Ako inspektor osnovano posumnja da je povredom propisa učinjen prekršaj ili kazneno djelo, uz rješenje za čije je donošenje ovlašten, obvezan je bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana završetka nadzora s utvrđenim činjenicama odlučnim za poduzimanje mjera podnijeti optužni prijedlog radi

pokretanja prekršajnog postupka, odnosno prijavu za pokretanje postupka zbog kaznenog djela.²¹

Tijelo kojem je podnesen optužni prijedlog, odnosno prijava iz stavka 1. ovog članka obavezno je o ishodu postupka obavijestiti ministarstvo.

Međutim, rok iz citirane odredbe je samo instruktivni rok za inspektora, te optužni prijedlog neće biti odbačen već će sud po njemu postupiti jer navedeni rok nije prekluzivan, odnosno propustom roka inspektor ne gubi pravo pokretanja prekršajnog postupka. Prekršajnim zakonom propisan je zastarni rok za izvršenje novčane kazne od tri godine, te rok zastare za izvršenje troškova postupka od pet godina. Navedeni rokovi počinju teći od dana pravomoćnosti odluke kojom je počinitelj kažnjen ili mu je obvezan na naknadu troškova postupka. U vrijeme pisanja ovog rada donijete su izmjene i dopune Prekršajnog zakona²² kojima je propisano da oduzimanje imovinske koristi ostvarene prekršajem ne zastarijeva.

REHABILITACIJA I PREKRŠAJNA EVIDENCIJA

Tempus fugit. Vrijem leti i čini svoje. Nije pravedno da počinitelj prekršaja bude trajno obilježen njime. Zato je Prekršajnim zakonom propisana rehabilitacija tako da protekom tri godine od pravomoćnosti odluke o prekršaju, počinitelj se smatra neosuđivanim i rehabilitirani osuđenik ima pravo nijekati prekršajnu osuđivanost i zbog toga ne može biti pozvan na odgovornost niti može snositi pravne posljedice.

Rehabilitacija nastupa po sili zakona, što znači da počinitelj prekršaja ne mora poduzimati nikakve radnje kako bi dokazao da je nastupila rehabilitacija. Nastupom rehabilitacije, nije dozvoljeno davanje podataka o prekršajnoj osuđivanosti niti se poznati podaci mogu koristiti u bilo koje svrhe.

Prekršajnu evidenciju o počiniteljima prekršaja vodi Ministarstvo pravosuđa Republike Hrvatske. U evidenciju se upisuju podaci o osuđeniku, počinjenom prekršaju, o visini izrečene kazne i sudu koji je izrekao kaznu. Podaci iz prekršajne evidencije mogu se dati samo sudovima i tijelima koji provode prekršajni postupak te ovlaštenim tužiteljima. Pravnim i fizičkim osobama se podaci iz prekršajne evidencije mogu dati samo ako dokažu da su im podaci iz evidencije potrebni radi ostvarivanja prava u inozemstvu.

²¹ članak 185. Zakona o zdravstvenoj zaštiti

²² čl. 1. Zakona o izmjenama i dopunama Prekršajnog zakona (NN br 150/15)

ZAKLJUČAK

Polazeći od zakonskog određenja zdravstvene djelatnosti kao dijela zdravstvene zaštite koja se obavlja kao javna služba od interesa za Republiku Hrvatsku, u radu je obrađen pojam komora u zdravstvu kako je definiran odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Komore u zdravstvu su strukovne organizacije koje imaju svojstvo pravne osobe i nositelji su javnih ovlasti. Javne ovlasti komora sastoje se u pravilu u njihovoj ovlasti da vode registre svojih članova, izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenje za rad liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima te obavljaju stručni nadzor nad radom zdravstvenih radnika. Rad se pretežito oslanja na zakonske tekstove koji reguliraju prekršajnu odgovornost zdravstvenih radnika. U radu su prikazane pojedine odredbe Zakona o liječništvu i drugih zakona koji propisuju prekršajnu odgovornost zdravstvenih radnika učlanjenje kojih je u komore obvezno. S obzirom da se materijalnopravne odredbe Prekršajnog zakona primjenjuju na sve prekršaje propisane zakonom i drugim propisima, u radu je dan prikaz materijalnopравnih odredbi Prekršajnog zakona. Obrađena su načela zakonitosti i primjene blažeg propisa i načelo krivnje. Potom je dan prikaz prekršajnopравnih sankcija s obzirom na njihovu vrstu i svrhu. Posebno su obrađene odredbe o ublažavanju novčane kazne i odredbe o oslobođanju od kazne u kontekstu prekršajnih odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Mjere upozorenja kao vrsta prekršajnih sankcija obrađene su prema Prekršajnom zakonu s obzirom da njihova primjena nije moguća prema „strukovnim“ zakonima u zdravstvu koji propisuju novčane kazne više od 5.000,00 kn i ne propisuju kazne zatvora. Novi instituti prekršajnog prava i to beznačajan prekršaj i sporazumijevanje o sankciji i mjerama mogu naći odraza u odlučivanju o prekršajnoj odgovornosti zdravstvenih radnika. Odlučujući o prekršajnoj odgovornosti počinitelja prekršaja, sud može odrediti oduzimanje imovinske koristi i predmeta kojima je prekršaj počinjen. Iako u pravnoj teoriji prevladava stajalište da zastara progona ne može biti privilegij počinitelja prekršaja, zastara prekršajnog progona je značajna kako s aspekta pravne sigurnosti, tako i kao okvirni rok u kojem sud i druga tijela prekršajnog progona, moraju završiti prekršajni postupak pa se zastarni rok od četiri godine ukazuje realnim. Nastupom rehabilitacije tri godine od pravomoćnosti odluke o prekršaju, počinitelj se smatra nekažnjavanim i podaci o njegovoj kažnjavanosti se brišu iz prekršajne evidencije ex lege.

SUMMARY

MISDEMEANOR LIABILITY FOR MEMBERS OF THE CHAMBER OF HEALTH

Misdemeanor responsibility of health workers, in accordance with the provisions of the Law on Health Care, joining the Chamber in health, derived from the right of citizens to health care that they need to be provided in accordance with the regulations governing the performance of health services, medical ethics and deontology and obligations health workers to adhere to the norms described. The aim of the work is the analysis of misdemeanor responsibility of health workers as those laid down certain laws regulating the performance of health services in the context of the provisions of the Misdemeanour Act (Official Gazette no. 107/07, 39/13, 157/13, 110/15). The work predominantly relies on the legal texts and points to the application of the principles of misdemeanor law and other substantive provisions of the Misdemeanour Act that apply to all misdemeanour, enabling the equality of all before the law the offender. Especially points to the concept of petty misdemeanours and agreement on guilt and sanctions as a new institute misdemeanor law that allows "less painful" the outcome of the proceedings. In relation to other laws that prescribe offenses, "health" laws do not prescribe a large number of offenses. However, the amount of the prescribed fines affects each offender and will in carrying out the offense procedure can be applied institutes of mitigating punishment and leniency. Of course, a prerequisite for this is that in the procedure established the guilt of the perpetrator and the court finds that the objectives of general and specific deterrence to achieve a lesser fine or with exemption from punishment.

LITERATURA:

- Eugen Pusić: Međuovisnost djelatnosti i ustrojstva u upravnim organizacijama, Informator, Zagreb, 1999.
- Željko Horvatić: Kazneno prvo – opći dio, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 2003.g
- Petar Novoselec: Opći dio kaznenog prava, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 2007.g.
- Marta Vidaković: Opći pravni rječnik, Narodne novine, 2007.g
- Ante Romac: Latinske pravne izreke, ČPG Delo – Ljubljana, 1982.g,
- Igor Bojanić i Marin Mrčela: Svrha kažnjavanja u kontekstu šeste novele Kaznenog zakona, Hrvatski ljetopis za kazneno prvo i praksu – Zagreb, 2006.
- Ivo Josipović i dr: Komentar prekršajnog zakona, Narodne novine – Zagreb 2014.
- Marin Mrčela: Ublažavanje kazne prema Prijedlogu zakona o izmjenama i dopunama Kaznenog zakona iz 2005.g. Hrvatski ljetopis za kazneno prvo i praksu – Zagreb, 2005,
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN br. 150/08,139/10,22/11,84/11,154/11,12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14)
- Zakon o liječništvu (NN 121/03, 117/08)
- Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN br. 87/09),
- Zakon o dentalnoj medicini (NN br. 121/03, 117/08, 120/09)
- Statut Hrvatske liječničke komore
- Statut Hrvatske komore zdravstvenih radnika – pročišćeni tekst
- Pravilnik o stručnom nadzoru (NN br. 16/11)
- Statut Hrvatske komore dentalne medicine- pročišćeni tekst,
- Statut Hrvatske komore medicinskih sestara - pročišćeni tekst,
- Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca (NN br. 4/14)

Izv. prof. dr. sc. Damir Primorac, Sveučilišni odjel za forenzične znanosti
Sveučilišta u Splitu, Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru,
Neven Cambj, predsjednik Kaznenog odjela
i sudac I. stupnja Županijskog suda u Splitu
Bruno Klein, sudac II. stupnja Kaznenog odjela
Županijskog suda u Splitu

PRAVNI ASPEKT VJEŠTAČENJA TJELESNIH OZLJEDA U KAZNENOM POSTUPKU S POSEBNIM OSVRTOM NA SUDSKU PRAKSU

UDK: 61

343/344(497.5)

Primljeno: 15. listopada 2015.

Prethodno priopćenje

Zakon o kaznenom postupku propisuje više vrsti vještačenja (vještačenje u slučaju sumnjive smrti, vještačenje u slučaju sumnji na trovanje-toksikološko vještačenje, vještačenje tjelesnih ozljeda, psihijatrijsko vještačenje, tjelesni pregled, molekularno-genetska analiza te vještačenje poslovnih knjiga, isprava i podataka), s time da se ono mora provesti jedino u slučaju sumnjive smrti, trovanja, tjelesnih ozljeda te duševne bolesti, poremećenosti i drugih duševnih smetnji. U svim ostalim slučajevima ne postoji obveza vještačenja tako da tijelo koje vodi postupak samo odlučuje hoće li u određenim predmetima naložiti vještačenje ili će odlučne činjenice utvrđivati na drugi način propisan Zakonom o kaznenom postupku. Prema tome, vještačenje tjelesnih ozljeda uvijek mora biti provedeno budući da o težini tjelesne ozljede ovisi i pravna kvalifikacija kaznenog djela, a odgovor na pitanje o težini tjelesne ozljede može dati samo osoba koja raspolaže odgovarajućim stručnim znanjem medicinske struke tj. sudski vještak. U pravilu, vještačenje tjelesnih ozljeda obavlja se pregledom ozlijeđenoga, a ako to nije moguće ili nije potrebno onda se vještačenje tjelesnih ozljeda obavlja na temelju medicinske dokumentacije ili drugih podataka u spisu. Kazneni zakon razlikuje kazneno djelo tjelesne ozljede i kazneno djelo teške tjelesne ozljede, a kazneno djelo teške tjelesne ozljede podijeljeno je na tri kaznena djela: tešku tjelesnu ozljedu, osobito tešku tjelesnu ozljedu i tešku tjelesnu ozljedu s posljedicom smrti.

Ključne riječi: *vještačenje, sudski vještak, tjelesne ozljede, kazneno djelo.*

1.UVOD

Sud i državna tijela koja sudjeluju u kaznenom postupku s jednakom pažnjom ispituju i utvrđuju činjenice koje terete okrivljenika i koje mu idu u korist.¹ Utvrđivanje činjenica u kaznenom postupku nije niti malo jednostavan zadatak jer

¹ Čl. 9. st. 1. Zakona o kaznenom postupku (Narodne novine br. 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13 i 152/14 - u daljnjem tekstu: ZKP).

se radi o rekonstrukciji prošlog kriminalnog događaja (počinjeno kazneno djelo je događaj iz prošlosti o kojemu se raspravlja u sadašnjosti i dr.). Opće je pravilo da sud u jednom kaznenom postupku mora potpuno utvrditi sve važne činjenice koje su od značaja za donošenje presude.²

U velikom broju sudskih predmeta sudovi i državna odvjetništva nisu u mogućnosti sami utvrditi sve odlučne činjenice pa se stoga obraćaju osobama koje raspolažu stručnim znanjem ili vještinom tj. sudskim vještacima i koji izrađuju nalaz i mišljenje radi utvrđivanja ili ocjenjivanja neke važne činjenice. Naime, riječ je o činjenicama koje sudski vještak mora utvrditi vlastitim opažanjem da bi mogao odgovoriti na činjenično pitanje koje mu je postavio sud ili državni odvjetnik u nalogu za izradu nalaza i mišljenja. Te činjenice koje utvrdi sudski vještak konstatira u dijelu koji se zove nalaz, dok u dijelu koji se zove mišljenje daje svoje stručne zaključke o postojanju ili nepostojanju činjenica koje bi se trebale utvrditi njegovim nalazom i mišljenjem.

Prema tome, bez obzira koliko sud ili državno odvjetništvo raspolaže određenim stručnim znanjem npr. iz područja medicine, oni to znanje ne mogu koristiti u sudskom postupku već moraju angažirati sudskog vještaka odgovarajuće struke, nevažno radi li se o obvezatnom ili neobvezatnom vještačenju. Međutim, to ne znači da nije poželjno da se suci i državni odvjetnici dodatno educiraju i izvan pravnog područja, već naprotiv, svakim takvim dodatnim educiranjem stječu se nova znanja, što im u svakom slučaju može biti od pomoći.³

Kao što je već ranije istaknuto, vještačenje tjelesnih ozljeda u kaznenom postupku je obvezatno tj. ono se uvijek mora provesti. U situaciji ako ono ne bi bilo obvezatno dovelo bi se u pitanje osnovno načelo kaznenog postupka – načelo materijalne istine, a općepoznato je da se u svakom sudskom predmetu mora utvrditi istina odnosno da se mora u cijelosti raščistiti činjenično stanje.

2. SUDSKI VJEŠTACI I VJEŠTAČENJE - OPĆENITO

Sudski vještak je osoba koja raspolaže stručnim znanjem i koju u slučaju potrebe poziva sud ili državno odvjetništvo (dakle, tijelo koje vodi postupak) radi davanja mišljenja glede utvrđivanja ili ocjene neke važne činjenice u sudskom postupku.⁴

² Vidi o tome kod Primorac, D: Kazneno procesno pravo i prekršajno pravo – odabrane teme, 1. Izdanje, Alfa, Zagreb, 2015. godina, str. 22.

³ Garačić, A: Vještačenja u kaznenom postupku, http://www.vsrh.hr/CustomPages/Static/HRV/Files/AGaracic-Vjestacenja_u_kaznenom_postupku, datum posjete 04. kolovoza 2015. godine.

⁴ Kada liječnik iskazujući kao svjedok u kaznenom postupku o onom što je prilikom pregleda oštećenice utvrdio, samo stručno obrazložio, ne može se smatrati da se radi o davanju nalaza i mišljenja (čl. 231. ZKP-a), već o detaljnom obrazloženju onoga što je svjedok utvrdio (da je himen kod oštećenice

Prema tome, sudski vještak je stručna osoba, prije svega «nezainteresirana» za ishod određenog postupka, te izvanpravnog područja, kojemu je tijelo kaznenog postupka povjerilo, da s obzirom na svoju stručnost i znanje, sudjeluje u utvrđivanju odlučnih činjenica.⁵

Iako u pravnoj teoriji prevladava više različitih shvaćanja o pojmu i ulozi sudskih vještaka, danas ipak prevladava shvaćanje kako je nalaz i mišljenje sudskih vještaka u kaznenom postupku samostalno dokazno sredstvo koje se ocjenjuje kao i svaki drugi dokaz,⁶ sukladno načelu slobodne ocjene dokaza. Naravno da se ovdje sada postavlja pitanje kako to da suci, koji ne raspolažu odgovarajućim stručnim znanjem kao što to raspolaže sudski vještak, mogu ocjenjivati njegov nalaz i mišljenje. Nije problem kada se ocjenjuje tzv. vanjska strana vještačenja kojom prilikom sudovi ocjenjuju je li se sudski vještak kod izrade nalaza i mišljenja pridržavao odredbi ZKP-a u dijelu koji se odnosi na vještačenje, ali se problem pojavljuje kada sudovi ocjenjuju tzv. unutarnju stranu vještačenja. Naime, unutarnja strana vještačenja odnosi se izravno na onaj dio stručnog znanja s kojim sud ne raspolaže, pa se opravdano postavlja pitanje jesu li sudovi to u stanju ocjenjivati. Kod takvog stanja stvari jasno je kako mišljenja sudskih vještaka predstavljaju objektivni dokaz, pa je onda sasvim logično da sudovi u pravilu prihvaćaju ono što su sudski vještaci napisali u svojim nalazima i mišljenjima, s time da to sudovi moraju kasnije obrazložiti u svojim presudama.

Sukladno odredbama ZKP-a za sudskog vještaka može se odrediti:

- fizička osoba (stalni sudski vještak – pojedinac koji je upisan u Popis stalnih sudskih vještaka),⁷

elastičan) pregledom oštećenice.

Iz obrazloženja:

«Točno je da je vještak, koji je kao individualna osoba zamjenjiv, kao subjekt kaznenog postupka nezamjenjiv i njegova se funkcija ne može mijesati s funkcijom drugih subjekata u postupku (konkretno svjedoka). Sigurno je također da bi dokidanje razlika između procesnih uloga svjedoka i vještaka dovelo sudove do izjednačavanja tih procesnih subjekata, te do negativne sudske prakse na koju ukazuje podnositelj zahtjeva.

Međutim, svjedok dr. M. L. V., ispitana je tijekom postupka kao svjedok u kojim iskazima je sadržajno navela što je prilikom pregleda oštećenice zapazila, te samo stručno obrazložila ono što je utvrdila pregledom. Ne radi se, dakle, o davanju nalaza i mišljenja, već o detaljnom obrazloženju onoga što je svjedok zapazio (da je himen oštećenice elastičan) pregledom oštećenice.» VSRH Kzz-27/1994.

⁵ Primorac, D.; Filipović, I.; Peronja, I.: Kazneno djelo zloporabe ovlasti/povjerenju gospodarskom poslovanju (u športu) te uloga sudskih vještaka knjigovodstveno-financijske struke u tim kaznenim postupcima, Zbornik radova Pravnog fakultet u Splitu, Split, god. 49, br. 4/2012, str. 778.

⁶ O tome kod Opatić, N: Vještaci – dokazno sredstvo u građanskom postupku, <http://www.pravnadatoteka.hr/pdf/Vjesaci%20%20dokazno%20sredstvo%20u%20gradjanskom%20parnicnom%20postupku.pdf>, datum posjete 04. kolovoza 2015. godine. Tako, prema jednom shvaćanju sud je slobodan samo u pogledu određivanja vještačenja, ali nije sposoban ocjenjivati rezultate rada vještaka. Drugo shvaćanje izjednačava sudskog vještaka sa svjedokom. Treće shvaćanje iskaz sudskog vještaka izjednačava sa sudskim očevitom. Prema četvrtom shvaćanju koje je najzastupljenije, iskaz sudskog vještaka je samostalno dokazno sredstvo.

⁷ Čl. 37. Pravilnika o stalnim sudskim vještacima (Narodne novine br. 38/2014 – u daljnjem tekstu:

- pravna osoba (stručna ustanova ili državno tijelo koje je upisano u Popis pravnih osoba za obavljanje poslova sudskog vještačenja),⁸
- ad hoc sudski vještak (radi se o fizičkoj osobi koja raspolaže odgovarajućim stručnim znanjem, ali nije upisana u Popis stalnih sudskih vještaka. Takva osoba se određuje ako npr. postoji opasnost od odgode, ili ako su stalni sudski vještaci spriječeni, ili ako to zahtijevaju druge okolnosti).

Važno je napomenuti kako se sudski vještak nikada ne imenuje za pojedinu vrstu grane prava (npr. građansko, trgovačko, kazneno...) već se imenuje za pojedinu struku (npr. medicinsku, financijsku i dr.). Iz toga je razvidno kako se jedna te ista osoba, koja je upisana kao sudski vještak, može kao sudski vještak jednako pojavljivati i u građanskim i u kaznenim predmetima.

Tijelo koje vodi postupak (dakle, sud ili državno odvjetništvo) izvest će dokaz vještačenjem kad je za utvrđivanje ili ocjenu neke važne činjenice potrebno pribaviti nalaz i mišljenje od osobe koja raspolaže stručnim znanjem ili vještinom. Izvođenje dokaza vještačenjem određuje sud ili državno odvjetništvo pisanim nalogom te se u njemu navodi u svezi s kojim činjenicama se obavlja vještačenje i kome se povjerava. Tijelo koje vodi postupak nije vezano prijedlogom stranaka koga odrediti za sudskog vještaka, pa makar postojala i njihova suglasna volja, te je to isključivo diskrecijsko pravo suda ili državnog odvjetništva. Važno je samo da se pisani nalog kojim se određuje vještačenje dostavi stankama (uostalom to je i obveza tijela koje vodi postupak) kako bi stranke znale koji je predmet vještačenja, trebaju li eventualno staviti kakvu primjedbu ili dopunu na takav nalog, zatražiti izuzeće i sl. U situaciji ako se takav nalog ne bi dostavio strankama postojala bi mogućnost da sudski vještak izradi nalaz i mišljenje, a da tek naknadno jedna od stranaka zatraži izuzeće tog vještaka iz opravdanih razloga te da on bude usvojen, što u konačnici može prouzročiti bespotrebne troškove i sl.

U praksi se zna događati da se radi jednog događaja vode dva odvojena postupka –jedan radi utvrđivanja kaznene odgovornosti okrivljenika, a drugi radi naknade štete u parničnom postupku. Npr. to može biti slučaj kod kaznenog djela Teške tjelesne ozljede – čl. 118. Kaznenog zakona (u daljnjem tekstu: KZ)⁹, Izazivanja prometne nesreće u cestovnom prometu – čl. 227. KZ-a i dr. Ovdje se postavlja pitanje može li se npr. u kaznenom predmetu koristiti kao dokaz nalaz i mišljenje sudskog vještaka koji je dan u parničnom postupku glede istog događaja (npr. može li se taj nalaz i mišljenje, uz suglasnost stranaka, pročitati u kaznenom postupku i koristiti kao dokaz). Prema dosadašnjoj praksi, to ne bi bilo moguće,

Pravilnik).

⁸ Čl. 38. Pravilnika.

⁹ Kazneni zakon (Narodne novine br. 125/11, 144/12, 56/15 i 61/15).

tako da bi sud za potrebe kaznenog postupka trebao odrediti novo vještačenje (po istom ili drugom sudskom vještaku), a sudski vještak bi trebao izraditi novi pisani nalaz i mišljenje ili bi pak dati usmeni nalaz i mišljenje na zapisnik o raspravi.

Kao što je već ranije istaknuto, vještačenje se može povjeriti fizičkoj osobi, pravnoj osobi ili ad hoc sudskom vještaku. Međutim, ako se vještačenje povjeri pravnoj osobi (stručnoj ustanovi ili državnom tijelu), tada vještačenje također obavlja jedna ili više osoba iz te ustanove ili tijela, s time da vještačenje ne izrađuju u svoje osobno ime, već u ime stručne ustanove ili državnog tijela kome je povjereno vještačenje. Osobe koje će u ime stručne ustanove ili državnog tijela izraditi nalaz i mišljenje određuje voditelj te ustanove ili posebno stručno tijelo koje postoji za tu namjenu. Prije izrade nalaza i mišljenja, stručna ustanova ili državno tijelo ima dužnost obavijestiti sud ili državno odvjetništvo o tome koji će sudski vještaci te ustanove ili tijela obaviti vještačenje, o čemu sud ili državno odvjetništvo izvješćuje stranke kako bi one opet imale mogućnost, ako za to postoje razlozi, na vrijeme zatražiti izuzeće nekoga od tih osoba. Nakon što se izradi pisani nalaz i mišljenje, stručna osoba ili državno tijelo dostavlja pisani nalaz i mišljenje tijelu koje je odredilo vještačenje, a ono mora biti potpisano od osoba koje su obavile vještačenje.¹⁰

Ako je vještačenje složeno, tada tijelo koje vodi postupak određuje dva ili više sudskih vještaka, a ako nije, onda se u pravilu određuje samo jedan sudski vještak. U slučaju ako se radi o složenom vještačenju i određuje se više sudskih vještaka, tada oni mogu biti iste, srodne ili slične struke. Ako u izradi jednog vještačenja sudjeluju sudski vještaci iste struke, radi se o homogenom vještačenju, a ako sudjeluju sudski vještaci raznih struka, onda se govori o heterogenim vještačenjima.¹¹

Vještačenje se sastoji od dva dijela: nalaza (*visum repertum*)¹² i mišljenja (*parere*)¹³. Nalaz je onaj dio sudskog vještaka u kojemu on na temelju svog posebnog stručnog znanja utvrđuje promjene što ih je određena činjenica ostavila

¹⁰ Iz vještačenja mora jasno biti vidljivo tko je sve od sudskih vještaka sudjelovao u izradi nalaza i mišljenja budući da je svatko od sudskih vještaka odgovoran za onaj dio koji je napisao te upravo on može biti pozvan na raspravu radi određenih pojašnjenja. O tome kod Garačić, A: Vještačenja u kaznenom postupku, http://www.vsrh.hr/CustomPages/Static/HRV/Files/AGaracic-Vjestacenja_u_kaznenom_postupku, datum posjete 06. kolovoza 2015. godine.

Kada je vještačenje povjereno stručnoj ustanovi, nema povrede Zakona, ako je nalaz i mišljenje potpisao direktor te ustanove, a ne sam vještak koji je obavljao vještačenje, jer je direktor svojim potpisom ovjerio ovo vještačenje, i u ime ustanove preuzeo odgovornost za obavljeno vještačenje – VSH KŽ-1001/68.

¹¹ Pavišić, B: Komentar Zakona o kaznenom postupku, Žagar, Rijeka, 2003. godina, str. 355.

¹² Škavić, J.; Zečević, D: Načela sudskomedicinskih vještačenja, Ljevak, Zagreb, 2010. godina, str.15.

¹³ *Ibid.* str. 15.

u izvanjskom svijetu, dok je mišljenje onaj dio iskaza u kojemu sudski vještak na temelju nalaza i svog stručnog znanja izlaže svoje shvaćanje o tome kakvo je značenje utvrđenih tragova koje je činjenica ostavila u izvanjskom svijetu.¹⁴ Dakle, preduvjet za davanje mišljenja jest postojanje nalaza na temelju kojega se i daje mišljenje.

Ako u mišljenju sudskih vještaka ima proturječnosti ili nedostataka ili se pojave osnove sumnje u točnost danog mišljenja, a ti se nedostaci ili sumnja ne mogu otkloniti ponovnim ispitivanjem vještaka, zatražit će se mišljenje drugog sudskog vještaka.¹⁵ U slučaju ako je sud zatražio mišljenje drugog sudskog vještaka poteškoće se mogu pojaviti ako se nalaz i mišljenje tog drugog sudskog vještaka razlikuje od onoga prvoga. U toj situaciji, sud mora pozvati obojicu sudskih vještaka i pokušati otkloniti to njihovo neslaganje, naravno ako je to moguće. Ako se ni nakon ponovnog ispitivanja sudskih vještaka ne mogu otkloniti ti nedostaci, onda će se zatražiti mišljenje drugih sudskih vještaka.¹⁶ To novo tzv.

¹⁴ Jemrić, M: Zakon o krivičnom postupku, VI. Izdanje, Narodne novine, Zagreb, 1987. godina, str. 299.

¹⁵ Čl. 318. ZKP.

¹⁶ Kad je vještak dao svoj pisani nalaz i mišljenje o uračunljivosti optuženika, ali iz opravdanih razloga ne može pristupiti glavnoj raspravi, a sud nađe potrebnim da vještačenje obnovi drugi vještak, o tom slučaju drugi vještak treba da obavi ponovno vještačenje na osnovi kojeg će dati svoj nalaz i mišljenje – Odluka VsS Kž 344/72.

Ako je jedan vještak već izvršio vještačenje u vezi s uračunljivošću okrivljenika i dao svoj pisani nalaz i mišljenje, a na glavnu raspravu zbog spriječenosti tog vještaka pozvan je drugi vještak koji je koristio promatranje obavljeno od prijašnjeg vještaka i njegov nalaz, pa na temelju toga dao protivno mišljenje, postupak nije pravilan: drugi vještak treba obaviti vještačenje ponovno i na temelju toga dati svoj nalaz i mišljenje. Davanje mišljenja na temelju tuđeg nalaza nije u skladu s odredbama o vještačenju – VsH Kž-2231/63.

Ako dvojica sudsko-medicinskih vještaka iznesu različito mišljenje o mogućem mehanizmu nastanka ozljede oštećenika – mišljenje jednog je da je prijelom kostiju ruke nastao padom, a drugog da je prijelom tipična posljedica direktnog udarca po ruci – pa kod takvih različitih mišljenja vještaci ustraju i kod ponovnog saslušanja, sud se nije ovlašten upuštati u ocjenu tih mišljenja i mišljenja jednog vještaka prihvatiti kao uvjerljivije, jer za takvu ocjenu sud nema stručnog znanja. U takvom slučaju, sud je dužan prema odredbi čl. 257. ZKP zatražiti mišljenje drugog vještaka sudsko-medicinske struke, jer u protivnom čini relativno bitnu povredu odredba kaznenog postupka iz čl. 354. st. 2. ZKP – Županijski sud u Bjelovaru KŽ-396/1997 od 9. listopada 1997. godine.

Ako sud posumnja u točnost mišljenja vještaka, dužan je pokušati nastalu situaciju otkloniti ponovnim ispitivanjem vještaka, a ako u tome ne uspije, treba odrediti novo vještačenje s drugim vještakom odnosno drugim vještacima. Ovo zbog toga što sud ne može sam raspraviti sporna pitanja za koja nije stručan – Vrhovni sud Hrvatske Kž 356/99.

U slučaju neslaganja u mišljenju vještaka danih istovremeno ili sukcesivno, neophodno je najprije pokušati da se to neslaganje otkloni ponovnim saslušanjem vještaka, a ako se to ne uspije, sud ne može odlučiti koje će mišljenje uzeti kao pravilno, već treba narediti novo vještačenje s drugim vještacima – Odluka VsH Kž 906/67 i VsV Kž 771/74.

Počinio je bitnu povredu kaznenog postupka iz čl. 354. st. 2. ZKP (sada 367. st. 3.) u svezi čl. 241. ZKP (sada čl. 257) sud koji na glavnoj raspravi nije kao dokaz iznio nalaz i mišljenje jednog prometnog vještaka pisano danog u istrazi, već je presudu temeljio na nalazu i mišljenju drugog prometnog vještaka kojem je vještačenje povjerio na glavnoj raspravi, a ta prometna vještačenja su djelomično oprečna. Takva situacija nalogala je sudu da u smislu odredbe čl. 257. ZKP pozove oba vještaka na glavnu raspravu, te njihovim saslušanjem otkloni nesuglasje – VSRH Kž-32/96.

treće vještačenje često se naziva supervještačenje ili superekspertiza i u najvećem broju slučajeva se povjerava stručnim ustanovama.¹⁷

Vrlo često primjedbe na nalaze i mišljenja sudskih vještaka u kaznenom postupku imaju okrivljenici i u takvoj situaciji prilažu u spis nalaze i mišljenja koje su napravili za svoje potrebe (dakle, ne po nalogu tijela koje vodi postupak). Obrana takvim postupanjem ima samo jedan cilj – što kvalitetnije potkrijepiti svoje prigovore na nalaze i mišljenje sudskih vještaka koji su za potrebe suda ili državnog odvjetništva izradili nalaze i mišljenja. I ovdje se postavlja pitanje što s takvim nalazima i mišljenjima, koja nisu napravljena po nalogu suda ili državnog odvjetništva, već na zahtjev okrivljenika.

Iako su se u sudskoj praksi pojavile različite rješidbe, autori ovog rada smatraju kako nalaze i mišljenja sudskih vještaka koja su napravljena na zahtjev okrivljenika ne treba prihvaćati kao dokaz, već oni samo trebaju poslužiti sudovima kao smjernica trebaju li eventualno odrediti još jedno vještačenje ili ne.¹⁸ Prema tome, takve nalaze i mišljenja ne treba zanemarivati, ali ih i ne prihvaćati kao dokaz. Tek u situaciji ako sud zaključi da je prvotni nalaz i mišljenje nejasan, nepotpun ili proturječan (u takvom zaključivanju zasigurno mu može pomoći i nalaz i mišljenje koje je priložio okrivljenik), a ti nedostaci se ne mogu otkloniti ponovnim ispitivanjem sudskog vještaka koji je po nalogu tijela koje vodi postupak izradio taj nalaz i mišljenje, tada sud ima mogućnost odrediti novo vještačenje po drugom sudskom vještaku.¹⁹ Dakle, pravni značaj za kazneni postupak ima samo onaj nalaz i mišljenje koji je napravljen po nalogu tijela koje vodi postupak, dok nalaz i mišljenje koji je napravljen na zahtjev stranke predstavlja samo „pomoćni materijal obrane kod obrazlaganja njihovih dokaznih prijedloga“ tako da samo isključivo ovisi o tijelu koje vodi postupak hoće li eventualno odrediti još jedno vještačenje ili ne.

¹⁷ Kvalitetna izrada nalaza i mišljenja svakako je od značaja glede toga hoće li se određivati tzv. treće vještačenje (superekspertizu ili supervještačenje) ili ne. Prema tome, stručnost sudskih vještaka je veoma bitan čimbenik za kvalitetan i brz način utvrđivanja odlučnih činjenica u kaznenom postupku. Isto tako, kvaliteta nalaza i mišljenja sudskih vještaka uveliko ovisi i o stručnosti suca koji vodi kazneni postupak odnosno njegovom odabiru sudskog vještaka.

¹⁸ U pravnom žargonu za nalaz i mišljenje koji je napravljen na zahtjev stranke koristi se izraz „privatni nalaz i mišljenje“.

¹⁹ U nekoliko kaznenih predmeta sudovi su prihvaćali nalaze i mišljenja koji su napravljeni na zahtjev okrivljenika kao dokaz te su ih pozivali na raspravu radi davanja određenih pojašnjenja, odgovora na pitanja i sl. U slučaju ako su se ti nalazi i mišljenja razlikovali od nalaza i mišljenja napravljenih po nalogu tijela koje vodi postupak, tada su sudovi pozivali oba sudska vještaka radi otklanjanja različitosti u njihovim nalazima i mišljenjima, a ako ni to nije bilo moguće, tada su određivali novo vještačenje

PRAVNI ASKPEKT VJEŠTAČENJA TJELESNIH OZLJEDA

Uloga sudskih vještaka u kaznenim postupcima je od iznimno velikog značaja. Tijelo koje vodi postupak u svom radu gotovo je „osuđeno na sudske vještake“ budući da se u najvećem broju kaznenih predmeta jedino uz njihovu stručnu pomoć može na kvalitetan način utvrditi činjenično stanje, a od kojeg utvrđenja ovisi i ishod kaznenog predmeta.²⁰ U tom smislu, i uloga sudskih vještaka medicinske struke u kaznenim predmetima u kojima je došlo do ozljeđivanja neke osobe jednako je važna, posebno kada se uzme u obzir da je vještačenje tjelesnih ozljeda obvezatno odnosno da se ono uvijek mora provesti.

Prema čl. 324. ZKP-a vještačenje tjelesnih ozljeda obavlja se u pravilu pregledom ozlijeđenoga, a ako to nije moguće ili nije potrebno na temelju medicinske dokumentacije ili drugih podataka u spisu.

ZKP-a u svojim odredbama predviđa mogućnost tjelesnog pregleda okrivljenika i drugih osoba, s time da ćemo se mi u ovom radu zadržati na tjelesnom pregledu drugih osoba, u konkretnom slučaju žrtve i oštećenika. Žrtva kaznenog djela je osoba koja zbog počinjenja kaznenog djela trpi fizičke i duševne posljedice, imovinsku štetu ili bitnu povredu temeljnih prava i sloboda, dok je oštećenik žrtva i druga osoba čije je kakvo osobno ili imovinsko pravo povrijeđeno ili ugroženo kaznenim djelom, a sudjeluje u svojstvu oštećenika u kaznenom postupku.²¹ Dakle, iz toga je razvidno kako je pojam „oštećenik“ pravno širi od pojma „žrtva“ budući da pojam oštećenika obuhvaća i žrtvu koja u svojstvu oštećenika sudjeluje u kaznenom postupku.

Kao što je već ranije naglašeno, vještačenje tjelesnih ozljeda najprije se obavlja pregledom ozlijeđenoga. Kada su u pitanju oštećenik ili žrtva, njihov pregled je važan budući da se njihovim pregledom može utvrditi nalazi li se na njihovom tijelu određeni trag ili posljedica kaznenog djela, od čega ovisi i daljnji tijek kaznenog postupka protiv okrivljenika. Jasno je da je svima u interesu da se obavi takav pregled, ponajprije države (ako se radi o kaznenom djelu za koje se kazneni postupak pokreće po službenoj dužnosti) te oštećenika ili žrtve (jer su oštećeni kaznenim djelom i u pravilu su zainteresirani za kazneni progon i naknadu štete), ali se postavlja pitanje što ako oštećenik ili žrtva ne pristanu na obavljanje takvog pregleda. Takvu situaciju riješio je ZKP-a u čl. 326. st. 2., prema kojemu se tjelesni pregled drugih osoba (dakle, oštećenika i žrtve) može obaviti i bez njihova pristanka ako se mora utvrditi nalazi li se određeni trag ili posljedica kaznenog djela na njihovu tijelu, a to se ne može utvrditi na drugi način te ako se može

²⁰ Čule, J: Analiza DNA u kaznenom postupku, u: Primjena analize DNA u sudskoj medicini i pravosuđu, Pravo 31, Nakladni zavod matice Hrvatske, Zagreb, 2001. godina, str. 121.-122.

²¹ Vidjeti čl. 202. st. 2. toč. 11.i 12. ZKP-a.

poduzeti bez štete za njihovo zdravlje. Važno je istaknuti kako tjelesni pregled oštećenika i žrtve može naložiti samo sud, a njega može obaviti samo liječnik

U slučaju, ako nije moguće napraviti tjelesni pregled oštećenika i žrtve ili to nije potrebno, vještačenje tjelesnih ozljeda obavlja se na temelju medicinske dokumentacije ili drugih podataka koji se nalaze u spisu. U pravilu se vještačenje tjelesnih ozljeda u kaznenom postupku obavlja upravo na temelju medicinske dokumentacije koja se nalazi u spisu. Ono što je važno za kazneni postupak glede vještačenja jest da sudski vještak brižljivo prouči predmet vještačenja, da točno navede sve što zapazi i nađe te da svoje mišljenje iznese nepristrano i u skladu s pravilima znanosti i vještine.²²

Nakon što je sudski vještak proučio predmet vještačenja, on izrađuje nalaz i mišljenje. Dakle, prvi dio vještačenja predstavlja nalaz, a drugi mišljenje. Kada je u pitanju vještačenje tjelesnih ozljeda, sudski vještak u svom nalazu najprije točno opisuje ozljede tj. sve one činjenice koje je utvrdio pregledom medicinske dokumentacije. On mora biti potpun i objektivni navod utvrđenog činjeničnog stanja.²³

Na temelju iznesenog nalaza, sudski vještak daje svoje mišljenje. Ono predstavlja zaključak (sukus) sudskog vještaka koji proizlazi iz prethodnog napravljenog nalaza. Važno je naglasiti kako sudski vještaci izrađuju vještačenja u skladu s nalogom suda u kojemu mora biti jasno navedeno u svezi s kojim činjenicama se treba obaviti vještačenje. U svakom slučaju, kada je u pitanju tjelesno ozljeđivanje, zadatak sudskog vještaka, a po nalogu suda, prvenstveno treba biti njegovo izjašnjavanje o vrsti i težini svake pojedine ozljede (ako ih je više) i njihovom ukupnom djelovanju s obzirom na njihovu narav ili posebne okolnosti slučaja, kakvo djelovanje te ozljede obično proizvode, a kakvo su u određenom slučaju proizvele, čime su ozljede nanesene i na koji način. Iz toga je razvidno kako vjerodostojnost mišljenja prvenstveno ovisi o točnosti nalaza jer u suprotnome može doći do određenih proturječnosti ili nedostataka.

Iako sudovi očekuju od sudskih vještaka izričiti odgovor na postavljena pitanja iz naloga, koji put zbog opravdanih razloga nije moguće dati takve odgovore pa se sudski vještaci koriste formulacijom poput: „gotovo sigurno“, „najvjerojatnije“

²² Čl. 312. st. 1. ZKP-a. Sudski vještak u svojem stručnom djelovanju mora imati potpunu inicijativu u radu, a u tome mu nalaže princip aktivnosti. Princip nezavisnosti u radu vještaka znači, konkretno, da nitko pa niti sam sud nije ovlašten, da upućuje vještaka u tome što će i s kojim metodama znanosti zaključiti o određenoj činjenici. Nepristranost u kontekstu vještačenja znači da vještak mora biti apsolutno slobodan, bez prisustva bilo kakvog pritiska ili sugestije koja bi ga usmjeravala ili navodila prema određenom nalazu i mišljenju. Posebno je za istaći, da u svom djelovanju vještak mora kao ekspert raditi u znaku autoriteta struke, a ne svoje personalnosti. O tome kod: Veselić, I: Vještaci kao sudionici parničnog postupka, Zbornik radova Šestog simpozija Hrvatske liječničke komore održanog 12. travnja 2013. godine u Zagrebu, Zagreb, www.hlk.hr/lgs.axd?t=16&id=4076, datum posjete 06. kolovoza 2015. godine.

²³ Škavić, J.; Zečević, D: *op. cit. str. 15.*

ili „ne može se isključiti“.²⁴ Smatramo kako je puno vjerodostojnije i ispravnije koristiti takve formulacije, nego potvrditi nešto u što nisi siguran, a što u konačnici može cijeli kazneni predmet usmjeriti u pogrešnom smjeru, na štetu neke od stranaka. Kao što je već ranije navedeno, nalaz i mišljenje sudskog vještaka sud cijeni kao i svaki drugi dokaz, sukladno slobodnoj ocjeni dokaza, a sudsku odluku donosi nakon što savjesno ocjeni svaki dokaz pojedinačno i u svezi s ostalim dokazima te na temelju takve ocjene izvodi zaključak je li neka činjenica dokazana.²⁵

Nedovoljno iskustvo i needuciranost sudskih vještaka u kaznenim postupcima vrlo često može dovesti do toga da se na teži način dođe do utvrđenja istine odnosno da se bespotrebno odugovlači kazneni postupak. Ako se tome još doprinese nedovoljno iskustvo ili needuciranost sudaca ili državnih odvjetnika, posebno ako bez imalo kritičkog osvrta cijene takav nalaz i mišljenje te ga unaprijed drže vjerodostojnim, onda to može predstavljati veliku opasnost za kazneni postupak. S druge strane, ne treba zanemariti ni činjenicu da su sudski vještaci prilikom izrade vještačenja vezani nalogom suda pa stoga, ako nalog nije dovoljno jasan, onda i to može prouzročiti određene poteškoće.²⁶ Svaki nalaz i mišljenje sudskog vještaka mora biti maksimalno podvrgnut kritičkoj analizi tijela koje vodi postupak, a u tome mu, od velike pomoći trebaju biti i stranke. Sudski vještak se u izradi svog nalaza i mišljenja treba isključivo držati činjenica koje su relevantne za izradu nalaza i mišljenja, a obvezatno izbjegavati bilo kakva pravna tumačenja glede kaznenog predmeta.²⁷

²⁴ *Ibid.* str. 15.

²⁵ Čl. 450. st. 2. ZKP-a.

„...Kod kaznenog djela teške tjelesne ozljede sud prvog stupnja samo navodi da je oštećenica zadobila, osim lakih tjelesnih ozljeda, i napuknuće desne ključne kosti, pa bez provođenja vještačenja zaključuje, na temelju medicinske dokumentacije, da se radi o teškoj tjelesnoj ozljedi, premda napuknuće kosti može biti laka ili teška tjelesna ozljeda. Prema izloženom, očito je da sud drugog stupnja, u stvari, nije ocijenio žalbene navode okrivljenika... To se posebno odnosi na neprovjeravanje kvalifikacije tjelesne ozljede koju je zadobila oštećenica...“ – VSRH I Kž-536/02-3 od 25. siječnja 2005. godine.

²⁶ U praksi se zna događati da sudovi, nakon što je sudski vještak izradio nalaz i mišljenje, traže dopunu vještačenja. Razlog tome zna biti i u nedovoljno preciziranom nalogu za vještačenjem, što sudske vještake može dovesti u nedoumicu, pogotovu ako se radi o sudskim vještacima s nedovoljno iskustva. Zato je vrlo važno da svaki nalog za vještačenjem sadrži jasne navode u svezi kojih činjenica je potrebno obaviti vještačenje. Ukoliko to nije jasno navedeno, može se vrlo lako dogoditi da i taj propust može biti jedan od razloga koji utječe na odugovlačenje kaznenog postupka.

²⁷ Kada je za utvrđivanje ili razrješenje kakve važne činjenice potrebno vještačenje, nije dužnost vještaka da o toj činjenici daje pravnu ocjenu, a još manje da svojom ocjenom obuhvaća obilježja kaznenog djela, jer takva ocjena spada u domenu suda koji vještačenje ocjenjuje kao svako drugo dokazno sredstvo. Vještačenje je dokazno sredstvo za utvrđivanje činjenica i vještak treba navesti «sve što opazi i nađe» pošto razmotri predmet vještačenja. Zadatak je vještaka da na temelju objektivno utvrđenih podataka ili na temelju pretpostavki na koje ga sud upozori, utvrdi one činjenice koje su odlučne za postojanje ili nepostojanje kaznenog djela. Postupanje nije pravilno ako vještak u stvari ocjenjuje iskaze pojedinih svjedoka i obranu optuženika, jer to je jedino zadatak suda, i po svojoj volji uzima pretpostavke za svoje zaključke, a naročito ako se ti zaključci ne odnose na činjenice već na postojanje bitnih obilježja kaznenog djela, što je pravni zaključak, koji može donijeti jedino sud – Vrhovni sud Hrvatske Kž 21619/59.

Vještačenje tjelesnih ozljeda spada u onu vrstu vještačenja koje se uvijek mora provesti budući da jedino sudski vještaci medicinske struke, s obzirom na njihovo stručno znanje, mogu dati odgovor na pitanje je li nešto predstavlja ozljedu, i ako je, je li riječ o tjelesno ozljedi iz čl. 117. KZ-a ili teškoj tjelesnoj ozljedi iz čl. 118. KZ-a ili pak o osobito teškoj tjelesnoj ozljedi iz čl. 119. KZ-a. Međutim, naš zakonodavac u KZ-u nije opisao tjelesnu ozljedu niti tešku tjelesnu ozljedu, kao što je to napravio s osobitom teškom tjelesnom ozljedom.²⁸ Naime, kod kaznenog djela tjelesne ozljede iz čl. 117. KZ-a, u st. 1., samo je navedeno: „Tko drugoga tjelesno ozlijedi ili mu naruši zdravlje“, a jednako tako i kod kaznenog djela teške tjelesne ozljede iz čl. 118. KZ-a, u st. 1., navedeno je: „Tko drugoga teško tjelesno ozlijedi ili mu teško naruši zdravlje.“ Za razliku od ta dva kaznena djela, kod kaznenog djela osobito teške tjelesne ozljede iz čl. 119. KZ-a, u st. 1., izričito je navedeno: „Ako je kaznenim djelom iz čl. 116. st. 1. i 2.²⁹ i čl. 118. st. 1. KZ-a 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.“

Dakle, s obzirom da zakonodavac nije pobliže odredio ili opisao kada postoji tjelesna ozljeda ili narušenje zdravlja odnosno kada postoji teška tjelesna ozljeda ili teško narušenje zdravlja, mogu se pojaviti određene poteškoće u praksi kod procjenjivanja težine tjelesne ozljede tj. radi li se u konkretnom slučaju o tjelesnoj ozljedi ili teškoj tjelesnoj ozljedi.³⁰ Konkretni primjeri za to su poteškoće glede kvalifikacije tjelesnih ozljeda npr. potresa mozga, prijeloma nekih kostiju i sl.³¹ Upravo radi toga sudsko-medicinska praksa određuje kriterije takvog razgraničavanja, što u konačnici znači da to čini sudskomedicinski vještak, jer suci nemaju dovoljno stručnog znanja, kakvo imaju sudski vještaci medicinske struke.

S druge strane, kada je u pitanju kazneno djelo osobito teške tjelesne ozljede iz čl. 119. KZ-a, zakonodavac je tu ipak detaljnije opisao u čemu se sastoji osobito teška tjelesna ozljeda, što olakšava i sudskim vještacima, budući da ukoliko

²⁸ Problem tjelesnih ozljeda prema klasičnoj diobi na laku, tešku i osobito tešku tjelesnu ozljedu, problem je za praksu i teoriju. Kvalifikacija ovisi o nizu čimbenika, navlastito o napretku medicinske znanosti i pravodobnoj liječničkoj pomoći. Vidi o tome kod: Bačić, F; Pavlović, Š: Komentar Kaznenog zakona, Organizator, Zagreb, 2004. godina, str. 483.

²⁹ Kazneno djelo iz čl. 116. KZ-a je Sakaćenje ženskih spolnih organa.

³⁰ Umjesto da dade barem neke elemente na osnovu kojih se jedna povreda ima smatrati lakom ili običnom teškom, zakonodavac je to pitanje prepustio sudskoj praksi, a to u krajnjoj liniji znači liječniku-vještaku, jer suci nemaju dovoljno znanja iz sudske medicine, da bi mogli kritički pristupiti ocjeni vještakovog mišljenja – Carić, A; Vodinelić, V; Prvan, LJ: Vještačenje tjelesnih povreda, Pravni život, br. 1, Savez udruženja pravnika SR Srbije i SR Bosne i Hercegovine, Beograd, januar-februar 1968, str. 17.

³¹ Zečević, D; Škavić, J: Osnove sudske medicine za pravnike, Barbat, Zagreb, 1996. godina, str. 232.

sudski vještaci utvrde da je ostvarena jedna od ovih težih posljedica, tada će tu ozljedu tako i kvalificirati, a ako to ne utvrde, onda će tu ozljedu kvalificirati kao tešku tjelesnu ozljedu. Prema tome, za razliku od razgraničenja između tjelesne ozljede i teške tjelesne ozljede, u sudskoj praksi ne javlja se toliko poteškoća kod razgraničenja između teške tjelesne ozljede i osobito teške tjelesne ozljede zbog gore navedenog opisa.³²

ZAKLJUČAK

O važnosti uloge sudskih vještaka u kaznenim postupcima najbolje govori činjenica da se danas u najvećem broju sudskih postupaka angažiraju sudski

³² Osim konkretnih kaznenih djela tjelesne ozljede iz članka 117. KZ-a, teške tjelesne ozljede iz članka 118. KZ-a i osobito teške tjelesne ozljede iz članka 119. KZ-a, koja su sadržana u Glavi X. KZ-a - Kaznena djela protiv života i tijela, pojam tjelesne ozljede ili teške tjelesne ozljede sadržan je i u nekim drugim kaznenim djelima iz drugih Glava KZ-a i to najčešće kao kvalificirani oblik kaznenog djela. U tom smislu treba istaknuti kaznena djela iz:

Glave IX. KZ-a - Kaznena djela protiv čovječnosti i ljudskog dostojanstva i to kazneno djelo genocida iz članka 88. stavak 1. točka 2. KZ-a (nanosi članovima skupine teške tjelesne ozljede ili im teško naruši zdravlje), zatim kazneno djelo zločin protiv čovječnosti iz članka 90. stavak 1. točka 6. KZ-a (nanosi teške tjelesne ili duševne boli ili patnje) i kazneno djelo ratnog zločina iz članka 91. stavak 1. točka 3. KZ-a (nanošenje velike patnje i teške tjelesne ozljede ili teško narušenje zdravlja).

Glave XIII. KZ-a - Kaznena djela protiv osobne slobode i to kazneno djelo protupravnog oduzimanja slobode iz članka 136. stavak 3. KZ-a (prouzročena teška tjelesna ozljeda), te kazneno djelo otmice iz članka 137. stavak 2. KZ-a (prouzročena teška tjelesna ozljeda).

Glave XVI. KZ-a - Kaznena djela protiv spolne slobode i to kazneno djelo teška kaznena djela protiv spolne slobode iz članka 154. stavak 1. točka 7. KZ-a (na način da je silovana osoba teško tjelesno ozlijeđena).

Glava XIX. KZ-a - Kaznena djela protiv zdravlja ljudi i to kazneno djelo nadriječništva iz članka 184. stavak 2. i 3. KZ-a (izazvana teška tjelesna ozljeda i izazvana osobito teška tjelesna ozljeda).

Glava XXI. KZ-a - Kaznena djela protiv opće sigurnosti i to kazneno djelo teška kaznena djela protiv opće sigurnosti iz članka 222. stavak 1. i 3. KZ-a (prouzročena teška tjelesna ozljeda neke osobe).

Glava XXII. KZ-a - Kaznena djela protiv sigurnosti prometa i to kazneno djelo ugrožavanja prometa opasnom radnjom i sredstvom iz članka 224. stavak 4. i 6. KZ-a (prouzročena teška tjelesna ozljeda), zatim kazneno djelo ugrožavanja posebnih vrsta prometa iz članka 225. stavak 3. i 5. KZ-a (prouzročena teška tjelesna ozljeda neke osobe) i kazneno djelo izazivanja prometne nesreće u cestovnom prometu iz članka 227. stavak 1., 2., 3. i 5. KZ-a (teška tjelesna ozljeda druge osobe i osobito teška tjelesna ozljeda).

Glave XXX. KZ-a - Kaznena djela protiv javnog reda i to kazneno djelo prisile prema službenoj osobi iz članka 314. stavak 2. KZ-a (nanesena tjelesna ozljeda) i kazneno djelo napada na službenu osobu iz članka 315. stavak 4. KZ-a (nanesena tjelesna ozljeda).

Osim toga, vrlo često kod kaznenog djela ubojstva ili teškog ubojstva u pokušaju (članak 110. i 111. u svezi članka 34. KZ-a) imamo za posljedice tjelesne ozljede, teške tjelesne ozljede ili osobito teške tjelesne ozljede, koje na opisan način također traže angažman stalnih sudskih vještaka sudske medicine, a glede utvrđivanja vrste i težine tjelesne ozljede.

vještaci radi utvrđivanja ili ocjene neke važne činjenice. Prema tome, to nije samo slučaj gdje je vještačenje obvezatno (kao npr. kod vještačenja tjelesnih ozljeda), već i u svim onim drugim slučajevima gdje ono nije obvezatno tj. u onim predmetima gdje je pomoć sudskog vještaka neophodna kod utvrđivanja pravno relevantnih činjenica.

Vještačenje tjelesnih ozljeda u kaznenom postupku nije niti malo jednostavan posao za sudskog vještaka i radi toga moraju maksimalno biti svjesni svoje odgovornosti i uloge. Iako se nalaz i mišljenje sudskih vještaka u kaznenom postupku cijeni kao i svaki drugi dokaz, što bi na neki način trebalo značiti i sigurnost za sudske vještake glede njihove moguće pogreške, u praksi gotovo da se i ne događa da sudovi u konačnici ne prihvaćaju takve nalaze i mišljenja sudskih vještaka. Kada se to uzme u obzir, opravdano se postavljaju pitanja: Ovisi li sudbina jednog kaznenog predmeta u najvećoj mjeri o nalazu i mišljenju sudskog vještaka? Na koji to način sud može ocjenjivati nalaz i mišljenje sudskih vještaka kao i svaki drugi dokaz, s obzirom da se vještačenje i određuje kada je sudu potrebno određeno stručno znanje ili vještina koje nema glede utvrđivanje neke važne činjenice?

U ovom radu istaknuto je kako se vještačenje tjelesnih ozljeda obavlja u pravilu na temelju medicinske dokumentacije, a vrlo rijetko pregledom ozlijeđene osobe. Imajući to u vidu, jasno je da će medicinska dokumentacija biti temelj za pokretanje ili nepokretanje kaznenog postupka, kao i za pravu kvalifikaciju kaznenog djela. Sve to ukazuje da je velika uloga u tome ne samo sudskih vještaka, već i svih onih liječnika koji su medicinski obrađivali ozlijeđenoga prije vještačenja. Naime, budući da mišljenje sudskog vještaka ovisi o nalazu koji se radi na temelju medicinske dokumentacije, onda je jasno kako medicinska dokumentacija treba biti što točnija, potpunija i objektivnija.

SUMMARY

LEGAL ASPECTS OF EXPERTISE BODY INJURY IN CRIMINAL PROCEEDINGS WITH SPECIAL REFERENCE TO JUDICIAL PRACTICE

The Criminal Procedure Act prescribes more types of expertise (expert opinion in the case of suspicious death, expert opinion in the case of suspected poisoning toxicological expertise, evaluation of physical injuries, psychiatric evaluation, physical examination, molecular genetic analysis and audit of business books, documents and data), with in that it must be carried out only in case of suspicious death, poisoning, bodily injury and mental illness, disorder and other mental disorders. In all other cases there is no obligation of expertise so that the body conducting the proceedings only decide whether or not in certain cases order the expertise or the relevant facts establish otherwise prescribed by the Criminal Procedure Act. Therefore, evaluation of physical injury must always be carried out since the seriousness of the injury depends on the legal qualification of the criminal offense, and the answer to the question about the severity of injuries can be given only by person who has adequate expertise in the medical profession ie. a court appointed expert. As a rule, expert personal injury shall be reviewing the injured, and if that is not possible, or necessary, then the expert personal injury made based on medical records or other data in the file. The Criminal Code distinguishes criminal offence of personal injury and criminal offense of aggravated bodily harm, and criminal offense of aggravated bodily injury is divided into three criminal offenses: serious bodily injury, serious bodily injury and serious bodily injury with the consequence of death.

Key words: *expertise, court appointed expert, personal injury, criminal offence.*

LITERATURA

Bačić, F; Pavlović, Š: Komentar Kaznenog zakona, Organizator, Zagreb, 2004. godina.

Carić, A; Vodinelić, V; Prvan, LJ: Vještačenje tjelesnih povreda, Pravni život, br. 1, Savez udruženja pravnika SR Srbije i SR Bosne i Hercegovine, Beograd, januar-februar 1968. godina.

Čule, J: Analiza DNA u kaznenom postupku, u: Primjena analize DNA u sudskoj medicini i pravosuđu, Pravo 31, Nakladni zavod matice Hrvatske, Zagreb, 2001. godina.

Garačić, A: Vještačenja u kaznenom postupku, http://www.vsrh.hr/CustomPages/Static/HRV/Files/AGaracic-Vjestacenja_u_kaznenom_postupku.

Jemrić, M: Zakon o krivičnom postupku, VI. Izdanje, Narodne novine, Zagreb, 1987. godina.

Kazneni zakon (Narodne novine br. 125/11, 144/12, 56/15 i 61/15).

Opačić, N: Vještaci – dokazno sredstvo u građanskom postupku, <http://www.pravnadatoteka.hr/pdf/Vjesaci%20%20dokazno%20sredstvo%20u%20gradjanskom%20parnicnom%20postupku.pdf>.

Pavišić, B: Komentar Zakona o kaznenom postupku, Žagar, Rijeka, 2003. godina.

Pravilnik o stalnim sudskim vještacima (Narodne novine br. 38/2014).

Primorac, D.; Filipović, I.; Peronja, I.: Kazneno djelo zlouporabe ovlasti/povjerenju gospodarskom poslovanju (u športu) te uloga sudskih vještaka knjigovodstveno-financijske struke u tim kaznenim postupcima, Zbornik radova Pravnog fakultet u Splitu, Split, god. 49, br. 4/2012.

Primorac, D: Kazneno procesno pravo i prekršajno pravo – odabrane teme, 1. Izdanje, Alfa, Zagreb, 2015. godina.

Škavić, J.; Zečević, D: Načela sudskomedicinskih vještačenja, Ljevak, Zagreb, 2010. godina.

Veselić, I: Vještaci kao sudionici parničnog postupka, Zbornik radova Šestog simpozija Hrvatske liječničke komore održanog 12. travnja 2013. godine u Zagrebu, Zagreb, www.hlk.hr/lgs.axd?t=16&id=4076.

Zakon o kaznenom postupku (Narodne novine br. 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13 i 152/14).

Zečević, D: Škavić, j: Osnove sudske medicine za pravnike, Barbat, Zagreb, 1996. godina.

Josip Mađarić, odv.
Odvjetničko društvo „Mađarić i Lui“

ODGOVORNOST ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA NAKNADU ŠTETE RADI LIJEČNIČKE POGREŠKE

UDK: 347. 56 : 614. 25(497.5)

61(497.5)

Primljeno: 20. listopada 2015.

Stručni članak

U proteklih desetak godina broj sudskih predmeta i odštetnih zahtjeva pacijenata radi liječničke pogreške mnogostruko se povećava. Zdravstvene ustanove i liječnici na njih u pravilu reagiraju negativno, tj. ne priznaju svoju odgovornost za naknadu štete, nisu skloni nagodbama i odluku o tome prepuštaju sudovima.

Sudski postupci su dugotrajni, zahtjevni i skupi, a iznosi zateznih kamata i sudskih troškova nakon dosuđujućih presuda znaju i udvostručiti dosuđenu glavnicu odštete.

Rijetke su zdravstvene ustanove koje imaju dobro osigurateljno pokriće u policama profesionalne odgovornosti liječnika, većinom se radi o simboličnim iznosima pokrića nedostatnim za pokrivanje čak i prosječnih odšteta.

Obzirom na odredbe Zakona o obveznim odnosima, primarna je odštetna odgovornost zdravstvene ustanove koja je dužna naknaditi štetu koju je njen zaposlenik (zdravstveni radnik) uslijed postupanja protivno pravilima struke počinio pacijentu tijekom liječenja. Kao temelje odštetne odgovornosti liječnika primjenjuje se princip presumirane (pretpostavljene) krivnje, tako da liječnik (ustanova) mora dokazati da pri liječenju pacijenta nije bilo nikakvih propusta, tj. da se je u cijelosti postupalo po pravilima struke (lega artis).

Pored imovinske štete (troškovi liječenja, naknada izgubljene zarade, naknada za tuđu pomoć i njegu, etc...), oštećenik ima pravo i na naknadu neimovinske štete radi povrede prava osobnosti. Kvalifikatorne okolnosti za ocjenu visine neimovinske štete (vidovi štete) su pretrpljeni fizički bolovi, strah, naruženje, duševni bolovi radi smanjenja životne aktivnosti (pojačani naponi). Uža obitelj preminulog pacijenta ima pravo na naknadu za duševne boli radi smrti bliske osobe, a osobe koje je preminuli uzdržavao imaju pravo na rentu radi izgubljenog uzdržavanja. Uža obitelj osobe kod koje je, kao posljedica liječničke pogreške, došlo do naročito teškog invaliditeta, ima pravo na naknadu za duševne bolove. Za određivanje visine naknada za neimovinsku štetu sudovi primjenjuju Orijentacijske kriterije Vrhovnog suda Hrvatske, nema većih odstupanja od tih Kriterija.

I. UVOD

Odgovornost liječnika za naknadu štete uslijed liječničke pogreške predmetom je bitno povećanog interesa kako javnosti, pacijenata i medija, tako i stručnih medicinskih i pravnih krugova, a broj sudskih predmeta (odštetnih zahtjeva) s tom tematikom posljednjih nekoliko godina raste gotovo geometrijskom progresijom.

Razlozi tome su brojni: sociološki, pravni, rentno-financijski, stručno-medicinski, etc... Činjenicu da su još do prije 15-tak ili 20- tak godina takvi predmeti bili prava rijetkost u odnosu na sadašnji broj predmeta, prije svega valja sagledavati u kontekstu približavanja i ulaska Hrvatske u društvo onih država koje su se pravnim aspektima medicinske pogreške ozbiljno počele baviti prije 40-50 godina, i koje su tijekom tih godina utvrdile određene pravne i medicinske standarde koji vrijede u tim stvarima. Ovakvo stanje nije samo u Hrvatskoj, već se može reći da se takav proces zbiva u svim državama bivše Istočne Europe, Hrvatska u tom segmentu ni po čemu za njima ne zaostaje, a prednjači pred ex YU državama.

Obzirom da se radi o relativno novoj materiji, možda je razumljivo postojanje određenog nesnalaženja (kako među pacijentima, tako i među liječnicima i pravnicima) u pristupu problemu i mogućim rješenjima i odgovorima, a naša sudska praksa još je relativno siromašna da bi dala cjelovite odgovore na otvorena pitanja koja se postavljaju.

II. ZAKONSKI OKVIR ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU RADI LIJEČNIČKE POGREŠKE

Temeljni propis koji regulira odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova za naknadu štete izmjenjeni je Zakon o obveznim odnosima koji je stupio na snagu 01.01.2006.g.

Tim je propisom regulirani su temelj odgovornosti, krug osoba koje odgovaraju za štetu, oslobođenje od odgovornosti, naknadu (popravljanje) štete, vrste štete, naknadu štete u slučaju smrti, tjelesne ozljede i oštećenja zdravlja, kao i druga pitanja vezana uz institut naknade štete.

Pored Zakona o obveznim odnosima, u primjenu moguće dolaze Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata, kao i drugi propisi koji dijelom reguliraju ovu materiju.

III. O POJMU LIJEČNIČKE POGREŠKE

Zasigurno ima više desetaka definicija liječničke pogreške, brojni su se pravni teoretičari i liječnici okušali u pronalaženju općeprihvatljive definicije iste. Što je više tih pokušaja, to se prvotna definicija liječničke pogreške ukazuje sve

boljom i prihvaćenijom. Nju je dao njemački liječnik i političar Rudolf Virchow u drugoj polovini 19. stoljeća kada ju je nazvao Kunstfehlerom i rekao da je to „kršenje općepriznatih pravila umijeća liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza“. U pokušaju pojednostavljenja, moglo bi se reći da je liječnička greška svako liječenje pacijenta koje je protivno općeprihvaćenim pravilima medicinske struke, tj. svako postupanje pri liječenju bolesnika koje je *contra legem artis* (i predstavlja *vitium artis*).

Da li je u konkretnom liječenju liječnik postupao *lege* ili *vitium artis* sud ne može samostalno zaključiti (za to nema potrebnih znanja), već za odgovor na to pitanje mora angažirati sudskog vještaka(e). U velikom broju slučajeva odgovor na pitanje da li je liječnik u konkretnom slučaju postupao u skladu s pravilima struke i nije tako jednoznačan, jednostavan i prihvatljiv za parnične strane, tako da se mora izvesti još jedno ili dva vještačenja da bi sud poklonio svoje povjerenje nekom od njih. Drugim riječima, u velikom broju slučajeva niti liječnici (vještaci) nisu složni o tome što su općeprihvaćena pravila struke, tj. da li je pri liječenju nekog pacijenta bilo liječničke pogreške ili nije, vrlo često se događa da su liječnici-vještaci na sasvim suprotnim pozicijama u ocjeni pravilnosti nekog zahvata ili liječenja.

Radi iznesenog parnice radi naknade štete zbog medicinske pogreške u pravilu su dugotrajne, u svakom pogledu vrlo zahtjevne za stranke, njihove punomoćnike i sud.

IV. TEMELJ ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU

IV. 1. Odgovornost na temelju presumirane krivnje

U našem pravnom sustavu odgovornost za štetu temelji se na odredbi čl. 1045. Zakona o obveznim odnosima koji kaže da onaj koji drugome prouzroči štetu dužan mu je istu naknaditi, osim ako dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje. Pravnoteoretski, radi se o tzv. subjektivnoj odgovornosti, i to o subjektivnoj odgovornosti na temelju pretpostavljene (presumirane) krivnje, gdje je teret dokazivanja prebačen na štetnika (osobu koja je štetu počinila).

Govorimo li konkretno, tj. o odgovornosti liječnika za grešku u liječenju, iz gore citirane zakonske odredbe proizlazi da teret dokaza leži na liječniku (ustanovi) koji je dužan dokazati da je prilikom liječenja pacijenta u cijelosti postupao u skladu s pravilima struke (*lege artis*).

U vezi s ovim pitanjem bilo je određenih nedoumica u našoj sudskoj praksi,

iste je razriješio **Ustavni sud Hrvatske koji u svojoj Odluci od 21.11.2007.** navodi kako slijedi:

„Bolnica za liječničku grešku odgovara po načelu presumirane krivnje, što znači da ona mora dokazati da je u svemu postupala na način propisan pravilima liječničke struke, te da do greške nije došlo ni zbog obične nepažnje liječnika koji je provodio zahvat“.

Ovakvo zakonsko rješenje suprotno je onome iz anglosaksonskog prava u kojem je teret dokaza leži na pacijentu (tužitelju), tj. on je taj koji treba dokazivati da je liječnik prilikom liječenja napravio stručnu pogrešku. Dapače, već uz samu tužbu mora biti priložen nalaz vještaka (expert witness-a) da se u predmetnoj utuženoj stvari doista radilo o liječničkoj pogrešci, u protivnom tužba biva odbačena.

IV. 2. Objektivna odgovornost

Pored odgovornosti na temelju presumirane krivnje u pojedinim predmetima na odgovornost liječnika (zdravstvenih ustanova) primjenjuje se stroži princip objektivne odgovornosti, tj. za štetu koja nastane od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost odgovara se bez obzira na krivnju.

U sudskoj praksi pravila objektivne odgovornosti u pravilu se vežu uz štete nastale uporabom (neispravnih) medicinskih aparata, odnosno njihovom uporabom protivno uputi proizvođača. Radi se npr. o opeklinama koje su pacijenti zadobili uslijed neispravnih termokautera ili uređaja koji provode galvanske struje kod rehabilitacije, štetama nastalih na pacijentima uslijed višekratne uporabe dijelova medicinske opreme koja se po uputi proizvođača smije koristiti samo jednokratno, tragične zamjene spremnika kisika prilikom anestezije pri operaciji, odvajanja gumenog crijeva na „umjetnim plućima“ prilikom operacije i posljedično teškog oštećenja mozga pacijenta uslijed hipoksije (iz njemačke sudske prakse), eksploziji aparata za narkozu prilikom operacije radi čega je pacijent umro (francuska sudska praksa).

U svim gore navedenim slučajevima sud je na odgovornost štetnika (medicinske ustanove) primjenio pravila objektivne odgovornosti (uzročnosti) i ocijenio da su neispravni medicinski aparati „opasna stvar“, tj. od njih potječe povećana opasnost za nastanak štete, te njihove imaoce (medicinske ustanove) presudio na plaćanje odštete ne raspravljajući o njihovoj krivnji.

Valja napomenuti da pružanje medicinskih usluga (liječenje bolesnika) u našoj sudskoj praksi nije „opasna djelatnost“ i nema mjesta generalnoj primjeni načela objektivne odgovornosti, već taj princip valja primjenjivati samo kada okolnosti slučaja upućuju da se radi o uređaju ili postupku od kojih potječe povećana opasnost za nastanak štete kod pacijenta.

V. Tko odgovara za štetu

Pored već navedene odredbe čl. 1045. Zakona o obveznim odnosima koja kaže da za štetu odgovara onaj koji je prouzroči, valja imati na umu i njegov čl. 1061. koji regulira odgovornost poslodavca. Prema citiranom članku, poslodavac odgovara za štetu koju njegov zaposlenik u radu ili u vezi s radom prouzroči trećoj osobi, osim ako dokaže da njegov zaposlenik nije za štetu odgovoran.

Govoreći konkretno u predmetima liječničke pogreške, medicinska ustanova odgovara pacijentu (tužitelju) za naknadu štete koju je ovaj pretrpio zbog moguće greške u liječenju koju je napravio zaposlenik (liječnik, zdravstveni radnik), osim ako dokaže da je liječnik postupao u skladu s pravilima struke i prema tome za štetu nije odgovoran.

Za slučaj da je šteta počinjena namjerno (a što nije zabilježeno u praksi suđenja radi liječničke pogreške), pacijent štetu može potraživati i direktno od liječnika (zdravstvenog radnika).

Iz stavaka 3. i 4. čl. 1061. Zakona proizlazi pravo poslodavca da u roku od šest mjeseci po isplati odštete isplaćeni iznos potražuje od zaposlenika koji je štetu počinio (regres), no samo uz uvjet da dokaže da je isti štetu počinio namjerno ili iz krajnje nepažnje. Obzirom da se namjera praktički može isključiti, poslodavac će ostvariti povrat isplaćene odštete od zaposlenika (liječnika, zdravstvenog radnika) ako mu dokaže da je štetu počinio iz krajnje nepažnje (grubih povreda pravila medicinske struke).

U našoj sudskoj praksi daleko najveći broj sporova radi naknade štete uslijed medicinske pogreške vodi se protiv zdravstvenih ustanova (a ne protiv liječnika osobno), s time da je zanemarivo mali broj sporova u kojima zdravstvene ustanove tuže svoje zaposlenike za povrat isplaćenih odšteta.

Gornja rješenja u našem pravu bitno se razlikuju od prakse anglosaksonskog prava u kojem je odgovornost liječnika za naknadu štete isključivo osobna, a njihove bolnice (zdravstvene ustanove) odgovaraju za štetu samo ako su u pitanju neki organizacijski propusti u funkcioniranju bolnice koji su doveli do štete, neispravni medicinski aparati i sl. Ako nema takvih propusta, tj. ako je bolnica liječniku osigurala sve što je potrebno za kvalitetan rad, za štetu pacijentu odgovara isključivo on osobno.

Preduvjet funkcioniranja takvog sustava odgovornosti postojanje je dobrog osigurateljnog pokrića liječnika od profesionalne odgovornosti koje je (u pravilu) zakonski obavezno.

VI. VRSTE ŠTETE

VI. 1. Imovinska šteta

Zakon o obveznim odnosima u čl. 1046. definira štetu kao umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta).

U parnicama radi naknade štete zbog liječničke pogreške u pravilu se potražuju i imovinska šteta i neimovinska šteta, sve ovisno o tome da li se radi o oštećenju zdravlja pacijenta (trajnim posljedicama) ili se pak radi o smrti pacijenta i odštetnog zahtjeva njegove obitelji.

Kod oštećenja zdravlja pacijenta, a sve ovisno o težini nastupjelih posljedica, u domeni imovinskih šteta pacijenti (tužitelji) najčešće potražuju troškove liječenja i rehabilitacije (oni koje ne pokriva HZZO), razliku između redovite plaće i naknade za bolovanje (ako ta razlika postoji), trajnu rentu kao razlika između plaće i invalidske mirovine (kod ozbiljnijih posljedice koje su prouzročile odlazak pacijenta u mirovinu), rentu radi objektivno neostvarene poslovne i stručne karijere (financijski ekvivalent), rentu za potrebnu tuđu pomoć i njegu pacijenta (također kod težih posljedica), a za slučaj da je pacijent izdržavao neke osobe (najčešće maloljetnu djecu ili starije roditelje), te sada zbog gubitka prihoda to više ne može činiti, isti imaju pravo na rentu radi izgubljenog uzdržavanja (maloljetna djeca do navršanih 18 godina ili završetka redovnog školovanja).

U velikom broju slučajeva kada je u pitanju liječnička pogreška koja je rezultirala teškim posljedicama po zdravlje pacijenta gornji zahtjevi za isplatu imovinske štete vrlo se često kumuliraju (ili dio njih), sve ovisno o konkretnom činjeničnom stanju.

VI. 2. Neimovinska šteta

Pored gore navedenih najčešćih vidova imovinske štete, pacijentu ili njegovoj obitelji pripada pravo na neimovinsku štetu radi povrede prava osobnosti. U svojem čl. 1100. Zakon o obveznim odnosima navodi da će sud u slučaju povrede prava osobnosti dosuditi pravičnu novčanu naknadu ako pronađe da težina povrede i okolnosti slučaja to opravdavaju, sve to nezavisno od naknade imovinske štete (pa kad nje i nema).

Sud će pri tome voditi računa o jačini i trajanju fizičkih boli, te duševnih boli i straha, a što su kvalifikatorne okolnosti kojima se sud rukovodi prilikom odmjeravanja visine odštete. U pogledu visine dosuđene naknade, Sud svoju

presudu temelji na nalazu i mišljenju sudskog vještaka medicinske struke i sudske prakse (visina odštete po pojedinim vidovima - kvalifikatornim okolnostima) koju primjenjuje na taj nalaz.

Nadalje, u čl. 1101. Zakon o obveznim odnosima određuje da u slučaju smrti ili naročito teškog invaliditeta neke osobe, članovi njene uže obitelji (bračni drug, djeca i roditelji) imaju pravo na novčanu naknadu neimovinske štete. Takva se naknada može dosuditi i braći i sestrama, djedovima i bakama, unučadi i izvanbračnom drugu, sve uz uvjet postojanja tajnije zajednice života sa umrlim (teško ozlijeđenim). Roditeljima pripada pravo na odštetu za gubitak začetog, a nerođenog djeteta (nasciturusa).

VII. ORIJENTACIJSKI KRITERIJI I IZNOSI ZA UTVRĐIVANJE VISINE PRAVIČNE NOVČANE NAKNADE NEMATERIJALNE ŠTETE VRHOVNOG SUDA HRVATSKE

Vrhovni sud Hrvatske donio je krajem 2002. godine Orijentacijske kriterije za dosuđivanje neimovinske štete, sve u cilju ujednačavanja sudske prakse u pogledu dosuđenih iznosa odštete. Prije toga sudovi s različitih područja Hrvatske u približno jednakim stvarima dosuđivali su bitno različitu visinu odštete, ponekad se događalo da se dosuđena visina odštete u dva različita suda (npr. Istra i Slavonija) razlikovala 50% i više. Može se reći da su rečeni Kriteriji postigli svoj cilj, te da se sudska praksa ujednačila u različitim područjima i sudovima u Hrvatskoj.

Ovi Kriteriji nisu „cjenik“ i propisane tabele za obaveznu uporabu, već su, kao što im i sam naziv kaže, orijentaciona mjerila od kojih sud polazi da bi, uvažavanjem specifičnosti i posebnosti svakog pojedinog slučaja, odmjerio pravičnu naknadu neimovinske štete. U praksi nastaloj nakon donošenja Kriterija zamjetno je da odstupanja od njih u pravilu predstavljaju iznimku, moglo bi se reći da ih sudovi uzimaju kao donju granicu za dosuđivanje naknade, odstupanja idu prema blagom povećanju dosuđenih iznosa, sve uz postojanje obrazloženja (specifičnosti pojedinog slučaja) za isto.

VIII. VISINA POJEDINIH VIDOVA NEIMOVINSKE ŠTETE PO ORIJENTACIJSKIM KRITERIJIMA VRHOVNOG SUDA

VIII. 1. Fizički bolovi

Naknada za pretrpljene fizičke bolove određuje se prema duljini trajanja bolova (izraženo u danima) i njihovom intenzitetu (slabi, srednji i jaki), sve kako slijedi:

slabi bolovi	70,00 kn (po danu)
srednji bolovi	220,00 kn (po danu)
jaki bolovi	370,00 kn (po danu)

Valja napomenuti da se nelagodnosti vezane uz sam tijek liječenja (previjanje rana, odstranjenje šavova, kontrolni pregledi, provođenje rehabilitacije) razmatraju u okviru naknade za fizičke boli.

VIII. 2. Strah

Visina naknade za strah, kao i kod fizičkih bolova, primarno ovisi o duljini trajanja straha i njegovom intenzitetu, uz uvažavanje svih posebitosti svakog pojedinog slučaja.

Naknada za strah, uvažavajući gornje kriterije (duljinu trajanja i intenzitet) kreće se od

2.200,00 kn do 30.000,00 kn

VIII. 3. Duševni bolovi zbog smanjenja životnih aktivnosti

Visina naknade za duševne bolove radi smanjenja životnih aktivnosti (u praksi se često

koristi i naziv „pojačani naponi“) predstavlja naknadu za trajne štetne posljedice koje su nastupile kod oštećenika i koje umanjuju kvalitetu njegova života. Trajne štetne posljedice izražavaju se u postotku, a visina naknade ovisi o tom postotku, sve vodeći računa o životnoj dobi, vrsti zanimanja i drugim osobnim karakteristikama oštećenika.

Naknada za trajne posljedice orijentacijski iznosi:

do 25% trajnih posljedica	7.500,00 kn	za svakih 10%
preko 25 % do 40%	11.000,00 kn	za svakih 10%

preko 40% do 60%	22.000,00 kn	za svakih 10%
preko 60% do 80%	45.000,00 kn	za svakih 10%
preko 80% do 100%	75.000,00 kn	za svakih 10%

Ovdje se, kao što i sam naziv „trajne posljedice“ sugerira, radi o obliku štete trajnog

karaktera, no sudska praksa poznaje i naknadu za privremeno smanjenje životnih aktivnosti ako je ono bilo jačeg intenziteta i ako su u pitanju neke posebne okolnosti koje takvo dosuđenje opravdavaju.

VIII. 4. Duševni bolovi radi naruženosti

Visina naknade za duševne bolove radi naruženosti (naruženja) ovisi o stupnju naruženja (jaki, srednji, laki), te o životnoj dobi i zanimanju oštećenika, te o lokaciji ozljede koja rezultira naruženjem.

Naruženost se okvirno naknađuje prema slijedećim kriterijima:

- jaki stupanj	- vrlo uočljiv trećima	- 37.000,00 kn
	- uočljiv samo ponekad (npr. na plaži)	- 22.000,00 kn
- srednji stupanj	- vrlo uočljiv trećima	- 22.000,00 kn
	- uočljiv samo ponekad	- 11.000,00 kn
- laki stupanj	- vrlo uočljiv trećima	- 5.000,00 kn
	- uočljiv samo ponekad	- 2.500,00 kn

Valja napomenuti da ovaj vid štete nije samo naknada za moguće izmjenjenu vanjštinu oštećenika koja u okolini izaziva povećanu pozornost, sažaljenje ili druge negativne reakcije, već predstavlja i naknadu radi utjecaja na njegovo psihičko stanje u cjelini. Ako je njegovo psihičko stanje narušeno u većoj mjeri, tada se te teže posljedice naknađuju pri odmjeravanju naknade za duševne bolove radi smanjenja životne aktivnosti (pojačani napori).

VIII. 5. Naknada neimovinske štete kod najtežih ozljeda i najvišeg stupnja smanjenja životnih aktivnosti

Primjenjujući gore navedene kriterije za naknadu svih vidova neimovinske štete, tj. sagledavajući sve kvalifikatorne okolnosti koje u svojoj ukupnosti čine povredu prava osobnosti oštećenika, ukupna naknada neimovinske štete za slučaj najtežih posljedica (100% smanjenje životnih aktivnosti, npr. gubitak vida na oba oka, para i kvadriplegija, teške ozljede mozga praćene najtežim neurološkim posljedicama) prema postojećoj sudskoj praksi iznosi cca 1.000.000,00 do 1.200.000,00 kn, odstupanja moguća osobno uvjetovanim okolnostima kod oštećenika.

Pri tome valja imati na umu da su upravo takve najteže ozljede u pravilu praćene i postojanjem materijalne štete (npr. rentom radi tuđe pomoći i njege, rentom radi izgubljene zarade i uzdržavanja, troškovima nužne preinake stambenog prostora za invalide u kolicima, etc...), tako da sveukupna imovinska i neimovinska šteta može doseći daleko veći iznos.

VIII. 6. Naknada za duševne bolove radi smrti bliskog srodnika

Visina naknade za duševne bolove radi smrti bliskog srodnika je vid neimovinske štete koji je u sudskoj praksi najmanje podložan odstupanjima od Kriterija, ako ona i postoje idu naviše od predviđenih svota, no vrlo rijetko i u izuzetnim slučajevima.

Naknade za ovaj vid štete su slijedeće:

- za slučaj smrti bračnog i izvanbračnog druga (trajniya zajednica života)
i djeteta 220.000,00 kn
- roditeljima radi gubitka ploda 75.000,00 kn
- za slučaj smrti roditelja djetetu koje se nalazi na odgoju i skbi kod
roditelja 220.000,00 kn
- djetetu 150.000,00 kn
- za slučaj smrti brata ili sestre 75.000,00 kn

Valja napomenuti da se naknada može dosuditi i bakama, djedovima i unucima, uz uvjet da je između njih i stradale osobe postojala trajniya zajednica života, u sudskoj praksi ista iznosi 75.000,00 kn.

VIII. 7. Naknada za duševne boli radi naročito teškog invaliditeta bliske osobe

Ova vrsta naknade po iznosima je bliska naknadi za duševne bolove radi smrti bliskog srodnika. Dosuđuje se bliskim srodnicima osobe čije su teške ozljede rezultirale velikim stupnjem trajnih štetnih posljedica po njega. U postojećoj sudskoj praksi najčešća granica iznad koje se dosuđuje ovaj vid neimovinske štete je 80% trajnih štetnih posljedica, makar ima i presuda u kojima je i niži postotak uzet kao „naročito teški invaliditet“.

Iznosi koji se dosuđuju bliskim srodnicima osoba sa teškim invaliditetom su slijedeći:

za naročito teški invaliditet bračnog i izvanbračnog druga i djeteta...	220.000,00 kn
za slučaj naročito teškog invaliditeta roditelja djetetu koje se nalazi na odgoju i skrbi kod roditelja.....	220.000,00 kn
djetetu	150.000,00 kn

IX. ULOGA SUDSKIH VJEŠTAKA

Kao što je već ranije napomenuto, sud ne raspolaže potrebnim znanjima da bi ocijenio

dvije najbitnije stvari, tj. da bi sam odgovorio na dva krucijalna pitanja koja se postavljaju u parnicama radi naknade štete zbog liječničke pogreške. Prvo je pitanje da li u postupanju liječnika čiji se postupci u liječenju bolesnika ima povreda općeprihvaćenih pravila medicinske struke (tj. da li je pri liječenju počinjena neka pogreška koja je utjecala na ishod), a drugo pitanje (u slučaju ozljede pacijenta) odnosi se na ocjenu i procjenu svih gore navedenih kvalifikatornih okolnosti koje se moraju uzeti pri određivanju visine naknade: dužina i intenzitet trajanja bolova, straha, stupanj naruženja, postotak smanjenja životnih aktivnosti (pojačanih napora).

Sud vještaka(e) primarno imenuje sa liste stalnih sudskih vještaka i uz suglasnost parničnih stanaka (tužitelja i tuženog). Ta se suglasnost relativno rijetko postiže, pa zato sud vještake u pravilu imenuje samostalno (bez sporazuma stranaka).

Pri odabiru vještaka medicinske struke sud svakako vodi računa o medicinskom casusu koji je predmetom parnice, kao i o činjenici da vještak ne bi smio biti osoba koja u toj grani medicine ima slabije reference od onog liječnika čija se moguća greška u parnici propitkuje. Sudovi su, u pravilu, najčešće skloni vještačenje

povjeriti institucijama (najčešće su to Medicinski fakulteti, specijalizirani laboratoriji, etc...).

Obzirom da po procesnim pravilima građanskog postupka svaka od parničnih strana ima pravo na prigovor protiv nalaza sudskog vještaka, to pravo strana nezadovoljna vještačenjem u pravilu ne propušta. U tom slučaju sud poziva vještake da osobno na sudu brane i obrazlažu svoj pisani nalaz, a nezadovoljna strana svojim prigovorima nastoji poljuljati vjeru suda u pravilnost i istinitost nalaza vještaka. Uspije li u tome, tada sud, na prijedlog te strane, određuje novo vještačenje po drugim vještacima. Za slučaj da taj drugi nalaz bude bitno ili čak potpuno različit od prvog (relativno česta situacija), tako sud poziva vještake na ročište da moguće usuglase nalaze. Za slučaj da to usuglašavanje ne uspije, sudu preostaje odrediti treće vještačenje koje u velikoj većini slučajeva bude prijelomno za donošenje odluke suda.

Obzirom na deficitarnost broja sudskih vještaka u područjima za koja se traže subspecijalistička znanja, naši su sudovi u situaciji sve više posezati za vještacima (posebice institucijama) iz regije, a ulaskom Hrvatske u EU stekli su se svi preduvjeti i za korištenje vještaka iz tih zemalje.

U anglosaksonskom pravnom sustavu vještake ne određuje sud (nema liste stalnih sudskih vještaka), već parnične strane predlažu sudu da kao vještaka prihvati njihovog eksperta iz određenog područja koje je predmetom parnice. Te se osobe sudu na ročištu predstavljaju iznoseći svoje stručne reference, a sud odlučuje da li će ih prihvatiti kao vještake. Strana čiji prijedlog za određenog vještaka sud ne prihvati, ima pravo pozvati drugog vještaka i ponuditi ga sudu za expert witness-a.

Dobra strana ovog sustava je da se za vještake predlažu ponajbolji stručnjaci iz nekog područja, dok je u našem sustavu bitno da je vještak specijalista iz nekog područja medicine i da je na listi stalnih sudskih vještaka.

X. ZAKLJUČAK

Odgovornost zdravstvenih ustanova za naknadu štete pacijentima radi liječničke pogreške biva sve češćim predmetom sudskih sporova, broj tih sporova se bitno povećava iz godine u godinu.

Obzirom da se radi o relativno novoj materiji, tako se u postupanju i postavljanju zdravstvenog sustava (liječnika, zdravstvenih ustanova i vlasti) zamjećuje izostanak najboljeg odgovora na nastalu situaciju, tj. ne koriste se

iskustva i rješenja drugih zemalja koje su se s tim problemom susretale pred više desetaka godina i stvorile održivi sustav naknade štete pacijentima.

Na taj se način sustav naknade štete pacijentima u cijelosti prepušta sudovima, a sudska praksa na tom (relativno novom) području nije još dovoljno brojna i gusta da bi dala odgovore na sva pitanja koja se postavljaju.

Parnice radi naknade štete zbog liječničke pogreške dugotrajne su i skupe, nisu (barem sve) u najboljem interesu ni pacijenata, ni zdravstvenog sustava. Zakonske zatezne kamate koje na neimovinsku štetu teku tijekom cijelog postupka i parnični trošak nakon cca pet godina suđenja udvostručuju dosuđenu naknadu štete.

Nesklonost i bojazan od zaključenja nagodbi sa pacijentima čak i u slučajevima drastičnih i evidentnih primjera liječničke greške pogrešna je taktika zdravstvenih ustanova (liječnika), pacijent je prisiljen utuživati, sudski postupak (pre)dugo traje i pacijent čeka odštetu, na kraju sustav to sve plati sa kamatama i troškovima, za pacijenta ponekad i prekasno.

Već i površnim uvidom u stanje u susjednim nam europskim zemljama može se doći do zaključka da cjelokupni sustav naknade štete radi liječničke pogreške ne može funkcionirati bez dobrog i na nivou države uređenog sustava osiguranja liječnika i zdravstvenih ustanova od profesionalne odgovornosti, tako da bi kod nas valjalo propisati obvezu osiguranja od profesionalne odgovornosti sa najnižim svotama osigurateljnog pokrića dostatnim za pokrivanje odšteta pacijentima.

SUMMARY

HEALTH INSTITUTION RESPONSIBILITY FOR DAMAGES CAUSED WITH MEDICAL ERROR

The number of court procedures and patients' claims due to the medical malpractice has manifold increased during the last ten years. Medical institutions and doctors react to them in general negatively, i.e. do not admit their liability for the damage compensation, are not inclined to settle and a decision is left to the courts. Court proceedings are lengthy, demanding and expensive, and the default interest and legal costs after the ruling in most cases double the amount of the awarded principal amount. There are very few medical institutions that have good insurance coverage in the insurance policies of the professional medical liabilities, and mostly it is a symbolic amount of coverage insufficient to cover even the average compensations.

Given the provisions of the Obligations Act, the primary compensation liability of medical institutions that is required to reimburse the damage which its employee (health worker) causes to the patient during a treatment as a result of actions contrary to professional guidelines. The

compensation liability of the doctors is based on the principle of presumed (assumed) guilt, so the doctor (institution) must prove that there were no failures during the treatment of the patient, i.e. that the entire treatment was according to the professional guidelines (lega artis).

In addition to the property damage (treatment costs, compensation for loss of earnings, compensation for third party assistance and care, etc. ...), the injured party is entitled to the compensation for non-pecuniary damages for the violation of rights of personality. Qualifying circumstances for the evaluation of the level of the personal injuries (types of damages) are endured physical pain, fear, disfiguration, and mental pain due to reduced activity levels (increased efforts). The immediate family of the deceased patient is entitled to compensation for mental suffering due to the death of a family member, and the persons who were financially supported by the deceased are entitled to the rent due to the lost financial support. Immediate family of the person, who has suffered a particularly severe disability as a result of the medical malpractice, is entitled to compensation for mental suffering. To determine the amount of the compensation for non-pecuniary damage, courts apply the Guideline Criteria of the Croatian Supreme Court. There are no major deviations from these Criteria.

LITERATURA:

Zakon o obveznim odnosima (N.N. -35/05)

Orijentacijski kriteriji i iznosi za utvrđivanje visine pravične novčane naknade neimovinske štete – Vrhovni sud Hrvatske, 2002.

Vilim Gorenc i dr. – Komentar zakona o obveznim odnosima, Zagreb, 2014.

dr. Petar Klarić – Odštetno pravo, Zagreb, 2003.

dr. Jakov Radišić – Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika, Beograd, 1986.

SAŽETCI

Izv.prof.dr.sc. Željko Radić
Izv.prof.dr.sc. Vilma Pezelj
Marija Štambuk Šunjić, asistentica

POVIJEST MEDICINSKOG PRAVA

Primljeno: 26. listopada 2015.

U radu će autori analizirati odnos razvoja sudske medicine kao grane medicinskog prava na kontinentu i u Engleskoj tijekom srednjeg vijeka. Doprinos Engleske sudsko-medicinskoj znanosti do poč.19.st. bio je gotovo zanemariv. U rano modernom periodu malobrojnost literature iz ovog područja u usporedbi s kontinentom bio je upečatljiv. Nedostatak medicinsko-pravnih studija u Engleskoj u odnosu na Italiju, Francusku, a posebno Njemačku, svoj razlog ima prvenstveno u njihovom različitom pravnom sustavu. Rimsko – kanonsko pravo poticalo je razvoj ove znanosti, dok je engleski common – law sustav kočio njen napredak. Autori će u radu pojasniti kako su četiri važna aspekta pravnog postupka u Rimsko kanonskoj tradiciji (1. službeni status medicinskih stručnjaka, 2.dokazni postupak i obimna literatura koja je to elaborirala, 3.Francuski sustav sudske kontrole i mogućnost priziva višem sudu, te 4. Njemačka procedura „*Aktenversendung*“ po kojoj su medicinski fakultet bili konzultirani od strane suda) direktno utjecala na razvoj znanosti sudske medicine. Ove razlike bile su prvenstveno odraz logike različitih pravnih sustava. U 19.st. liječnička profesija i u Engleskoj doživljava svoju reformu, jača njezin javni status, značajno se poboljšava sudsko -medicinsko obrazovanje i praksa, a javlja se i svijest o njenoj važnosti kao znanosti za cijelo društvo.

Ključne riječi : *sudska medicina, Rimsko – kanonski postupak, common law, liječnička vještačenja*

SUMMARY

HISTORY OF MEDICAL LAW

In this paper, the authors will analyse relation of the growth of medico legal knowledge like part of medicine law between continental Europe and England during medieval period. The English contribution to the science of forensic medicine before 19.century was almost insignificant. In the early modern period the paucity of English literature in relation to continent was remarkable. The lack of medico legal studies in England in comparison with Italy, France and Germany has the reason in their different legal systems. Roman canon law fostered the development of medico legal science, whereas English common law tended to discourage it. The authors will explain how the four aspects of legal procedure in the Roman – canon tradition (1. The official status of medical experts, 2. The law of proof and the extensive literature on evidence that it produced, 3. The French system of judicial review and appeal, 4. The German procedure of „*Aktersvindikung*“, whereby university medical faculties were consulted by the courts) had the direct impact on the growth of medico legal knowledge. This differences was reflex of their different legal systems. In the 19.century the medical profession in England goes through the reform, public status enhanced, medico legal knowledge and practice came to be viewed as an important priority for all society.

Key words : *legal medicine, Roman – canon law, common law, medical expertise*

Izv. prof. dr. sc. Mirko Klarić
Pravni fakultet Sveučilište u Splitu

ORGANIZACIJA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE NA RAZINI LOKALNE SAMOUPRAVE U HRVATSKOJ

Primljeno: 20. listopada 2015.

Javni zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj ustrojen je kao javna služba, te pruža zdravstvene usluge na primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj razini. U okviru organizacije sustava zdravstvene zaštite lokalne jedinice ostvaruju prava, obveze, zadaće, ciljeve na način da popunjavaju mrežu javne zdravstvene službe na svom području, organiziraju rad javnih zdravstvenih ustanova kojima su osnivači, koordiniraju rad svih pravnih i fizičkih osoba koje na području jedinica lokalne područne (regionalne) samouprave obavljaju zdravstvenu djelatnost, daju koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe na svom području sukladno mreži javne zdravstvene službe. Lokalne jedinice na temelju Plana zdravstvene zaštite Republike Hrvatske donose svoj plan zdravstvene zaštite, organiziraju i provode različite javnozdravstvene mjere, organiziraju provedbu postupaka objedinjene javne nabave za ustanove kojima su osnivači, donose jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencija te ranog otkrivanja bolesti. Lokalne jedinice osiguravaju na svom području provođenje javnozdravstvene, epidemiološke i zdravstveno ekološke djelatnosti uz prevenciju bolesti te provode više različitih mjera zdravstvene ekologije. Osim toga, ustrojavaju hitnu medicinu na svom području te mrtvozorničku službu. Županije i gradovi osiguravaju sredstva za funkcioniranje zdravstvenih ustanova kojima su osnivači temeljem plana i programa mjera zdravstvene zaštite i mreži javne zdravstvene službe. Lokalne jedinice mogu osigurati i nadstandard u pružanju zdravstvenih usluga, koji onda financiraju iz vlastitih izvora. Organizacijski oblici kroz koje se pruža zdravstvena usluga na lokalnoj razini su: opće i specijalne bolnice, dom zdravlja, zavod za hitnu medicinu i zavod za javno zdravstvo, polikliniku, liječilište, ustanovu za zdravstvenu njegu, ustanovu za palijativnu skrb i ljekarničku ustanovu. U izlaganju će se analizirati svaka od navedenih ustanova te njezini pravno-organizacijski i upravni aspekti.

Ključne riječi: *javna uprava, lokalna samouprava, javna zdravstvena služba*

SUMMARY

ORGANIZATION OF PUBLIC HEALTH SERVICE ON LOCAL SELF- GOVERNMENT LEVEL IN CROATIA

Public health system in Republic of Croatia is established as public service, and managing health services on primary, secondary and tertiary level. In framework of system of public health protection local self-government units achieving rights, obligations, duties and goals on the way that fulfills network of public health service on their own territory, organizing work of public health institutions which are they founders, coordinating work of all legal and physic persons who on the territory of the local government units perform health service, give concessions for carrying public health service on their own field according to the network of the public health services. Local government units according to the Plan of health protection of Republic of Croatia brings their Plan of health protection, organizing and spending different public health measures, organizing implementation of procedure of integrating public health for institutions which are they founders, bringing annual or three-year plans of health protection, prevention and early detecting of illness. Local government units assuring on their own territory managing of public health, epidemiologic and health ecologic activities with prevention of illness and implementation of more different measures of health ecologies. Beside them, they establish urgent medical care on their own territory and also medical examiner service. Counties and towns assuring spends for functioning public health institutions which are they founders according to the plan and program of measures of public health protection and network of public health service. Local units can assure higher standard in managing of public health services, which is financing by their own funds. Organization forms from which are provided health services are: general and special hospitals, health care centre, Department of emergency medicine, public health institute, polyclinic, health resort, institution for health care, institution for palliative care and pharmacist institution. In presentation will be describe all of those institutions and their legal, organizational and administrative aspects.

Key words: *public administration, local self-government, public health service*

Dijana Cimer
Ministarstvo zdravlja

ULOGA MEDICINSKOG PRAVA U KREIRANJU JAVNOG ZDRAVSTVA

Primljeno: 20. listopada 2015.

Promicanje i očuvanje zdravlja te stvaranje uvjeta za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i ostvarenja najviše moguće razine zdravlja stanovništva jedna je od temeljnih zadaća izvršne vlasti. Primjena znanstvenih proizvoda kao rezultata istraživanja i znanstvenih dostignuća u medicini otvara neslućene mogućnosti unapređivanja ljudskog života i zdravlja u najširem smislu ali s druge strane otvara i mnoga pitanja na području etike, ekonomije i prava. Pri kreiranju javno zdravstvene politike nužan je multidisciplinarni pristup, a osobito su pri tom važne medicinska i pravna znanost i praksa koje se neminovno isprepliću prilikom stvaranja uvjeta za očuvanje čovjekovih najvrjednijih dobara.

Cilj izlaganja je ukazati kako se u području ostvarenja društvene skrbi za zdravlje medicinska i pravna znanost i praksa isprepliću i koegzistiraju. Pojašnjava se uloga stručnjaka medicinskog prava u kreiranju zakonodavnog okvira za brojna područja koja se tiču svake ljudske osobe na najosobnijoj razini njezinog života i zdravlja. Ističe se važnost medicinskog prava kao posebne grana prava koja se bavi normama koje reguliraju pravila ponašanja u uvjetima suvremenog razvoja znanosti kada se na gotovo dnevnoj bazi otvara sve veći prostor mogućnosti ali i brojne dileme vezano uz ekonomska ograničenja u mogućnostima primjene medicinskih dostignuća te moralne dileme.

Ključne riječi: *zdravstvena zaštita, javno zdravstvena politika, medicinsko pravo*

SUMMARY

ROLE OF MEDICAL LAW IN CREATING PUBLIC HEALTHCARE

Health promotion and protection, as well as creating conditions to exercise the right to health care and achieve the highest possible level of the population health, is one of the fundamental tasks of executive authority. Implementation of scientific products as a result of research and scientific achievements in medicine provides for endless possibilities in improving human life and health in the broadest sense, however raises up questions in the area of ethics, economics and law. In creating the public health policy, a multidisciplinary approach is necessary, with a special emphasis on medical and legal sciences and practices which inevitably intertwine in creating the conditions for preservation of man's most valuable assets.

The aim of the presentation is to underpin how medical and legal sciences and practices intertwine and coexist in accomplishing societal concern for health. The role of medical legal experts in creating the legal framework for numerous fields that tackle most personal level of life and health of every human being is clarified. A special emphasis is placed on the significance of medical law as a particular field of legal expertise that deals with the norms regulating the rules of conduct in terms of contemporary development of science where on an almost daily basis not only numerous possibilities open up, but various dilemmas as well concerning economic constraints in implementing medical achievements, and moral dilemmas.

Key words: *health care, public health policy, medical law*

Natalia Bralić
Hrvatski Zavod za zdravstveno osiguranje
Croatian Health Insurance Fund

PRIMJENA MEDICINSKOG PRAVA U SUSTAVU UPRAVLJANJA S ASPEKTA LIJEČNIKA

Primljeno: 20. listopada 2015.

Upravljanje zdravstvenim sustavima, jedno je od temeljnih pitanja svake suvremene države. Uspostava sustava upravljanja zahtjevan je proces koji traži potpunu posvećenost, stoga povećanje znanja i izobrazbe predstavlja osnovni preduvjet kvalitetnog funkcioniranja zdravstvenog sustava. Ulaganje u vlastito obrazovanje u ovom iznimno konkurentnom okruženju nameće se kao *conditio sine qua non*. Upravo nam znanje, koje je jedini trajni kapital, između ostalog daje i sposobnost upravljanja svojim prednostima i nedostacima.

Cilj ovog rada je ukazati na potrebu za stručnjacima koji posjeduju znanja i vještine koje omogućuju kritičku analizu i sposobnost primjene stečenih specifičnih znanja iz područja medicinskog prava u praksi. U radu se detaljno pojašnjava broj i struktura liječnika u Republici Hrvatskoj s naglaskom na liječnike koji se nalaze na rukovodećim radnim mjestima u sustavu. U drugom dijelu prikazani su neki od poslovnih procesa u sustavu upravljanja kod kojih je stečeno znanje iz područja medicinskog prava vrlo korisno s aspekta liječnika.

Ključne riječi: *upravljanje, medicinsko pravo, liječnik*

SUMMARY

IMPLEMENTING MEDICAL LAW IN THE MANAGEMENT SYSTEM FROM MEDICAL DOCTOR POSITION

Health policy and health management are one of fundamental issues of every contemporary state. Establishing a management system is a challenging process that requires utter commitment, and therefore increases knowledge and education presents a basic precondition for well-functioning health systems. Investing in one's own education in such a fiercely competitive environment is perceived as a *conditio sine qua non*. It is knowledge as the only permanent capital that *inter alia* entails the capacity to manage one's strengths and weaknesses.

The aim of this presentation is to indicate that there is a need for professionals who possess knowledge and skills enabling critical analysis and the ability to use acquired specific knowledge in the area of practical medical law. The presentation elaborates the structure and number of medical doctors in the Republic of Croatia with the emphasis on the doctors that hold the decision making and managerial positions in the health system. The second part of the presentation showcases some of the management system business processes that prove the value of the acquired knowledge in the area of medical law for medical doctors.

Key words: *management, medical law, medical doctor*