

**PRAVNI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U SPLITU**

**ZBORNIK RADOVA S
MEĐUNARODNOG KONGRESA**

**„6. KONGRES KOKOZA I 8. HRVATSKI
KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S
MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM”**

**Poreč
28. – 30. ožujka 2025. godine**

**Zbornik radova s međunarodnog kongresa
„6. KONGRES KOKOZA I 8. HRVATSKI KONGRES
MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM”**

Nakladnik

Sveučilište u Splitu
Pravni fakultet
Domovinskog rata 8
21000 Split

Organizatori

Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Hrvatska liječnička komora

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

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

KONGRES KOKOZ (6 ; 2025 ; Poreč)
Zbornik radova s međunarodnog kongresa
"6. kongres KOKOZA i 8. hrvatski kongres
medicinskog prava s međunarodnim
sudjelovanjem" : Poreč, 28. - 30. ožujka
2025. godine / <glavni urednici Marija
Boban, Ratko Brnabić>. - Split :
Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet,
2025.

Bibliografija uz svaki članak. - Summaries.

ISBN 978-953-8116-50-6

1. Boban, Marija 2. Brnabić, Ratko 3.
Hrvatski kongres medicinskog prava s
međunarodnim sudjelovanjem (8 ; 2025 ;
Poreč)
I. Medicinsko pravo -- Zbornici

200125007

Glavni urednici

prof. dr. sc. Marija Boban
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
izv. prof. dr. sc. Ratko Brnabić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

Tehnički urednik

Ante Šimun Majstorović, mag. iur., asistent
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

Urednici izdanja

prof. dr. sc. Vesna Barić Punda
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
izv. prof. dr. sc. Marko Ivkošić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
prof. dr. sc. Ines Medić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
doc. dr. sc. Marin Keršić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
doc. dr. sc. Vedran Zlatić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
doc. dr. sc. Trpimir Perkušić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
izv. prof. dr. sc. Ivan Vukušić
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

Međunarodno uredništvo

prof. dr. sc. em. Jana Goriup
Sveučilište Alma Mater, Slovenija
prof. dr. sc. Suzana Kraljić
Pravni fakultet Sveučilišta u Mariboru, Slovenija
Jose Maria Lorenzo Villaverde
University of Santiago de Compostela, Španjolska
izv. prof. dr. sc. Ivana Bernadić
Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bosna i Hercegovina
izv. prof. dr. sc. Marija Vidić
Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bosna i Hercegovina

Grafička priprema i tisak

Ustanova DES Split

Naklada

150 komada

**MEĐUNARODNI KONGRES
„6. KONGRES KOKOZA I 8. HRVATSKI KONGRES
MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM”**

Datum održavanja

28. – 30. ožujka 2025. godine

Organizatori

Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Suorganizatori

Hrvatska komora fizioterapeuta
Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Hrvatska komora medicinskih sestara
Hrvatska komora primalja
Hrvatska komora zdravstvenih radnika
Hrvatska ljekarnička komora
Hrvatska psihološka komora
Alumni Pravnog fakulteta u Splitu

Organizacijski odbor

Alen Babacanli, dr. med.
Ivan Bekavac, dr. med.
izv. prof. dr. sc. Ratko Brnabić, dipl. iur.
Vikica Krolo, dr. med.
doc. dr. sc. Krešimir Luetić,
dr. med. Samija Ropar, dr. med.
Prim. Boris Ujević, dr. med

Radni jezik

hrvatski, slovenski, engleski

Mjesto održavanja

Poreč, Hrvatska
Hotel Parentium Plava laguna

SADRŽAJ

ČLANCI

Prof. dr. sc. Ines Medić

Prekogranično pružanje e-zdravstvenih usluga 1

**Prof. dr. sc. Vilma Pezelj, Marija Štambuk Šunjić, dipl. iur.,
Dinko Sinčić, student**

Neka pitanja javnoga zdravstva u srednjovjekovnom Braču (povodom
720 godina Bračkog statuta) 23

Prof. dr. sc. Marija Boban

Zaštita zdravstvenog sektora od kibernetičkih napada i mjere i postupci za
jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite 45

Prof. dr. em. Jana Goriup

Socialni gerontolog v primežu zakona o dolgotrajni oskrbi 81

**Valentino Kuzelj, univ. mag. iur., doc. dr. sc. Vedran Zlatić,
Danijel Javorić Barić, mag. iur.**

Pravo na zdravlje u kontekstu hrvatskog socijalnog ustava 95

Ranko Marijan, dipl. iur.

Kaznenopravna odstupanja od pravila medicinske struke 113

Ivica Veselić, dipl. iur.

Značenje privatnog nalaza i mišljenja u sudskom postupku 129

ČLANCI

Prof. dr. sc. Ines Medić*

PREKOGRANIČNO PRUŽANJE E-ZDRAVSTVENIH USLUGA

UDK: 614:004

614:341.95

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 10. ožujka 2025.

U svijetu u kojem granice praktično ne postoje ostvarivanje učinkovite zdravstvene zaštite više nije moguće vezati isključivo uz nacionalni zdravstveni sustav. Sloboda kretanja osoba i sloboda kretanja usluga na jedinstvenom europskom tržištu otvorile su put ka prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, najprije „na mala vrata“ isključivo uz prethodnu autorizaciju, da bi se s vremenom (temeljem odredaba Direktive 2011/24/EU) uspostavio dvotračni režim i otvorio put ne samo ka prekograničnom pružanju zdravstvenih usluga nego i ka elektroničkom pružanju zdravstvenih usluga, kako na nacionalnoj tako i na prekograničnoj razini. Do današnjeg dana ta su vrata tek odškrinuta, primjenom e-recepta i sažetka medicinskih podataka o pacijentu, i to nerijetko samo na nacionalnom nivou ali, po svemu sudeći, to će se uskoro promijeniti. U studenom 2024. godine usvojena je Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke kojom se smjera postići interoperabilnost zdravstvenih sustava svih država članica EU i normalizirati e-zdravstvenu zaštitu na nacionalnoj i prekograničnoj razini. Cilj ovog rada je predstaviti pravni okvir prekograničnog pružanja e-zdravstvenih usluga i ukazati na snage i slabosti postojećeg sustava.

Ključne riječi: *e-zdravstvene usluge, Direktiva 2011/24/EU, Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke, pravo na privatnost*

1. UVOD

Prekogranično pružanje zdravstvenih usluga obuhvaća tri tipa situacija koje su obuhvaćene temeljnom slobodom pružanja usluga: prekogranično kretanje zdravstvenih radnika u svrhu pružanja usluga na permanentnoj ili privremenoj osnovi, prekogranično kretanje korisnika zdravstvenih usluga tj. pacijenata¹ te prekogranično kretanje same usluge.² Iako svaka od ovih situacija sa sobom nosi specifična pravna pitanja³ i može biti povezana s prekograničnim pružanjem e-zdravstvenih usluga, fokus ovoga rada je na pravima pacijenata.

* Prof. dr. sc. Ines Medić, redovita profesorica na Katedri za međunarodno privatno pravo Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, e-mail: ines.medic@pravst.hr, ORCID: 0000-0003-4881-6298.

¹ C-159/90 *Kohl* ECLI:EU:C:1998:171.

² C-384/93 *Alpine Investments BV*, ECLI:EU:C:1995:126.

³ Više vidi u: Janeckaitė, R.: Upcoming legal challenges for cross-border e-Health services in the EU, Vilnius University Open Series, no. 6, 2020, str. 86-97.

U suvremenom poimanju ljudskih prava, individualna i socijalna prava smatraju se međuovisnima i nedjeljivima.⁴ Takvo poimanje ljudskih prava utječe i na poimanje prava na zdravstvenu zaštitu.⁵ „Uživanje najvišeg mogućeg standarda tjelesnog i mentalnog zdravlja“ globalno je priznato kao temeljno pravo svakog ljudskog bića, neovisno o rasi, religiji, političkom uvjerenju, ekonomskom ili društvenom statusu.⁶ Stoga ne čudi brojnost dokumenata kojima se to pravo osigurava, kako na nacionalnoj tako i na nadnacionalnoj razini.

Pored Opće deklaracije o ljudskim pravima⁷ i Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima,⁸ na razini Europske unije pravo na zdravstvenu zaštitu kao temeljno ljudsko pravo priznato je (između ostalog) Europskom socijalnom poveljom (čl. 11.),⁹ Konvencijom o biomedicini (čl. 3.)¹⁰ i Poveljom Europske unije o temeljnim pravima (čl. 35.).¹¹

Unatoč tome, podrijetlo prekogranične zdravstvene zaštite na području EU ne nalazi se (eksplicitno) niti u jednom zakonodavnom aktu, jer u svojem začetku današnja Unija (tada Zajednica) nije niti smatrala da zdravstvena zaštita sadrži prekogranični element.¹² Jedinstveno europsko tržište i temeljne slobode olakšale su migracije i slobodno kretanje teritorijem Unije, međutim, ubrzo se pokazalo da je za ostvarivanje punog potencijala temeljnih sloboda, između ostalog, potrebno osigurati i prekogranično ostvarivanje prava iz područja socijalne sigurnosti, kao što je olakšavanje ostvarivanja zdravstvene zaštite među radnicima i građanima EU.

⁴ Vidi: CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant), 14. 12. 1990., preuzeto sa <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/1990/en/5613>, 25. 1. 2025.

⁵ den Exter, A.: The Right to Healthcare Under European Law, *Diametros*, 51, 2017., str. 173.

⁶ Constitution of the World Health Organization, 22. 6. 1946. (entered into force 7. 4. 1948.), preuzeto sa: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>, 25. 1. 2025.

⁷ Odluku o objavi i tekst deklaracije vidi u NN 12/2009-143, 12. 11. 2009.

⁸ Tekst dostupan na: https://pravamanjina.gov.hr/UserDocsImages/arhiva/pdf/medjunarodni_medjunarodni_pakt_o_gospodarskim_socijalnim_i_kulturnim%20pravima.pdf, 25. 1. 2025.

⁹ Vidi: Zakon o potvrđivanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, NN 15/2002-172, 20. 11. 2002.

¹⁰ Vidi: Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju, NN 13/2003-109, 14. 7. 2003.

¹¹ Sl. EU C 202/389, 7.6.2016.

¹² Bortfelt, A.: Disparities in EU legal instruments regarding cross-border healthcare. A comparative study of Regulation 883/2004 and Directive 2011/24/EU and their potential effect on Union goals; especially the free movement provisions, Stockholm, 2020., str. 9. Preuzeto sa: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1469472/FULLTEXT01.pdf>, 12. 1. 2025.; Da Costa Leite Borges, D.: *EU Health System and Distributive Justice: Towards new paradigms for the Provision of Health Care Services*, Routledge, 2017.

Prvi korak u tom smjeru bilo je uspostavljanje sustava koordinacije nacionalnih sustava socijalne sigurnosti, usvajanjem Uredbe (EEZ) br. 1408/71,¹³ kojom je europskim građanima koji privremeno borave na području druge države članice omogućeno (doduše prilično restriktivno) ostvarivanje zdravstvene zaštite na istoj osnovi kao i osobama osiguranim u toj državi.¹⁴

Prva značajna promjena zapravo je došla kroz praksu Suda EU, u predmetima *Kohl*¹⁵ i *Decker*¹⁶ kojima je Sud EU „prodrmao“ postojeći sustav tumačenjem da (u skladu s u skladu s odredbama osnivačkih ugovora o slobodi kretanja) postoji mogućnost prekogranične zdravstvene zaštite paralelno s Uredbom (EEZ) br. 1408/71 o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe i njihove obitelji koje se kreću unutar Zajednice.¹⁷ Nakon niza Odluka Suda EU s istom porukom,¹⁸ a s ciljem uvođenja socijalne koordinacije u 21. stoljeće, Uredba (EEZ) br. 1408/71 zamijenjena je novom, Uredbom (EZ) br. 883/2004.¹⁹

Kako niti nova Uredba nije uzela u obzir postojeću praksu Suda EU, a time niti problematiku ostvarivanja zdravstvene zaštite u kontekstu slobode kretanja, već u jesen 2006. godine Komisija je započela s konzultacijama vezano za donošenje buduće Direktive 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi.²⁰ Za razliku od Uredbe (EZ) br. 883/2004 kojom je normirana sloboda kretanja osoba, Direktivom 2011/24/EU normirana je i sloboda kretanja osoba i sloboda kretanja usluga. Upravo je navedena Direktiva prvi formalni pravni akt kojim je otvoren put ka prekograničnom pružanju e-zdravstvenih usluga.

Iako su i akcijski plan iz 2002. godine koji je predviđao „eEuropu 2005“ (e-zdravstvene iskaznice, e-zdravstvene mreže i online zdravstvene usluge)²¹ i

¹³ Uredba Vijeća (EEZ) br. 1408/71 o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe i njihove obitelji koje se kreću unutar Zajednice, Sl. l. EZ L 149/2, 5. 7. 1971.

¹⁴ Više vidi u: Medić, I.: Prethodna autorizacija kao preduvjet ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „3. kongresa KOKOZA i 5. Hrvatskog Kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Rovinj, 1.-3. travnja 2022., str. 216.

¹⁵ C-158/96 *Kohl* ECLI:EU:C:1998:171.

¹⁶ C-120/95 *Decker* ECLI:EU:C:1998:167.

¹⁷ Uredba Vijeća (EEZ) br. 1408/71 o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe i njihove obitelji koje se kreću unutar Zajednice, Sl. l. EZ L 149/2, 5. 7. 1971.

¹⁸ Neke od njih vidi u: Medić, op. cit., bilj 14, str. 222.-238.

¹⁹ Uredba (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (tekst značajan za EGP i Švicarsku) Sl. l. EUL 166/1, 30. 4. 2004. Više vidi u: Medić, op. cit., bilj 14, str. 217-281.; Palm W.; Glinos, I.: Enabling patient mobility in the EU: Between free movement and coordination, u: Mossialos, E.; Baeten, R.; Herve, T. (ur.): Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy, Cambridge University Press, 2010., str. 509-560.

²⁰ Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, Sl. l. EU 88, 4. 4. 2011.

²¹ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee of the Regions, eEurope 2005: An information Society for All, COM (2002)263, 28. 5. 2002.

akcijski plan iz 2004. godine (fokusran isključivo na „e-zdravstvo – poboljšanje zdravstvene zaštite za europske građane: Akcijski plan za europsko područje e-zdravstva“)²² postavili relativno dobre temelje,²³ tek su Direktivom 2011/24/EU „uspostavljena pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u Uniji i osigurana mobilnost pacijenata u skladu s načelima koja je utemeljio Sud.“²⁴

2. NORMATIVNI OKVIR USPOSTAVLJEN DIREKTIVOM 2011/24/EU I UREDBOM O EUROPSKOM PROSTORU ZA ZDRAVSTVENE PODATKE

2.1. Direktiva 2011/24/EU

Kao što je već spomenuto, donošenjem Direktive 2011/24/EU konačno su ostvarene pravne pretpostavke i za prekogranično ostvarivanje zdravstvene zaštite i za primjenu koncepta prekograničnih e-zdravstvenih usluga. Direktivom je uspostavljen minimalni pravni okvir, zajednički svim državama članicama.

U pogledu prekogranične zdravstvene zaštite, personalnim poljem primjene Direktive obuhvaćene su: sve osigurane osobe, članovi njihovih obitelji i nadživjeli članovi obitelji država članica Europske unije i Europskog gospodarskog prostora. Sustav prekogranične zaštite proširen je s javnih²⁵ i na privatne pružatelje zdravstvenih usluga,²⁶ uz uvjet da se radi o zdravstvenim stručnjacima obuhvaćenima Direktivom.²⁷ Direktivom su normirani i zdravstveni standardi u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite, koji moraju biti u skladu s „načelom univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti“,²⁸ a uključuju: „pravo na informacije od strane nacionalnih kontaktnih

²² Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee of the Regions, eHealth – making healthcare better for European e-Health Area, COM(2004)356, 30. 4. 2004.

²³ Detaljnije o tome vidi u: Brisch, K.M.; Haupt, C.E.: Information technology meets health care: The Present and Future of German and European E-Health Initiatives, DePaul Journal of Health Care Law, 12, no. 1, 2009., str. 107-111.

²⁴ Direktiva 2011/24/EU, rec. 10.

²⁵ Što je prema Uredbi (EZ) 883/2004 bila jedina opcija.

²⁶ Čl. 3. toč (g) Direktive 2011/24/EU – „pružatelj zdravstvene zaštite“ znači svaka fizička ili pravna osoba ili bilo koji subjekt koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice.

²⁷ Čl. 3. toč. (f) Direktive 2011/24/EU – „zdravstveni stručnjak“ znači liječnik, medicinska sestra odgovorna za opću zdravstvenu zaštitu, stomatolog, primalja ili ljekarnik u smislu Direktive 2005/36/EZ, ili drugi stručnjak koji obavlja poslove u sektoru zdravstvene zaštite koji su ograničeni na zakonski uređenu struku prema definiciji u čl. 3. st. 1. točki (a) Direktive 2005/36/EZ, ili osoba koja se smatra zdravstvenim stručnjakom prema zakonodavstvu države liječenja.

²⁸ Čl. 4. st. 1. Direktive 2011/24/EU.

točaka o sadržaju i uslugama zdravstvene zaštite u svrhu donošenja informirane odluke, uvođenje transparentnih postupaka i mehanizama za podnošenje pritužbi u svrhu ostvarivanja učinkovite pravne zaštite, zaštitu osobnih podataka pacijenata te pravo na pisani ili elektronički zdravstveni karton“.²⁹ Eksplicitno je zabranjena diskriminacija s obzirom na nacionalnost; osim u slučaju „prevladavajućih razloga od općeg interesa“, ali i tada samo u skladu s načelom proporcionalnosti.³⁰

U pogledu suradnje u području zdravstvene zaštite, Direktivom su predviđeni: uzajamna pomoć i suradnja, priznavanje recepata izdanih u drugoj državi članici, europska referenta mreža te suradnja na razradi dijagnoze i proširenju kapaciteta liječenja rijetkih bolesti.³¹

Suradnja uključuje pružanje uzajamne pomoći u pogledu standarda i smjernica o kvaliteti i sigurnosti te razmjenu informacija (osobito) između nacionalnih kontaktnih točaka.³² Također uključuje suradnju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite na regionalnoj i lokalnoj razini, kao i „putem informatičkih i komunikacijskih tehnologija“.³³ Potiče se i sklapanje sporazuma između susjednih države te suradnja u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite u pograničnim područjima.³⁴ Posebno je istaknuta i suradnja u osiguravanju informacija o pravu na obavljanje djelatnosti zdravstvenih stručnjaka, te razmjena informacija putem „informatičkog sustava unutarnjeg tržišta“.³⁵

Glede priznavanja recepata izdanih u drugoj državi članici, Direktiva predviđa priznavanje (u skladu s nacionalnim zakonodavstvom) u državi članici recepata izdanih u drugoj državi članici, uz mogućnost minimalnih ograničenja vezanih ili uz „nediskriminirajuću zaštitu zdravlja ljudi“ ili „zakonite i opravdane dvojbe u pogledu vjerodostojnosti, sadržaja ili razumljivosti pojedinog recepta“.³⁶ Dakle, Uredbom je predviđeno i priznavanje recepata izdanih u pacijentovoj državi pripadnosti u drugoj državi članici i *vice versa*, pod uvjetom da prepisani lijek ima odobrenje za stavljanje u promet i dostupan je u toj državi članici. To ne utječe na

²⁹ Čl. 4. st. 2. Direktive 2011/24/EU.

³⁰ Čl. 4. st. 3. Direktive 2011/24/EU – „kada za to postoje prevladavajući razlozi od općeg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnog liječenja u određenoj državi članici ili željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala“.

³¹ Poglavlje IV. Suradnja u području zdravstvene zaštite (čl. 10.-13.).

³² Čl. 10. st. 1. Direktive 2011/24/EU.

³³ Čl. 10. st. 3. Direktive 2011/24/EU.

³⁴ Čl. 10. st. 4. Direktive 2011/24/EU.

³⁵ „... uvedenog na temelju Odluke Komisije 2008/49/EZ od 12. prosinca 2007. o provedbi informacijskog sustava unutarnjeg tržišta s obzirom na zaštitu osobnih podataka“ (objavljena u Sl. l. EZ 201, 31. 7. 2002.) – čl. 10. st. 4. Direktive 2011/24/EU.

³⁶ Čl. 11. st. 1. Direktive 2011/24/EU.

eventualno pozivanje na priziv savjesti, na temelju nacionalnih pravila države u kojoj se traži izdavanje lijeka.³⁷

Posebno poglavlje Direktive posvećeno je e-zdravstvu. Sam pojam e-zdravstvenih usluga nije definiran niti Direktivom, a niti drugim pravno obvezujućim instrumentima Unije. Međutim, sadržaj pojma donekle je moguće iščitati iz Komunikacije Europske komisije iz 2012. godine – „korištenje ICT-a u zdravstvenim proizvodima, uslugama i procesima u kombinaciji s organizacijskim promjenama u sustavima zdravstvene zaštite i novim vještinama, kako bi se poboljšalo zdravlje građana, učinkovitost i produktivnost u pružanju zdravstvenih usluga, te ekonomska i društvena vrijednost zdravlja. e-Zdravstvo pokriva interakciju između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga, prijenos podataka od ustanove do ustanove, ili *peer-to-peer* komunikaciju između pacijenata i/ili pružatelja zdravstvenih usluga.”³⁸ Odatle slijedi da e-zdravstvo zapravo obuhvaća puno širi raspon aktivnosti od zdravstvenih usluga, primjerice, proizvode i procese.³⁹

2.2. Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke⁴⁰

Temeljem čl. 14. Direktive 2011/24/EU, Unija je s vremenom uspostavila e-zdravstvenu mrežu kojom „podupire i olakšava suradnju i razmjenu informacija među državama članicama koje djeluju u sklopu dobrovoljne mreže koja povezuje državna tijela odgovorna za e-zdravstvo (*E-Health Network – MyHealth@EU*), a koja su imenovala države članice“.

Kako je još 2008. godine Europska komisija u svojoj Preporuci o prekograničnoj interoperabilnosti sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa definirala „elektronički zdravstveni karton“,⁴¹ „sadržaj o pacijentu, skup podataka za hitne slučajeve i

³⁷ *Ibidem*, čl. 11. st. 1. reč. 3.

³⁸ Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Region, eHealth Action Plan 2012-2020-innovative healthcare for the 21st century, COM(2012) 736 final, 6. 12. 2012.

³⁹ Janeckaite, R., Upcoming legal challenges for cross-border e-Health services in the EU, Vilnius University Open Series, no. 6, 2020, str. 90.

⁴⁰ Uredba Europskog parlamenta i Vijeća o europskom prostoru za zdravstvene podatke i o izmjeni Direktive 2011/24/EU i Uredbe (EU) 2024/2847, PE-CONS 76/24, 8. 1. 2025. Vidi i: Uredba (EU) 2024/2847 Europskog parlamenta i Vijeća od 23. listopada 2024. o horizontalnim zahtjevima u pogledu kibernetičke sigurnosti za proizvode s digitalnim elementima i o izmjeni Uredbi (EU) br. 168/2013 i (EU) 2019/1020 te Direktive (EU) 2020/1828 (Akt o kibernetičkoj otpornosti)(Tekst značajan za EGP), Sl. L. EU L. 2024/2847, 20. 11. 2024.

⁴¹ Commission Recommendation of 2 July 2008 on cross-border interoperability of electronic health record systems (notified under document number C(2008) 3282), Sl. L. 190, 18. 7. 2008., preporuka 3.(c) – „elektronički zdravstveni karton“ obuhvaća sveobuhvatnu medicinsku evidenciju ili sličnu dokumentaciju o prošlom i sadašnjem fizičkom i mentalnom zdravstvenom stanju pojedinca u elektroničkom obliku, te omogućava stalnu dostupnost tih podataka za liječenje ili druge blisko povezane svrhe“.

zapis o lijekovima⁴² i „e-recept“,⁴³ u okviru infrastrukture Mojezdravlje@EU (*MyHealth@EU*), neke države članice počele su pružati pojedincima mogućnost dijeljenja osobnih elektroničkih zdravstvenih podataka s inozemnim pružateljima usluga. Ipak, pokazalo se da tako organizirana mreža europskih zdravstvenih sustava nije dostatna. Unatoč relativno visokoj učinkovitosti u pojedinačnim slučajevima, pokazalo se da razlika u razvijenosti nacionalnih e-zdravstvenih mreža i razini digitalizacije zdravstvenih podataka u državama članicama nije omogućavala učinkoviti nadzor i praćenje javnog zdravlja tijekom pandemije Covida-19, 2020. godine.⁴⁴

Problem je privremeno riješen Provedbenom odlukom Komisije (EU) 2019/1269,⁴⁵ utemeljenom na „načelu FAIR“ (*findable, accessible, interoperable and reusable*) dijeljenja podataka, međutim, pokazalo se da je s obzirom na postojeći normativni režim (Opću uredbu o zaštiti podataka,⁴⁶ Akt o upravljanju podacima,⁴⁷ Akt o podacima⁴⁸ te Direktivu o mrežnim i informacijskim sustavima⁴⁹) nedostatno regulirano i pitanje dijeljenja i korištenja e-zdravstvenih podataka.

Stoga je u prosincu 2024. godine, usvojena Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke,⁵⁰ koja ima za cilj jednostavniju razmjenu i pristup zdravstvenim podacima na razini EU. Primarni ciljevi Uredbe su: poboljšanje pristupa pojedinca njihovim elektroničkim zdravstvenim podacima (primarna upotreba) i omogućavanje dijeljenja elektroničkih zdravstvenih podataka u sekundarne svrhe (primjerice, istraživanje). Dakle, u odnosu na prava pacijenata,

⁴² *Ibidem*, preporuka 3.(e) – „sažetak o pacijentu, skup podataka za hitne slučajeve i zapis o lijekovima“ označavaju podskupove elektroničkih zdravstvenih zapisa koji sadrže informacije za određenu primjenu i određenu svrhu upotrebe, kao što je neplanirana zdravstvena zaštita ili e-recept“.

⁴³ *Ibidem*, preporuka 3. (f) – „e-recept“ znači liječnički recept, kako je definiran člankom 1. st. 19. Direktive 2001/83/EZ Europskog parlamenta i Vijeća, izdan i poslan elektroničkim putem“.

⁴⁴ Rec. (2) Uredbe o europskom prostoru za zdravstvene podatke.

⁴⁵ Provedbena odluka Komisije (EU) 2019/1269 od 26. srpnja 2019. o izmjeni Provedbene odluke 2014/287/EU o određivanju kriterija za osnivanje i ocjenjivanje europskih referentnih mreža i njihovih članova te za olakšavanje razmjene informacija i stručnih spoznaja u vezi s osnivanjem i ocjenjivanjem tih mreža, Sl. l. EU 200, 29. 7. 2019.

⁴⁶ Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU 119, 4. 5. 2016.

⁴⁷ Uredba (EU) 2022/868 Europskog parlamenta i Vijeća od 30. svibnja 2022. o europskom upravljanju podacima i izmjeni Uredbe (EU) 2018/1724 (Akt o upravljanju podacima)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 152, 3. 6. 2022.

⁴⁸ Uredba (EU) 2023/2854 Europskog parlamenta i Vijeća od 13. prosinca 2023. o usklađenim pravilima za pravedan pristup podacima i njihovu uporabu i o izmjeni Uredbe (EU) 2017/2394 i Direktive (EU) 2020/1828 (Akt o podacima)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 22. 12. 2023.

⁴⁹ Direktiva (EU) 2022/2555 Europskog parlamenta i Vijeća od 14. prosinca 2022. o mjerama za visoku zajedničku razinu kibersigurnosti širom Unije, izmjeni Uredbe (EU) br. 910/2014 i Direktive (EU) 2018/1972 i stavljanju izvan snage Direktive (EU) 2016/1148 (Direktiva NIS 2)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 333, 27. 12. 2022.

⁵⁰ Vidi bilj. 40.

Uredbom se smjera pacijentu omogućiti jednostavniju i lakšu kontrolu te jednostavniji i brži pristup osobnim e-zdravstvenim podacima.

Na tom tragu, a u skladu s Preporukom Komisije o europskom formatu za razmjenu elektroničke zdravstvene evidencije, iz 2019. godine,⁵¹ umjesto na „printani ili elektronički zdravstveni karton“ Uredba se referira isključivo na „elektronički zdravstveni zapis“⁵² i „sustav elektroničkih zdravstvenih zapisa“.⁵³ Nastavno na istu Preporuku, elektronički zdravstveni zapis mora uključivati: sažetak medicinskih podataka o pacijentu, e-recept/e-izdavanje lijekova, laboratorijske i druge nalaze, medicinske snimke i izvješća te izvješća o otpuštanju pacijenta iz bolnice.⁵⁴

U skladu s recitalom (33) Uredbe, sudjelovanje država članica u infrastrukturi Mojezdravlje@EU trebalo bi biti obvezno. Specifikacije za navedenu infrastrukturu trebale bi biti propisane na razini EU i „omogućiti razmjenu prioritetnih kategorija elektroničkih zdravstvenih podataka i dodatnih kategorija koje podržava europski format za razmjenu elektroničkih zdravstvenih zapisa“. Kao i do sad, svaka država članica odgovorna je isključivo za podatke i usluge pružene u toj državi članici.

Osim razmjene podataka s drugim državama članicama, Uredba predviđa i razmjenu podataka sa susjednim trećim zemljama (rec. 35), uz uvjet usklađenosti sa tehničkim specifikacijama infrastrukture Mojezdravlje@EU, pravilima o zaštiti podataka i drugim zahtjevima infrastrukture Mojezdravlje@EU.

Pored navedenog, predviđa se i: osnivanje jednog ili više tijela za pristup zdravstvenim podacima (rec. 64-76); standardizira se postupak za izdavanje dozvola za podatke (rec. 73); predviđa se mogućnost ograničavanja pristupa podacima u svrhu sekundarne upotrebe i mogućnost pseudonimizacije ili anonimizacije (rec. 77); uspostava uključive i održive prekogranične infrastrukture za sekundarnu uporabu u više zemalja – Zdravstvenipodatci@EU (*HealthData@EU*), čije bi ovlaštene sudionice (pod uvjetom usklađenosti) mogle postati i treće zemlje i međunarodne organizacije

⁵¹ Preporuka Komisije (EU) 2019/243 od 6. veljače 2019. o europskom formatu za razmjenu elektroničke zdravstvene evidencije (Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU 39, 11. 2. 2019.

⁵² Čl. 2. toč. (j) Uredbe – „elektronički zdravstveni zapis“ znači skup elektroničkih zdravstvenih podataka o pojedincu koji su prikupljeni u zdravstvenom sustavu i obrađuju se za potrebe pružanja zdravstvene zaštite“.

⁵³ Čl. 2. toč. (k) Uredbe – „sustav elektroničkih zdravstvenih zapisa“ znači bilo koji sustav u kojem softver ili kombinacija softvera i hardvera tog sustava omogućuju pohranu, posredovanje, izvoz, uvoz, pretvorbu, uređivanje ili pregledavanje osobnih elektroničkih zdravstvenih podataka ... i koji je proizvođač namijenio pružateljima zdravstvene zaštite za pružanje skrbi pacijentima ili pacijentima za pristup njihovim zdravstvenim podacima“.

⁵⁴ Preporuka 11. iz Preporuke Komisije (EU) 2019/243 (bilj. 51) i čl. 14. (Prioritetne kategorije osobnih elektroničkih zdravstvenih podataka za primarnu uporabu) Uredbe o europskom prostoru za zdravstvene podatke (bilj. 40).

(rec. 80); izrada kataloga skupova podataka EU te usklađeno kodiranje i registracija zdravstvenih podataka (usklađenog s inicijativom *data.europa.eu*) (rec. 86-87); poboljšanje digitalne pismenosti u području zdravlja, kako pojedinaca tako i zdravstvenih stručnjaka (rec. 89); osnivanje Odbora za europski prostor za zdravstvene podatke kao savjetodavnog i koordinacijskog tijela (rec. 95); pravo na podnošenje pritužbe tijelu za digitalno zdravstvo ili tijelu za pristup zdravstvenim podacima (rec. 99-103).

Konkretna odredbe vezane za prekograničnu infrastrukturu za primarnu uporabu osobnih elektroničkih zdravstvenih podataka sadržane su u Poglavlju II., odjeljak 3. U čl. 23. Uredbe eksplicitno se navodi da se Uredbom „uspostavlja središnja platforma za interoperabilnost za digitalno zdravstvo *Mojezdravlje@EU* (*MyHealth@EU*) radi pružanja usluga kojima se podupire i olakšava razmjena osobnih elektroničkih zdravstvenih podataka među nacionalnim kontaktnim točkama za digitalno zdravstvo država članica“.

Novina u odnosu na čl. 6. Direktive 2011/24/EU⁵⁵ je da svaka država članica imenuje jednu nacionalnu kontaktnu točku. Razmjena podataka temeljit će se na europskom formatu za razmjenu elektroničkih zdravstvenih zapisa (čl. 23. st. 3. Uredbe). Obveza je država članica osigurati povezivanje svih pružatelja zdravstvene zaštite s nacionalnim kontaktnim točkama te omogućiti dvosmjernu razmjenu elektroničkih zdravstvenih podataka (čl. 23. st. 5. Uredbe). Novina u odnosu na Direktivu 2011/24/EU je i mogućnost pružanja dopunskih prekograničnih usluga i infrastrukture za digitalno zdravstvo (čl. 24. Uredbe). Radi se o uslugama koje „olakšavaju telemedicinu, mobilno zdravstvo, pristup pojedinca postojećim prijevodima njihovih zdravstvenih podataka, razmjenu ili provjeru zdravstvenih potvrda, ...“ (čl. 24. st. 1.).

Odredbe kojima se normira prekogranična infrastruktura za sekundarnu uporabu sadržane su u Poglavlju IV., odjeljak 4. čl. 75. Uredbe kojim je propisano da svaka država članica određuje jednu nacionalnu kontaktnu točku za sekundarnu uporabu, koja je nadležna za stavljanje elektroničkih zdravstvenih podataka na raspolaganje za sekundarnu uporabu u prekograničnom kontekstu (čl. 75. st. 1.). Pored toga osniva se Služba Unije za pristup zdravstvenim podacima, koja „djeluje kao kontaktna točka institucija, tijela, ureda i agencija Unije za sekundarnu uporabu i odgovorna je za stavljanje elektroničkih zdravstvenih podataka na raspolaganje za sekundarnu uporabu“ (čl. 75. st. 2.). I nacionalna kontaktna točka za sekundarnu uporabu i Služba Unije za pristup zdravstvenim podacima povezuju se s prekograničnom strukturom za sekundarnu uporabu –

⁵⁵ „Čl. 6. st. 1. „Svaka država članica imenuje jednu ili više nacionalnih kontaktnih točaka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i dostavlja Komisiji njihova imena i podatke za kontakt...“.

Zdravstvenipodatci@EU (čl. 75. st. 3.). Kao što je već ranije spomenuto, Uredbom je (uz uvjet usklađenosti) predviđena i mogućnost povezivanja trećih zemalja i međunarodnih organizacija s prekograničnom strukturom za sekundarnu uporabu – Zdravstvenipodatci@EU (čl. 75. st. 5.).

U skladu s čl. 105., Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke počinje se primjenjivati tek nakon dvije (2) godine od datuma stupanja na snagu (dvadesetog dana od dana objave u Službenom listu EU), uz iznimku pojedinih odredbi koje se počinju primjenjivati nakon četiri (4) odnosno šest (6) godina nakon stupanja na snagu Uredbe. Razlog odgode je veliki broj provedbenih akata, nužnih za operacionalizaciju Uredbe.

3. IMPLEMENTACIJA PREKOGRANIČNOG PRUŽANJA E-ZDRAVSTVENIH USLUGA U EUROPI

Koliko je nedvojbeno da transnacionalno pravo može omogućiti jaču suradnju različitih pravnih sustava, toliko je očito i da može djelovati kao kočnica interoperabilnosti. To stoga što se međunarodni pravni poredak još uvijek temelji na konceptu suverene države, koji se tradicionalno temelji na moći države da uspostavlja i primjenjuje vlastita pravna pravila.⁵⁶ Takav kontekst omogućuje cijeli niz potencijalnih prepreka interoperabilnosti – pravne, etičke, financijske, tehnološke.

„Pravne prepreke uključuju: povjerljivost podataka i sigurnost, zahtijevajući jasne regulatorne smjernice. Etičke prepreke obuhvaćaju: pristanak, odgovornost, pravnu odgovornost i složenost validacije, zahtijevajući robusni okvir. Financijske prepreke proizlaze iz neadekvatnog financiranja, zahtijevajući (komercijalna) partnerstva i poslovne modele. Tehnološki problemi uključuju: interoperabilnost, integraciju i kvarove, što zahtijeva strategije za povećanje pouzdanosti podataka, poboljšanje pristupačnosti i usklađivanje tehnologije e-zdravstva s postojećim sustavima za lakšu integraciju.”⁵⁷

Unatoč navedenim zaprekama, još prije donošenja Direktive 2011/24/EU, u određenom broju država bile su razvijene nacionalne ili regionalne sigurne mreže. Tako su „već 2003. godine regionalne zdravstvene mreže djelovale u Švedskoj, Norveškoj i Njemačkoj. Nasuprot tome, u Španjolskoj i Finskoj regionalne

⁵⁶ Ntafi, C.; Spyrou, S.; Bamidis, P.; Theodorou, M.: The legal aspect of interoperability of cross border electronic health services: A study of the european and national legal framework, *Health Informatics Journal*, 2022., str. 12.

⁵⁷ Bente, B.E.; Van Dongen, A.; Verdaasdonk, R.; van Gemert-Pijnen, L.: eHealth implementation in Europe: a scoping review on legal, ethical, financial and technological aspects, *Frontiers in Digital Health*, 6, March 2024., str. 1.

mreže temeljile su se na zatvorenim privatnim mrežama, koristeći namjenske linije. Neke države, poput Danske, Francuske, Islanda, Luksemburga i UK-a imale su nacionalne sigurne mreže za potrebe zdravstvene zaštite.⁵⁸ Međutim, za uspostavljanje učinkovite prekogranične zdravstvene zaštite na području EU trebalo je nacionalne zdravstvene mreže ustrojiti, odnosno, tamo gdje su već ranije ustrojene prilagoditi u skladu sa zahtjevima Direktive 2011/24/EU.

Iz podataka sadržanih u Okviru za praćenje eHDSI-a (Mojezdravlje@EU)⁵⁹ vidljivo je da je već 2019. godine 6 država članica imalo operativan NCPeH portal⁶⁰ – Hrvatska, Češka, Estonija, Finska, Luksemburg i Malta. U 1. kvartilu 2020. operativan NCPeH portal uspostavio je i Portugal, u 3. kvartilu 2021. Francuska, u 4. kvartilu 2021. Španjolska, u 1. kvartilu 2022. Nizozemska, u 3. kvartilu 2022. Poljska, u 1. kvartilu 2024. Grčka i Latvija te u 2. kvartilu 2024. Litva. To je 14 od ukupno 27 država članica.

K tome, samo 9 od navedenih država članica imaju (doduše ograničenu) mogućnost prekograničnog pružanja e-zdravstvenih usluga. Od toga 4 aktivno razmjenjuju e-recepte (Hrvatska, Estonija, Finska i Portugal), a 8 ih može izmjenjivati sažetke o pacijentima (Hrvatska, Češka, Finska, Francuska, Malta, Portugal i Španjolska).⁶¹ U razdoblju od 2019. do 2024., između navedenih država članica izdano je ukupno 230.640 e-recepata⁶² i 87.860 lijekova. Planirana razmjena originalnih kliničkih dokumenata za sada nije operativna.

Istraživanje provedeno 2020. godine, utemeljeno na analizi korištenja e-zdravstvenih usluga u europskim državama temeljem 12 kriterija, pokazalo je da su Danska, Estonija, Švedska i Finska u vrhu (među državama članicama) po frekvenciji korištenja e-zdravstvene zaštite.⁶³ Tamošnji građani rado koriste Internet i aplikacije za e-zdravstvenu zaštitu, pa tako 42% Danaca, 49% Finaca i 49% Estonaca barem jednom godišnje koristi aplikacije za e-zdravstvenu zaštitu.⁶⁴ Isto istraživanje je pokazalo i izravnu korelaciju između opće internetske

⁵⁸ Doupi, P.; Hämmäläinen, P.; Ruotsalainen, P.: eHealth in Europe: Towards higher goals, *World Hospitals and Health Services: the official journal of the international Hospital Federation*, vol. 41, no. 2, 2005., str. 36.

⁵⁹ Vidi: https://experience.arcgis.com/experience/77f459be23e545b48f46a79cfaf19423/page/1_1, preuzeto 12. 2. 2025.

⁶⁰ National Contact Point for e-Health portal.

⁶¹ Bruthans, J.; Jiráková, K.: The Current State and Usage of European Electronic Cross-border Health Services (eHDSI), *Journal of Medical Systems*, 47 (21), 2023., str. 7.

⁶² O rizicima za pacijente i ljekarnike vidi u: Sheppard, M.K.: The Patient Mobility Directive and the Mutual Recognition and Prescriptions in the EU: A Cause for Concern for Patients and Pharmacists Alike, *Medicine and Law*, vol. 35, no. 1, 2016., str. 37-46.

⁶³ Ardielli, E.: eHealth in the European Union – Comparative Study, *ACC Journal*, vol. 26, issue 2, 2020., str. 14.

⁶⁴ *Loc. cit.*

pismenosti i frekvencije korištenja aplikacija e-zdravstvene zaštite. Najbolje ocijenjene države ujedno imaju i najrazvijeniju e-zdravstvenu zaštitu. Kao glavni razlog slabijeg rankinga nekih država (Češka, Mađarska) pokazali su se pružatelji javnih digitalnih usluga.⁶⁵

Novom Uredbom o europskom prostoru za zdravstvene podatke predviđa se obvezno sudjelovanje svih država članica u infrastrukturi Mojezdravlje@EU, te smanjenje razlika u razini digitaliziranosti zdravstvenih podataka u cilju omogućavanja interoperabilnosti.

4. IMPLEMENTACIJA PREKOGRANIČNOG PRUŽANJA E-ZDRAVSTVENIH USLUGA U RH⁶⁶

Iz podataka sadržanih u okviru za praćenje eHDSI-a (Mojezdravlje@EU) vidljivo je da je Hrvatska već 2019. godine imala operativan NCPeH portal te da je frekvencija korištenja navedenog portala brzo rasla.⁶⁷

U skladu sa Zakonom o obveznom osiguranju, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je Nacionalna kontaktna točka i Nacionalna kontaktna točka za eZdravlje (u smislu Direktive 2011/24/EU), te je ovlašten za pružanje informacija vezanih za pružanje prekogranične e-zdravstvene zaštite u RH i na području drugih država članica.

Hrvatskim građanima koji putuju teritorijem EU na raspolaganju je Elektronički sustav razmjene zdravstvenih podataka (eHDSI – Health Digital Service Infrastructure), koji osigurava kontinuitet skrbi putem elektroničke usluge e-recepta i sažetka o pacijentu.

U odnosu na građane RH, liječnici u Malti, Portugalu, Češkoj, Luksemburgu, Francuskoj i Španjolskoj mogu pristupiti njihovim zdravstvenim podacima - sažetku o pacijentu. Nadalje, lijekovi temeljem e-recepta pacijentima koji imaju prebivalište na području RH dostupni su u Finskoj, Estoniji, Portugalu, Španjolskoj i Poljskoj. U oba slučaja (pristupanje sažetku o pacijentu i pristupanje e-receptu)

⁶⁵ *Loc. cit.*

⁶⁶ Informacije preuzete sa: Središnji portal za potrošače - Prekogranične zdravstvene usluge u EU-u (<https://szp.hr/aktualno/prekograncne-zdravstvene-usluge-u-eu-u/1111>) Nacionalna kontaktna točka - NCP (<https://hzzo.hr/nacionalna-kontakt-na-tocka-ncp>), preuzeto 28. 2. 2025.

⁶⁷ Broj transakcija iz RH prema drugim državama članicama: 2019. (Q4) – 6; 2020. (Q1) – 226, (Q2) – 22, (Q3) – 291, (Q4) – 39; 2021. (Q1) – 39, (Q2) – 21, (Q3) – 35, (Q4) – 195; 2022. (Q1) – 86, (Q2) – 93, (Q3) – 564, (Q4) – 251; 2023. (Q1) – 46, (Q2) – 1074, (Q3) – 14.641, (Q4) – 1.257; 2024. (Q1) – 628, (Q2) – 5.084, (Q3) – 22.534. Broj transakcija upućenih prema RH je vidno manji: 2019. (Q4) – 6; 2020. (Q1) – 50, (Q2) – 8, (Q3) – 458, (Q4) – 113; 2021. (Q1) – 23, (Q2) – 57, (Q3) – 118, (Q4) – 44; 2022. (Q1) – 266, (Q2) – 311, (Q3) – 348, (Q4) – 378; 2023. (Q1) – 67, (Q2) – 167, (Q3) – 853, (Q4) – 749; 2024. (Q1) – 527, (Q2) – 374, (Q3) – 226.

u drugoj državi članici moguće je isključivo ako je pacijent putem Zdravstvenog portala dao privolu za preuzimanje sažetka o pacijentu i e-recepta u drugim državama članicama.

Korištenje podataka o pacijentu i sažetka o pacijentu u RH od strane državljana drugih država članica moguće je putem NCPeH portala, ali samo za državljane Češke, Malte, Portugala, Španjolske i Estonije. Korištenje e-recepta izdanog u drugoj državi članici na području RH, također putem NCPeH portala, moguće je u odnosu na elektronički recept propisan u Finskoj, Estoniji, Portugalu, Poljskoj i Španjolskoj. Navedeni podaci prenose se iz nacionalne infrastrukture države prebivališta u ljekarnu odnosno zdravstvenu ustanovu na području RH putem nacionalnih kontaktnih točaka samo ako je pacijent za to dao suglasnost u državi u kojoj ima prebivalište i ako pacijent potvrdi zdravstvenom djelatniku u RH pravo na pristup njegovim zdravstvenim podacima u trenutku primanja usluge odnosno podizanja lijeka.

Osim originalne verzije e-recepta i sažetka o pacijentu na izvornom jeziku, zdravstvenom djelatniku u RH dostupni su i strukturirani i prevedeni podaci o propisanom lijeku te bitne informacije o pacijentu.

5. UKRATKO O REPERKUSIJAMA PREKOGRANIČNOG PRUŽANJA E-ZDRAVSTVENIH USLUGA NA PRAVO NA PRIVATNOST

Obrada podataka u zdravstvene svrhe posebno je osjetljiva i „podrazumijeva zajedničko promišljanje pitanja medicinskog prava, prava zaštite podataka, razmjene podataka i pravnih problema znanstvenog istraživanja.“⁶⁸ Digitalizacija zdravstvenog sustava, a osobito podataka koji se odnose na zdravlje pojedinca, uvela je značajne promjene u sferu zaštite osobnih podataka. Paralelno s digitalizacijom podataka koji se odnose na zdravlje (bilo putem elektroničkog zdravstvenog kartona, bilo putem nove tehnologije u zdravstvu), promijenio se i pristup privatnosti. To stoga što se e-zdravstvo kvalificira kao usluga informacijskog društva (usluge se pružaju na daljinu, korištenjem novih informacija i komunikacijskih tehnologija).⁶⁹ U informacijskom društvu pojam privatnosti sve manje korespondira s „pravom biti ostavljen na miru“ (*right to be*

⁶⁸ *Loc. cit.*

⁶⁹ Bouvet, R.; Desmarais, P. & Minivelle, E.: Legal and Organizational Barriers to the Development of eHealth in France, *Medicine and Law*, vol. 34, no. 3, 2015., str. 363.

left alone), a sve više sa zaštitom intimne sfere života pojedinca, odnosno zaštitom od protoka informacija u digitalnom svijetu.⁷⁰

Zaštita podataka na području EU, uključujući i prekograničnu zaštitu podataka, normirana je Općom uredbom o zaštiti podataka (GDPR).⁷¹ Nakon stupanja na snagu Opće uredbe o zaštiti podataka promjena u regulatornom režimu unijela je novosti i u zdravstveni sektor.⁷² Čl. 4. st. 15. definirani su „podaci koji se odnose na zdravlje“, kao osobni podaci povezani s fizičkim ili mentalnim zdravljem pojedinca, uključujući pružanje zdravstvenih usluga, kojima se daju informacije o njegovu zdravstvenom statusu.⁷³

Iako eksplicitno ne spominje „osjetljive podatke“, Uredba u čl. 9. st. 1. „zabranjuje ... obradu genetskih podataka, biometrijskih podataka u svrhu jedinstvene identifikacije pojedinca, podataka koji se odnose na zdravlje. Međutim, puni potencijal odredaba Uredbe kompromitiran je odredbom st. 2. čl. 9. koji predviđa niz iznimki od navedene zabrane, a također i st. 4. čl. 9. kojim se državama članicama ostavlja mogućnost „zadržati ili uvesti dodatne uvjete, uključujući ograničenja s obzirom na obradu genetskih podataka, biometrijskih podataka ili podataka koji se odnose na zdravlje“. Pored toga, otvaraju se i brojna pitanja vezana uz privolu i korištenje podataka o zdravlju pojedinca za sekundarnu uporabu,⁷⁴ a također i obveznu procjenu učinka predviđenih postupaka obrade osobnih podataka putem novih tehnologija (čl. 35.).⁷⁵

Općom uredbom o zaštiti podataka normiran je, ne samo prijenos podataka između država članica i država EGP, nego i prijenos osobnih podataka trećim državama ili međunarodnim organizacijama (čl. 44.-50.), što je također vrlo važno s obzirom da i Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke predviđa

⁷⁰ Cirillo, F.: The Impact of E-Health on Privacy and Fundamental Rights: From Confidentiality to Data protection Regulation, *European Journal of Privacy Law & Technologies*, no. 2, 2019., str. 97.

⁷¹ Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU 119, 4. 5. 2016.

⁷² Vidi: Selletti, S.; Scalia, A.: L’impatto della nuova normativa „privacy“ sugli studi clinici, *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute*, 2018., str. 1009-1014.; Jonev Ćiraković, K.: The right to privacy and the protection of patient’s personal data, *Annals of Nursing*, vol. 2, no. 2, 2024., str. 1-13.

⁷³ Više vidi u: Mulder, T.: The Protection of Data Concerning Health in Europe, *European Data Protection Law Review*, vol. 5, no. 2, 2019., str. 209.

⁷⁴ Više vidi u: Cirillo, op. Cit., bilj 70, str. 100-103.; Schneider, G.: Disentangling Health Data Networks: A Critical Analysis of Articles 9(2) and 89 GDPR, *International Data Privacy Law*, vol. 9, no. 4, 2019., str. 253-271.

⁷⁵ U tom smislu, zanimljiva je Odluku Portugalske nacionalne komisije za zaštitu podataka (*Comissão Nacional de Proteção de Dados*), kojom je rezolucijom CNPD 984/2018 (postupak 9932/2018) bolnica kažnjena s 400.000 eura, jer je propustila definirati kriterije za pristup informacijskom sustavu zvanom SONHO (sustav upravljanja pacijentima koji je ustrojilo portugalsko Ministarstvo zdravstva) pa su istu razinu pristupa pacijentovim podacima imali i liječnik i tehničko-administrativno osoblje. Više vidi u: Foglia, M.: Patients and Privacy: GDPR Compliance for Healthcare Organisations, *European Journal of Privacy Law & Technologies (EJPLT)*, Special issue 2020, str. 49.

moгуćnost razmjene podataka sa susjednim trećim zemljama (rec. 35), doduše, uz uvjet usklađenosti sa tehničkim specifikacijama infrastrukture Mojezdravlje@EU, europskim pravilima o zaštiti podataka i drugim zahtjevima infrastrukture Mojezdravlje@EU.

Očito je da se na postojeći režim zaštite podataka oslanja i nova Uredba o europskom prostoru za zdravstvene podatke (čl. 1. st. 3.-5.). Ipak, Uredbom se predviđaju brojne dopune Opće uredbe o zaštiti podataka, primjerice - ograničavanjem prava na pristup elektroničkim zdravstvenim podacima na one kategorije podataka koje su obuhvaćene poljem primjene Uredbe o europskom prostoru za zdravstvene podatke (čl. 3. st. 1.); uvođenjem mogućnosti odgoda pružanja pristupa elektroničkim zdravstvenim podacima u situacijama u kojima bi bilo neetično pacijenta elektroničkim putem obavijestiti o dijagnozi neizlječive bolesti (čl. 3. st. 3.), itd.

Pitanjem zaštite podataka koji se odnose na zdravlje nedavno se u dva navrata bavio i Sud EU, u predmetu C-667/21 *Krankenversicherung Nordrhein*⁷⁶ i C-307/22 *FT (Copies du dossier médical)*.⁷⁷ Niti jedan od ovih predmeta ne uključuje prekogranično pružanje e-zdravstvene zaštite ali su relevantni i u prekograničnom kontekstu.

U predmetu C-667/21 *Krankenversicherung Nordrhein*, od Suda EU se tražilo, između ostalog, da pojasni pravila za obradu posebnih kategorija osobnih podataka (osjetljivih osobnih podataka) u skladu s čl. 9. Opće uredbe o zaštiti podataka.

Predmet se odnosio na obradu osobnih podataka (uključujući zdravstvene podatke) radno nesposobne zaposlenice od strane MDK Nordrhein – javnopravnog tijela kojem je kao medicinskoj službi fondova za zdravstveno osiguranje zakonska zadaća, među ostalim, izrada stručnih mišljenja radi uklanjanja dvojbi u pogledu radne nesposobnosti osiguranika fondova za obvezno zdravstveno osiguranje za koje je nadležno, uključujući i kada se ta stručna mišljenja odnose na njegove vlastite zaposlenike (toč. 19 Presude).

U slučaju takvog zahtjeva, podatke zaposlenika mogu obrađivati samo članovi posebnog odjela i to koristeći se zaštićenim dijelom informatičkog sustava tog tijela. Tužiteljica je radila u informatičkoj službi MDK Nordrhein, ali nakon što je proglašena radno nesposobnom zbog medicinskih razloga, fond za zdravstveno osiguranje kod kojeg je bila osigurana zatražio je od MDK Nordrhein izradu stručnog mišljenja o njezinoj radnoj nesposobnosti. U svrhu izrade mišljenja MDK Nordrhein je pribavio podatke od tužiteljčina obiteljskog liječnika, koji je o tome obavijestio tužiteljicu. Tužiteljica je potom zatražila od svog kolege iz

⁷⁶ C-667/21 *Krankenversicherung Nordrhein*, ECLI:EU:C:2023:1022.

⁷⁷ C-307/22 *FT (Copies du dossier médical)*, ECLI:EU:C:2023:811.

informatičke službe da joj proslijedi fotografiju stručnog mišljenja koje se nalazilo u elektroničkom arhivu MDK Nordrhein. Potom je od poslodavca zatražila naknadu štete zbog nezakonite obrade podataka o njezinom zdravlju, što je MDK Nordrhein odbio. U sudskom postupku koji je uslijedio, nacionalni sud se obratio Sudu EU sa zahtjevom da, između ostalog, protumači odredbe čl. 9., a poglavito st. 2. toč (h) i st. 3. Opće Uredbe o zaštiti podataka.

U svojoj presudi Sud EU je presudio da za obradu osjetljivih podataka prema Općoj uredbi o zaštiti podataka mora postojati i pravna osnova prema čl. 6. i primjenjiva iznimka prema čl. 9. Opće uredbe o zaštiti podataka (toč. 3. Izreke). Sud je također smatrao da se pravila i ograničenja obrade osjetljivih osobnih podataka prema čl. 9. st. 2. toč. (h) (koji dopušta obradu osjetljivih podataka kada je to potrebno u svrhu preventivne medicine ili medicine rada, za procjenu radne sposobnosti zaposlenika, medicinsku dijagnozu, pružanje zdravstvene ili socijalne skrbi ili liječenja ili upravljanje sustavima i uslugama zdravstvene ili socijalne skrbi) i čl. 9. st. 3. (koji predviđa da se obrada temeljem čl. 9. st. 2. toč. (h) mora provoditi od strane ili pod odgovornošću stručnjaka koji podliježe obvezi čuvanja profesionalne tajne) mogu primijeniti i na situaciju u kojoj pružatelj medicinskih usluga obrađuje podatke svojih zaposlenika u svojstvu pružatelja medicinskih usluga radi procjene njihove sposobnosti (toč. 2. i 3. Izreke). Drugim riječima, pružatelj medicinskih usluga, u odnosu na obradu zdravstvenih podataka svojih zaposlenika, može se osloniti na čl. 9. st. 2. Opće uredbe za zaštitu podataka. Također, čl. 9. st. 3. sam po sebi ne zahtijeva od voditelja obrade podataka da uspostavi posebna ograničenja u pogledu mogućnosti radnih kolega da pristupe zdravstvenim podacima zaposlenika.

U predmetu C-307/22 *FT (Copies du dossier médical)*, od Suda EU se tražilo da protumači pravo na pristup zdravstvenim podacima, balansiranje ekonomskih interesa te pravo na pristup kompletnoj zdravstvenoj dokumentaciji.

Predmet se odnosio na spor između pacijenta i stomatologa u vezi s pristupom zdravstvenom kartonu pacijenta. Pacijent je bio na stomatološkom liječenju kod FT. Sumnjajući na počinjenje pogreške prilikom liječenja, pacijentica je zatražila od stomatologa da joj bez naknade osigura prvu kopiju njezine medicinske dokumentacije, međutim, stomatolog je odgovorio da će udovoljiti njezinom zahtjevu uz uvjet da sama snosi troškove povezane s dobivanjem kopije svoje medicinske dokumentacije, u skladu s nacionalnim pravom (donesenim prije stupanja na snagu Opće uredbe o zaštiti podataka).

U svojoj presudi Sud EU je presudio da čl. 12. st. 5. i čl. 15. st. 1. i 3. Opće uredbe o zaštiti podataka treba tumačiti na način da se „voditelju obrade nalaže obveza da ispitaniku osigura bez naknade prvu kopiju njegovih osobnih podataka

koji se obrađuju, čak i ako je taj zahtjev obrazložen svrhom koja nije povezana s ciljevima iz prve rečenice uvodne izjave 63. Opće uredbe.“(toč. 1. Izreke). Glede nacionalnog zakonodavstva donesenog prije stupanja na snagu Opće uredbe o zaštiti podataka, Sud EU je potvrdio da i ono može biti obuhvaćeno područjem primjene te Uredbe ali da nije primjenjivo u dijelu kojim se, „radi zaštite ekonomskih interesa voditelja obrade ispitaniku stavljaju na teret troškovi prve kopije njegovih osobnih podataka koji se obrađuju“ (čl. 23. st. 1. toč. (i) Uredbe) (toč. 2. Izreke). Konačno, „u okviru odnosa liječnik/pacijent pravo na dobivanje kopije osobnih podataka koji se obrađuju podrazumijeva da se ispitaniku preda vjerna i razumljiva reprodukcija svih tih podataka.“ To „uključuje dobivanje cjelovite kopije dokumenata koji se nalaze u medicinskoj dokumentaciji tog ispitanika ... poput dijagnoza, rezultata pretraga, liječničkih mišljenja i svih liječenja ili zahvata.“ (toč. 3. Izreke).

Oba predmeta zanimljiva su i sa aspekta nove Uredbe o europskom prostoru za zdravstvene podatke.

6. ZAKLJUČAK

U pogledu zdravstvene zaštite, u posljednjih nekoliko desetljeća došlo je do dvostruke promjene paradigme. Prvo, odnos skrbi razvio se od dualnog odnosa liječnik-pacijent do koordiniranog pristupa između različitih zdravstvenih djelatnika usmjerenog na pacijenta (skrb usmjerena na pacijenta).⁷⁸ Drugo, pristup kurativnoj skrbi usmjeren na obnovu fizioloških funkcija (liječenje) sada se razmatra u širem kontekstu, kontekstu dobrobiti.⁷⁹ Takvo poimanje uloge zdravstvene zaštite, u kombinaciji s jednim od ciljeva jedinstvenog tržišta - poboljšanjem pristupa zdravstvenoj skrbi sa sve građane Europske unije, u konačnici je dovelo do uspostave prekogranične zdravstvene zaštite za europske građane i svih benefita koji iz toga proizlaze. Da bi se postigao taj cilj, krenulo se od koordinacije nacionalnih sustava socijalnog osiguranja prema harmonizaciji putem direktiva, do Uredbe o europskom prostoru za zdravstvene podatke kojom je u potpunosti otvoren put za ostvarivanje prekogranične e-zdravstvene zaštite na području EU.

Direktivom je uspostavljen minimalni pravni okvir, zajednički svim državama članicama, ali s obzirom na i dalje prisutne normativne, tehničke i tehnološke razlike, pacijenti koji se liječe u tehnološki naprednijim europskim državama

⁷⁸ Bouvet et al., op. cit., bilj 69., str. 362.

⁷⁹ Gordon, G.H.: Care not cure: dialogues at the transition, Patient education and counseling, vol. 50, issue 1., 2003, str. 95-98.

imaju pristup daleko većem rasponu dematerijaliziranih medicinskih usluga nego pacijenti u konzervativnim državama, što ima za posljedicu nejednako pružanje skrbi europskim građanima. To je u suprotnosti s poimanjem zdravstvene skrbi kao javnog dobra koje bi trebalo biti dostupno svima u istom obimu. Stoga ne čudi što EU i dalje neumorno radi na stvaranju uvjeta za lakšu realizaciju prekograničnih zdravstvenih usluga, ponajprije putem elektroničkih zdravstvenih usluga.

Jedan od temeljnih preduvjeta prekograničnog pružanja e-zdravstvenih usluga, kao što su primjerice e-recept ili e-zdravstveni karton, je interoperabilnost.⁸⁰ Nju je nemoguće postići harmonizacijom putem direktiva, što potvrđuje i činjenica da do današnjeg dana samo dio europskih država ima uspostavljene i funkcionalne NCPeH portale (predviđene Direktivom 2011/24/EU), što je tek jedan od preduvjeta interoperabilnosti. Isto se pokazalo i u sferi zaštite osobnih podataka (prije donošenja Opće uredbe o zaštiti podataka) koji u svijetu elektroničkih zdravstvenih usluga, poglavito u prekograničnom kontekstu, zahtijevaju pojačanu i unificiranu zaštitu.

Novim konceptom zdravstvenih usluga,⁸¹ koje se pružaju mimo geografskih ili drugih granica, za pojačano mobilne građane, pacijente i zdravstvene radnike, a također i pružatelje zdravstvenih usluga, ostvaruje se jedinstveno europsko tržište podataka i jednak pristup zdravstvenoj zaštiti na bilo kojem dijelu njezina teritorija. Novu perspektivu neki opravdano opisuju i kao tranziciju od *restitutio ad integrum* ka *transformatio ad optimum*.⁸² Drugim riječima, europski prostor zdravstvenih podataka trebao bi pomoći u nadilaženju informacijske asimetrije između glavnih dionika i omogućiti pružanje boljih zdravstvenih usluga i jačanje javnog zdravlja.

U svakom slučaju, „biti će ključan za prevenciju, otkrivanje i liječenje bolesti, kao i za poboljšanje dostupnosti, učinkovitosti i održivosti sustava zdravstvene zaštite uz informirane odluke utemeljene na dokazima i podacima“.⁸³

Riječima Josepha B. Martina (2007) – „(n)ove tehnologije omogućuju računalima da rade ono što rade najbolje – prikupljaju i diseminiraju podatke – dok liječnicima omogućuju da liječe“.⁸⁴

⁸⁰ Ntafi et. al., op. cit., bilj 56, str. 1.

⁸¹ E-zdravstvene usluge i m-zdravstvene usluge (za mobilnu telefoniju) danas su već solidno razvijeni koncepti i istinski revolucionarni aspekti europskog zdravstva posljednjih godina.

⁸² Cirillo, op. cit., bilj 70, str. 96.

⁸³ Bincoletto, G.: The EDPB-EDPS Joint Opinion on the Commission Proposal for a Regulation on the European health data Space: Key issues to be Considered in the Legislative process, European Data Law Review (EDPL), vol. 8, no. 3, 2022, str. 398.

⁸⁴ Martin, J.B.: Digital Doctoring, Boston Globe, 29 March 2007.

LITERATURA

1. Ardielli, E., eHealth in the European Union – Comparative Study, ACC Journal, vol. 26, issue 2, 2020., str. 7–17.
2. Bente, B. E.; Van Dongen, A.; Verdaasdonk, R.; van Gemert-Pijnen, L., eHealth implementation in Europe: a scoping review on legal, ethical, financial and technological aspects, *Frontiers in Digital Health*, 6, March 2024., str. 1–24.
3. Bincoletto, G., The EDPB-EDPS Joint Opinion on the Commission Proposal for a Regulation on the European Health Data Space: Key Issues to be Considered in the Legislative Process, *European Data Law Review (EDPL)*, vol. 8, no. 3, 2022., str. 398–404.
4. Bortfelt, A., Disparities in EU Legal Instruments Regarding Cross-Border Healthcare: A Comparative Study of Regulation 883/2004 and Directive 2011/24/EU and Their Potential Effect on Union Goals, Especially the Free Movement Provisions, Stockholm, 2020., str. 9. Preuzeto sa: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1469472/FULLTEXT01.pdf>, 12. 1. 2025.
5. Bouvet, R.; Desmarais, P.; Minivale, E., Legal and Organizational Barriers to the Development of eHealth in France, *Medicine and Law*, vol. 34, no. 3, 2015., str. 361–380.
6. Brisch, K. M.; Haupt, C. E., Information Technology Meets Health Care: The Present and Future of German and European E-Health Initiatives, *DePaul Journal of Health Care Law*, vol. 12, no. 1, 2009., str. 105–158.
7. Bruthans, J.; Jiráková, K., The Current State and Usage of European Electronic Cross-Border Health Services (eHDSI), *Journal of Medical Systems*, 47(21), 2023., str. 1–8.
8. Cirillo, F., The Impact of E-Health on Privacy and Fundamental Rights: From Confidentiality to Data Protection Regulation, *European Journal of Privacy Law & Technologies*, no. 2, 2019., str. 95–106.
9. Da Costa Leite Borges, D., *EU Health System and Distributive Justice: Towards New Paradigms for the Provision of Health Care Services*, Routledge, 2017.
10. den Exter, A., The Right to Healthcare Under European Law, *Diametros*, 51, 2017., str. 173–195.
11. Doupi, P.; Hämäläinen, P.; Ruotsalainen, P., eHealth in Europe: Towards Higher Goals, *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, vol. 41, no. 2, 2005., str. 35–39.
12. Foglia, M., Patients and Privacy: GDPR Compliance for Healthcare Organisations, *European Journal of Privacy Law & Technologies (EJPLT)*, Special issue 2020., str. 43–50.
13. Gordon, G. H., Care Not Cure: Dialogues at the Transition, *Patient Education and Counseling*, vol. 50, issue 1, 2003., str. 95–98.

14. Janeckaitė, R., Upcoming Legal Challenges for Cross-Border e-Health Services in the EU, Vilnius University Open Series, no. 6, 2020., str. 86–97.
15. Jonev Ćiraković, K., The Right to Privacy and the Protection of Patient’s Personal Data, Annals of Nursing, vol. 2, no. 2, 2024., str. 1–13.
16. Medić, I., Prethodna autorizacija kao preduvjet ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „3. kongres KOKOZ-a i 5. Hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Rovinj, 1.–3. travnja 2022., str. 211–243.
17. Mulder, T., The Protection of Data Concerning Health in Europe, European Data Protection Law Review, vol. 5, no. 2, 2019., str. 209–220.
18. Ntafi, C.; Spyrou, S.; Bamidis, P.; Theodorou, M., *The Legal Aspect of Interoperability of Cross-Border Electronic Health Services: A Study of the European and National Legal Framework*, Health Informatics Journal, 2022., str. 1–17.
19. Palm, W.; Glinos, I., *Enabling Patient Mobility in the EU: Between Free Movement and Coordination*, u: Mossialos, E.; Baeten, R.; Hervey, T. (ur.), *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*, Cambridge University Press, 2010., str. 509–560.
20. Schneider, G., *Disentangling Health Data Networks: A Critical Analysis of Articles 9(2) and 89 GDPR*, International Data Privacy Law, vol. 9, no. 4, 2019., str. 253–271.
21. Selletti, S.; Scalia, A., *L’impatto della nuova normativa „privacy“ sugli studi clinici*, Rassegna di diritto farmaceutico e della salute, 2018., str. 1009–1014.
22. Sheppard, M. K., *The Patient Mobility Directive and the Mutual Recognition of Prescriptions in the EU: A Cause for Concern for Patients and Pharmacists Alike*, Medicine and Law, vol. 35, no. 1, 2016., str. 37–46.

Europski izvori

1. Uredba Vijeća (EEZ) br. 1408/71 o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe i njihove obitelji koje se kreću unutar Zajednice, Sl. l. EZ L 149/2, 5. 7. 1971.
2. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee of the Regions, eEurope 2005: An information Society for All, COM (2002)263, 28. 5. 2002.
3. Uredba (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (tekst značajan za EGP i Švicarsku) Sl. l. EUL 166/1, 30. 4. 2004.
4. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee of the Regions, eHealth – making healthcare better for European e-Health Area, COM(2004)356, 30. 4. 2004.
5. Commission Recommendation of 2 July 2008 on cross-border interoperability of electronic health record systems (notified under document number C(2008) 3282), Sl. l. 190, 18. 7. 2008.

6. Direktiva br. 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, Sl. l. EU 88, 4. 4. 2011.
7. Communication from the Commission to the European parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Region, eHealth Action Plan 2012-2020-innovative healthcare for the 21st century, COM(2012) 736 final, 6. 12. 2012.
8. Preporuka Komisije (EU) 2019/243 od 6. veljače 2019. o europskom formatu za razmjenu elektroničke zdravstvene evidencije (Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU 39, 11. 2. 2019.
9. Provedbena odluka Komisije (EU) 2019/1269 od 26. srpnja 2019. o izmjeni Provedbene odluke 2014/287/EU o određivanju kriterija za osnivanje i ocjenjivanje europskih referentnih mreža i njihovih članova te za olakšavanje razmjene informacija i stručnih spoznaja u vezi s osnivanjem i ocjenjivanjem tih mreža, Sl. l. EU 200, 29. 7. 2019.
10. Uredba (EU) 2022/868 Europskog parlamenta i Vijeća od 30. svibnja 2022. o europskom upravljanju podacima i izmjeni Uredbe (EU) 2018/1724 (Akt o upravljanju podacima) (Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 152, 3. 6. 2022.
11. Direktiva (EU) 2022/2555 Europskog parlamenta i Vijeća od 14. prosinca 2022. o mjerama za visoku zajedničku razinu kibersigurnosti širom Unije, izmjeni Uredbe (EU) br. 910/2014 i Direktive (EU) 2018/1972 i stavljanju izvan snage Direktive (EU) 2016/1148 (Direktiva NIS 2)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 333, 27. 12. 2022.
12. Uredba (EU) 2023/2854 Europskog parlamenta i Vijeća od 13. prosinca 2023. o usklađenim pravilima za pravedan pristup podacima i njihovu uporabu i o izmjeni Uredbe (EU) 2017/2394 i Direktive (EU) 2020/1828 (Akt o podacima)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L 22. 12. 2023.
13. Uredba (EU) 2024/2847 Europskog parlamenta i Vijeća od 23. listopada 2024. o horizontalnim zahtjevima u pogledu kibernetičke sigurnosti za proizvode s digitalnim elementima i o izmjeni Uredbi (EU) br. 168/2013 i (EU) 2019/1020 te Direktive (EU) 2020/1828 (Akt o kibernetičkoj otpornosti)(Tekst značajan za EGP), Sl. l. EU L. 2024/2847, 20. 11. 2024.
14. Uredba Europskog parlamenta i Vijeća o europskom prostoru za zdravstvene podatke i o izmjeni Direktive 2011/24/EU i Uredbe (EU) 2024/2847, PE-CONS 76/24, 8. 1. 2025.

Praksa Suda EU

1. C-384/93 *Alpine Investments BV*, ECLI:EU:C:1995:126.
2. C-120/95 *Decker* ECLI:EU:C:1998:167.
3. C-158/96 *Kohl* ECLI:EU:C:1998:171.
4. C-667/21 *Krankenversicherung Nordrhein*, ECLI:EU:C:2023:1022.
5. C-307/22 *FT (Copies do dossier médical)*, ECLI:EU:C:2023:811.

Drugi akti

1. Constitution of the World Health Organization, 22. 6. 1946 (entered into force 7. 4. 1948.), preuzeto sa: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>, 25. 1. 2025.
2. CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant), 14. 12. 1990., preuzeto sa <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/1990/en/5613>, 25. 1. 2025.
3. Zakon o potvrđivanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, NN 15/2002-172, 20. 11. 2002.
4. Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju, NN 13/2003-109, 14. 7. 2003.

CROSS-BORDER PROVISION OF E-HEALTH SERVICES

In a world where borders practically do not exist, tying effective health care exclusively to the national health system is no longer possible. Freedom of movement of persons and freedom of movement of services within the single European market opened the way to cross-border health care, first “through the back door” only with prior authorization. Over time (based on the provisions of Directive 2011/24/EU) a two-lane regime was established and opened the way not only to cross-border provision of health services but also to electronic provision of health services, both at the national and cross-border level. Until today, that door has only been ajar, with the application of e-prescriptions and a summary of medical data about the patient, often only at the national level but, by all accounts, that will soon change. In November 2024 the European Health Data Space Regulation was adopted, which aims to achieve the interoperability of the health systems of all the EU Member States and normalize an eHealthcare at national and cross-border level. The aim of this paper is to present the legal framework for the cross-border provision of eHealth Services and to point out the strengths and weaknesses of the existing system.

Key words: *e-Health Services, Directive 2011/24/EU, European Health Data Space Regulation, Right to Privacy*

Prof. dr. sc. Vilma Pezelj*
Marija Štambuk Šunjić, dipl. iur., viši predavač**
Dinko Sinčić, student***

NEKA PITANJA JAVNOGA ZDRAVSTVA U SREDNJOVJEKOVNOM BRAČU (POVODOM 720 GODINA BRAČKOG STATUTA)¹

UDK: 614 (210.7Brač) (094) "653"
Izvorni znanstveni rad
Prilježeno: 5. ožujka 2025.

U radu se analiziraju pitanja javnoga zdravstva u srednjovjekovnom Bračkom statutu iz 1305. u usporedbi sa drugim statutima dalmatinske pravne regije. Propituje se u čemu su rješenja statutarnog prava sukladna općim tendencijama, a u čemu su njegove eventualne specifičnosti.

Analizom notarskih zapisa i arhivske građe utvrđuje se u kojoj mjeri su se statutarne odredbe primjenjivale u svakodnevnom životu.

Javnozdravstvene odredbe donijete su po uzoru na iste iz gradova s Apeninskoga poluotoka, uz uvažavanje specifičnosti same Komune, što povezuje Brački statut s drugim statutima i europskim prostorom te korištenima pravnih sustava suvremenih europskih integracija.

Ključne riječi: *Brački statut, 14. stoljeće, dalmatinsko statutarno pravo, javno zdravstvo*

1. UVOD

Među komunalnim društvima na istočnom Jadranu, bračko se srednjovjekovlje ističe posebnostima u vidu njegove graničnosti na križanju političkih i kulturnih djelovanja, što je nesumnjivo imalo utjecaja na javno zdravstvo.² Na srednjovjekovnom Braču nije bilo gradskih naselja, a ruralna su bila smještena u

* Dr. sc. Vilma Pezelj, redovita profesorica na Katedri za pravnu povijest Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, e-mail: vpezelj@pravst.hr; ORCID: 0000-0003-0599-5687.

** Marija Štambuk Šunjić, dipl. iur., viša predavačica na Katedri za pravnu povijest Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, e-mail: mstambuk@pravst.hr, ORCID: 0000-0003-2024-7863.

*** Dinko Sinčić, student integriranog sveučilišnog prijediplomskog i diplomskog studija Pravo, Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, Domovinskog rata 8, 21000 Split.

¹ Ovaj rad financiran je u okviru projekta Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu IP-PDPO "Pojedinač i dinamike pravnih odnosa od rimskog prava do suvremenog doba" - This paper is a product of work that has been fully supported by the Faculty of Law, University of Split, under the project IP-PDPO "An individual and legal dynamics from Roman Law to modern times"

² Raukar, T., *Srednjovjekovni Brač na razmeđu društava*, u: *Studije o Dalmaciji u srednjem vijeku*, Književni krug Split, Split, 2007., str. 357.

unutrašnjosti otoka zbog učestalih napada s mora ili su formirani uz obalu prema kopnu.

Već početkom 12. st. Brač se javlja u dokumentima kao posebna administrativno-teritorijalna jedinica sa svojom samoupravom, a s Hvarom i Visom obrazuje otočku komunu sa zajedničkim knezom i biskupom.³ 1240. godine Brač je priznao vlast grada Splita i njegova potestata Gargana.⁴ 1278. g. Mletačka Republika uspostavlja vlast nad Bračem i Hvarom. Od 1423. otok sačinjava posebnu komunu kojom upravlja knez Mlečanin a što je imalo odraza u organizaciji javnoga zdravstva na otoku. Bračani su u stvarnosti živjeli sasvim samostalno, sa svim privilegijama koje su im dodjeljivali vladari.⁵

Brački statut iz 1305. g. temeljno je vrelo bračkoga srednjovjekovnoga prava. Spada u red statuta neretvanskog područja, uz Korčulanski i Hvarski statut.⁶ Ti statuti, iako su pisani latinskim jezikom te je u njima došlo do recepcije rimskog prava, sadrže pretežito naše drevno pravo.⁷ Pravne odredbe, povlastice i običaji bili su kodificirani još prije 1277, ali su propale u požaru prilikom provala Omišana.

Brački statut iz 1305. godine, zajedno s kasnijim dodacima i izmjenama, tzv. Reformacijama, tiskan je u Vidamu (Udinama) 1656. i posvećen braći Jerolimu i Vinku Michaeliju.⁸ Sastoji se od uvodnog dijela (tzv. *prohemium*), četiri knjige statutarnih odredaba u užem smislu riječi i tri knjige Reformacija.

Uvodni dio i prve tri knjige bili su redigirani odjednom 1305. godine. Prva knjiga ima 29 glava, druga 11, a treća 43 glave. Glava 43. treće knjige sastavljena je 1351. godine, te spada u tzv. Reformacije prvih triju knjiga.

Četvrta knjiga redigirana je odjednom do uključivo 56. glave. Ima ukupno 59 glava, pa su glave 57, 58. i 59, koje su sastavljene poslije, zapravo reformacije a samo su greškom tu upale. Glava 57. sastavljena je 12. ožujka 1375. godine.

³ Vrsalović, D., *Povijest otoka Brača, Brački zbornik*, br. 6, Štamparsko poduzeće „Franjo Kluz“, Omiš, 1969., str. 92.

⁴ *Codex Diplomaticus, Diplomatički zbornik Kraljevine Hrvatske, Dalmacije i Slavonije*, sv. IV, ur. Tadija Smičiklas, JAZU, Zagreb, 1906., str. 112.

⁵ Vrsalović, D., *Povijest otoka Brača*, op. cit. (bilj. 3), str. 96.

⁶ Dokoza, S., *Dinamika otočkog prostora - Društvena i gospodarska povijest Korčule u razvijenom srednjem vijeku*, Književni krug Split, 2009., str. 257.

⁷ Brački statut (prir. i preveo Cvitanić, A.), Književni krug Split, Split, 2006.; Cerineo, A., *Nekoliko riječi o postanku, redakciji i važnosti Statuta i Reformacija otoka Brača, Brački zbornik*, 1, Književni krug, Split, 1940., str. 90–96.; Karbić, D.; Karbić, M., *The Laws and Customs of Medieval Croatia and Slavonia – A Guide to the Extant Sources*, UCL School of Slavonic and East European Studies, London, 2013.

⁸ Na naslovnoj stranici knjige nalazi se grb obitelji Mičelović. Jerolim Michieli je oko 1650. godine napisao priručnik *Pratica Criminale*, kojim su se služili mletački kancelari u kaznenim postupcima. Detaljnije: u Cvitanić, A., *Tragom rada jednog našeg pravnika-krivičara iz XVII. stoljeća, Iz dalmatinske pravne povijesti*, Književni krug, Split, 2002., str. 749–758 (osobito 751); Radić, Ž., *Jerolim Mičelović – Michieli, a Penologist from the XVII Century and his Pratica Criminale, Annals of the Faculty of Law in Belgrade, Belgrade Law Review*, LVIII(3), 2010., str. 176–185.

Glava 58. dijeli se na četiri dijela. Prvi njen dio sastavljen je 1383; u drugome nema oznake datuma, ali se u njemu spominje potknez Komul de Petrarchis za čije ime se opet u trećemu dijelu vezuje godina 1385; četvrti dio sastavljen je pak 1392. Posljednja, 59. glava, sastavljena je 1415. godine.

Iza četiri knjige, koje čine Statut u užem smislu riječi, slijede tri knjige pod naslovom Reformacije.⁹

Glave prve knjige Reformacija nisu datirane, ali vjerojatno potječu iz predmletačkog razdoblja. Nastale su posljednjih godina hrvatsko-ugarske vladavine Bračom, od 1415-1420. godine. Na 1415. upućuje posljednja glava IV. knjige Statuta, a na 1420. izvadak iz dukale dužda Tome Moceniga od 22. listopada 1420. kojom nova, mletačka vrhovna vlast potvrđuje te komunalne pravne bračke propise. Prva knjiga Reformacija ima 87 glava, a 87. čini izvadak spomenute dukale.¹⁰

Glave druge i treće knjige Reformacija djelomično su datirane i potječu iz razdoblja konačne mletačke vladavine, poslije 1420. godine. Od tada Brač nema više zajedničkog kneza s Hvarom (i Visom), već svoga zasebnoga.

Druga i treća knjiga Reformacija redigirane su 1655. kada je knez Aloise Duodo naredio da se razbacani odlomci statutarne materije prikupe i uredi. No kancelar Petar Mattiazzi kod tog redakcijskog posla nije se pobrinuo ni da sve glave Reformacija budu kronološki poredane. Tako se u drugoj knjizi nalaze glave koje potječu iz godina 1423-1615, a u trećoj glave iz 1435. i 1436. godine. Druga knjiga Reformacija ima 23 glave. Od tih prvih 8 glava potječe iz 1423-1434. godine, a ostale od 1445-1615. Među posljednjim trima skupinama odredaba nisu zaključci Velikog vijeća bračke komune.

Treća knjiga Reformacija ima 18 glava i radi se o zaključcima koje je donijelo bračko Veliko vijeće 1435. g., i koje su poslano na potvrdu Veneciji sa tri nova zaključka koje je donijelo isto Vijeće 1436. godine. Dužd Franjo Foscari iste je godine i potvrdio predložene mu glave uz neke izmjene.¹¹

Statut je pisan na latinskom jeziku s iznimkom neznatnog broja odredaba na talijanskom, koje su formulirane u Veneciji i unesene u Brački statut. Iako je pisan latinskim jezikom, u Bračkom statutu nije u znatnijoj mjeri recipirano rimsko

⁹ Cvitanić, A., *Uvodna studija u: Brački statut, op. cit.* u bilj. 7, str. 21.

¹⁰ Cvitanić, A., *Uvod u Brački statut, op. cit.* u bilj. 7, str. 22.

¹¹ Brački statut, Ref. III, 18.

pravo kao u susjednim dalmatinskim gradovima. Može se reći da je Brački statut pretežito zbornik feudalnog prava s elementima recipiranog rimskoga.¹²

Brački statut iz 1305. g. poslužio je kao predložak hvarskim plemićima kod sastavljanja Hvarskoga statuta iz 1331. g. Sa izuzetkom grada Hvara na jugozapadnom rtu otoka, na ostalom području otoka, stanje kakvo je bilo početkom 10. stoljeća ostalo je isto kao i na susjednim otocima Braču i Visu. U srednjem su vijeku te tri sredine bile u sastavu Neretvanske kneževine. Od 1420. Brač i Hvar (s Visom) imaju svoga zasebnog kneza.¹³

Plemstvo je bilo endogenog podrijetla, što potvrđuje Povaljska listina iz 1184. g.¹⁴ Neki od sporova između plemića i pučana odnosila su se na pitanja javnoga zdravstva budući da su plemići izbjegavali obveze vezane uz prevenciju ili posljedice zaraznih bolesti kao što je obveza pokapanja umrlih od kuge odnosno dužnost držanja obalnih straža.¹⁵

Odredbe o javnome zdravstvu nalaze se u svim dijelovima Bračkoga statuta. Tu se mogu ubrojiti odredbe o sastavljanju oporuke u doba kužnih epidemija, odredbe o životinjama (tzv. veterinarsko javno zdravstvo), odredbe o komunalnoj higijeni i zaštiti okoliša i dr.

2. EPIDEMIJE ZARAZNIH BOLESTI

2.1. Općenito o epidemijama

Zbog socijalno-ekonomskih posljedica i velike smrtnosti epidemije su u povijesti čovječanstva imale značajnu ulogu.¹⁶ Nakon “atenske kuge” koja je opustošila Atenu 430-426. pr. Kr., tijekom Peloponeskog rata, Justinijanova kuga trajala je oko dva stoljeća (541-700) te se, nakon razdoblja epidemije lepre,

¹² Cvitanić, A., *Uvod u Brački statut*, op. cit. u bilj. 7, str. 24.; isti, *Slavenski pravni elementi u statutarnom uređenju Poljica, Brača i Splita, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, Split, 1963.; isti, *Usporedba Vinodolskog zakona i dalmatinskih statuta, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 29(1-2), Split, 1992. Usp. i Dokoza, *Dinamika otočkog prostora*, op. cit. u bilj. 6, str. 257.

¹³ Vidi: Cvitanić, *Uvod u Brački statut*, op. cit. u bilj. 7, str. 25.

¹⁴ Rački, F., *Najstarija hrvatska ćirilicom pisana listina, Starine JAZU*, XIII, Zagreb, 1881., str. 196–211.; Ostojić, I., *Benediktinska opatija u Poveljima na otoku Braču*, Split: [s. n.], (Zagreb: Nadbiskupska tiskara), 1934., str. 28–66.; Cvitanić, A., *Pravopovijesno značenje Povaljske listine, Spomenica u povodu 500. obljetnice dominikanskog samostana u Bolu*, Provincijalat hrvatske dominikanske provincije, Zagreb, 1976., u: Cvitanić, A., *Iz dalmatinske pravne povijesti*, Književni krug, Split, 2002., str. 407–429.; Margetić, L., *Neka pitanja Povaljske listine*, *Archaeologia Adriatica*, 2(2), 2008., str. 611–621.; *Leksikon hrvatskoga srednjovjekovlja*, Šanjek, F.; Grbavac, B. (prir.), Školska knjiga, Zagreb, 2018., str. 546–548.

¹⁵ Detaljnije: Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. bilj. 3, str. 231, 257.

¹⁶ Detaljnije: Pezelj, V.; Erent Sunko, Z.; Dajak, M., *Pravopovijesni modeli suzbijanja pandemijskih ugroza kao podloga razumijevanju suvremenih zdravstvenih izazova*, u: *Zbornik radova s međunarodnog kongresa „5. kongres KOKOZ-a i 7. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem”*, Novi Vinodolski, 19–21. travnja 2024., str. 1–26.

ponovno javlja sredinom 14. st.¹⁷ U 14. je stoljeću Europu zahvatila pandemija (kasnije nazvana “*Black Death*”) uvezena trgovačkim putevima, za koju je kao uzročnik otkrivena bakterija *Yersinia pestis*. Širenju pandemije pomogli su mnogi čimbenici među kojima su bili siromaštvo i neishranjenosti¹⁸ i dr.¹⁹ Bolest je opustošila Europu, a prema nekim izvorima u Europi je od nje umrlo 50 mil. ljudi.²⁰

Dana 27. srpnja 1377. u Dubrovniku je Veliko vijeće izglasalo uredbu pod naslovom „Onaj koji dolazi iz kugom zaraženih krajeva neka ne ulazi u Dubrovnik niti na njegov teritorij“ koja je poznata kao prva karantenska uredba na svijetu.²¹ Do polovice 15. st. karantene su osnovane u gradovima diljem Mediterana. Smrtnost se razlikovala se od grada do grada,²² a nakon Venecije i Pise karantene su se proširile i na ostale talijanske gradove te Francusku.²³

Pomorska karantena odnosila se na brodove i putnike koji ulaze u grad i koji su, ukoliko se u određenom razdoblju kod njih nije razvila bolest, mogli ući u grad. Tridesetodnevna izolacija odnosno zadržavanje putnika sa brodova koji su ulazili u luku produžila se na četrdeset dana.²⁴

Venecija je 1423. god., na otoku u blizini grada, organizirala tzv. ‘lazzaretto’ mjesto na kojem su bili izolirani zaraženi stanovnici (*Lazzaretto Vecchio*), a neki izvori, navode da je model za izolaciju, odnosno prva pomorska karantena na otoku Santa Maria di Nazareth osnovana dvadeset godina prije.²⁵ 1468. god. osnovan je „*Lazzaretto Nuovo*“ za ozdravljene od kuge i one koji i one za koje se sumnja da su zaraženi, koji su tamo mogli boraviti dok su se oporavljali i čekali na dezinfekciju. Ta su dva lazareta postali temelj suzbijanja kuge u Veneciji.²⁶

¹⁷ Miović, V., *Dubrovački ples s kugom, vrijeme lazareta na Pločama*, HAZU, Zavod za povijesne znanosti u Dubrovniku, Zagreb-Dubrovnik, 2022., str. 7-9.

¹⁸ DeWitte, Sharon N., *Selectivity of Black Death Mortality with Respect to Preexisting Health*, Thesis. University of California, Berkeley, The National Academy of Sciences of the USA, 2008.

¹⁹ Bailey, M., *After the Black Death: Economy, Society, and the Law in Fourteenth-Century England*. The Ford Lectures for 2019, Oxford University Press, Oxford, 2021. str. 5

²⁰ WHO, *Expert Committee on Plague*, Fourth Report, str 1-25.

²¹ Blažina-Tomić, Z., Blažina, V., Šundrica, Z., Lonza, N., *Knjiga gospode zdravstvenih službenika 1500-1530.*, Zagreb-Dubrovnik, 2021., str. 13.

²² Firth, J., *The History of Plague, Part I: The Three Great Pandemics, History*, vol. 20, br. 2. Dostupno na: <https://jmvh.org/articl/the-history-of-plague-part-1-the-three-great-pandemics>, posjećeno 12. 2. 2025.

²³ Gensini, G. F.; Yacoub, M. H.; Conti, A. A., *The Concept of Quarantine in History: From Plague to SARS*, *Journal of Infection*, 49(4), 2004., str. 257–261. doi: 10.1016/j.jinf.2004.03.002.

²⁴ Sehdev, P. S., *The Origin of Quarantine, Clinical Infectious Diseases*, 35, 2002., str. 1071–1072.

²⁵ Eager, J.M., *The Early History of Quarantine*, Yellow Fever Institut Bulletin 12, Washington, 1903., str 17.

²⁶ Blažina-Tomić, Z., Blažina, V., Šundrica, Z., Lonza, N., *Knjiga gospode... op. cit. u bilj.* 21., str. 30.

Do kraja 15. st. lazareti su osnovani u Ferrari, Firenci, Milanu, Genovi, Sieni, Parmi, Udinama i Recanatu a kasnije diljem Europe. U 16. st. uvedene su i potvrde o odsustvu bolesti u mjestu posljednje luke. Ta je potvrda uz izdanu vizu omogućavala brodu uplovljavanje u luku bez karantene.²⁷

Velika je smrtnost utjecala na nedostatak radne snage, odnosno cjelokupni ekonomski i društveni razvoj te na političku kartu ondašnjega svijeta.²⁸

Primorski gradovi i otoci koji su bili u velikoj mjeri orijentirani na trgovinu sa stranim zemljama bili su izloženi povećanom riziku od prodora epidemija zaraznih bolesti preko putnika i robe iz tih zemalja, zbog čega se u statutima dalmatinskih gradova i otoka javljaju odredbe koje govore o sanitarnim mjerama koje treba poduzimati (zabrana bacanja smeća, održavanje čistoće ulica, zabrana držanja stoke u gradu i sl.) u čemu se primjećuju prvi počeci pravnog reguliranja javnog zdravstva na našim prostorima.²⁹

2.2. Epidemije na Braču

Zbog nedovoljne organizacije sanitetske službe i maloga broja zdravstvenoga osoblja Brač je nekoliko puta stradao od zaraznih bolesti koje su za posljedicu imale opadanje broja stanovnika, osobito u vrijeme uspostave trgovačkih veza sa zaleđem.³⁰ Najvažnija tranzitna luka poslije mletačko-turskih ratova bio je Split sa lazaretom³¹ u koji se dovozila roba, stoka, žito, koža, vuna i ostali proizvodi s Istoka. Te je proizvode kupovala Venecija, krcala iz u lađe te ih dalje prevozila u luke Jadrana u zamjenu za raznu manufakturnu robu, sol, ribu i ostalo. Na karantenske se propise nije uvijek pazilo pa su se sa robom prevozili i uzročnici zaraznih bolesti.

2.2.1. Epidemija kuge u 15. st.

Prvi val kuge bio je na Braču od 1425 do 1427. Prema podacima iz dukale Francesca Foscarinija pokosila je dvije trećine bračkoga stanovništva i mnogo stoke zbog čega su brački plemići i pučani bili primorani krenuti u Veneciju kako bi se potužili duždu na obveze i namete otočkoga stanovništva koje zbog maloga

²⁷ Gensini, Yacoub, A., *op. cit.* u bilj. 22.

²⁸ Jedwab, R.; Johnson, N. D.; Koyama, M., *The Economic Impact of the Black Death, GMU Working Paper in Economics*, No. 20-45, 18. kolovoza 2020., str. 40.

²⁹ Škrobonja, A., *Javnozdravstveni odsjaji u statutima gradova na hrvatskoj obali Jadrana iz XIII. i XIV. st.*, Medicus, vol. 21 no. 1, UGI, 2012. str. 159-164.

³⁰ Jutronić, A., *Bračka naselja i podrijetlo njegovog stanovništva*, Brački zbornik 1, str. 10.; Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, *op. cit.* u noti 3, str. 256.

³¹ Detaljnije: Bajić-Žanko, N., *Split kao trgovačko i tranzitno središte na razmeđu istoka i zapada u 18. st.*, Književni krug Split, 2004.

broja preživjelih od kuge komuna nije bila u stanju izvršavati. Ubrzo je uslijedio i drugi val kuge od 1434 o 1436. godine.³²

Navedene epidemije našle su svoj odraz u statutarnoj materiji i to glede načina oporučivanja oboljelih od kuge.

Po odredbama Bračkoga statuta oporučitelj je u pravilu morao provjeriti komunalnom kancelaru, odnosno notaru, sastav oporuke, ali ju je mogao i usmeno napraviti u prisutnosti svjedoka čije su se izjave poslije registrirale u posebnoj komunalnoj knjizi. Usmena oporuka pred svjedocima zvala se kao i u rimskom pravu „*testamentum nuncupativum*“.³³

Iznimke od tog pravila bile su dopuštene jedino u slučaju kada je vladala kuga i za bolesne od kuge.³⁴ Godine 1430. u Brački statut je unijeta reformacija o načinu sastavljanja oporuke u vrijeme kuge.³⁵ Oboljeli od kuge mogli su oporuku sastaviti usmeno pred trojicom vjerodostojnih svjedoka koji su dužni u roku od dva mjeseca nakon prestanka epidemije pristupiti pred upravu u nazočnosti kancelara i četiri svjedoka i izvijestiti o oporuci, potvrđujući svoju izjavu prisegom. Barem dvojica od četiri svjedoka morala su biti suglasna glede sadržaja oporuke, a među svjedocima nije smio biti zapisovnik, nasljednik niti oporučni izvršitelj dotične oporuke. Kancelar je izvještaj svjedoka bio dužan zapisati u kancelarijsku knjigu i obaviti ostale potrebne formalnosti kako bi oporuka postala valjana.³⁶

O usmenoj oporuci sastavljenoj na području komune bez notara trebalo je obavijestiti kneza u roku od petnaest dana od smrti oporučitelja, a ako bi bila sastavljena izvan komune bez notara, u roku od dva mjeseca. Svjedoci oporuke bili su dužni pristupiti pred kneza ili njegova zamjenika i njegove suce i njihova se izjava morala zapisati u komunalnu knjigu.³⁷

³² Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. u noti 3, str. 257. ; Jutronić, A., Nekoliko podataka o kužnim bolestima na Braču, Novo doba, br. 24, od 12. rujna. 1936., str. 5.

³³ Brački statut, I, 28; IV, 59; Ref. III, 16.

³⁴ Brački statut, Ref. II, 4.; Pezelj, V.; Erent Sunko, Z.; Dajak, M., *Pravnopovijesni modeli suzbijanja pandemijskih ugroza kao podloga razumijevanju suvremenih zdravstvenih izazova*, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „5. kongres KOKOZ-a i 7. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Novi Vinodolski, 19–21. travnja 2024., str. 18.; Vrsalović, D., *Povijest otoka Brača*, op. cit. u bilj. 3, str. 256.

³⁵ Brački statut, Ref. II, 4 iz 1430. g.: Način kako treba sastavljati oporuke u vrijeme kuge. Detaljnije: Jutronić, A., *Prilog proučavanju zdravstva na Braču*, Anali Historijskog instituta JAZU u Dubrovniku 2 (1953), str. 277. i tamo navedena literature.; Jutronić, A., *Bračka naselja i podrijetlo njegovog stanovništva*, Brački zbornik 1, str. 10. 8-17.

³⁶ Brački statut, Ref. II., 4 iz 1430.

O posebnom obliku oporuke u rimskom pravu *testamentum pestis tempore* detaljnije u: Carbone, M., *Epidemije i pravo u antičkom svijetu: od Tukidida do Prokopija iz Cezareje*, Godišnjak Udruženja Bathynvs Acta Illyrica, str. 225. Online ISSN 2744-1318

³⁷ Brački statut I, 28.; Hvarski statut II., 37.

Na Korčuli epidemija kuge iz 1428. g. bila je toliko jaka da je od 7000 ljudi preživjelo samo 1000.³⁸ Korčulanski statut iz 1265. g. u gl. CVIII zabranjuje primanje u kuću osoba koje dolaze iz krajeva gdje vlada veliki pobol ili pomor (*de locis morboris seu ubi regnaret mortalitas*).³⁹ Ista odredba je postrožena u Reformacijom CXXXVI.⁴⁰ Osim kuge, u Reformaciji XCVII Korčulanskog statuta iz 1420. g. „*O zabrani odlaženja na okužene rijeke*” nastoji se ograničiti širenje malarije zabranom odlaženja na endemska malarična područja.⁴¹

Zaključkom Velikog vijeća korčulanske općine od 14. veljače 1451. bilo je određeno da Komuna uposli liječnika Stefanusa iz grada Lucere (*medicus fizicus*) s godišnjom plaćom od 100 dukata. On je bio prvi liječnik koji je bio dužan da besplatno liječi stanovnike grada i otoka Korčule. Od XV. do XIX. stoljeća postojao je kontinuitet obrazovanih medicinskih stručnjaka u gradu i (na otoku) Korčuli i dobro organizirana Zdravstvena služba.⁴²

Gradski spisi iz vremena prvoga naleta kuge u 14. i 15. st. nisu sačuvani. Splitski kroničar Kutej opisuje simptome kuge bez podataka o umrlima.⁴³ Zapisnici Velikoga vijeća grada Splita od 1352. do 1354. svjedoče da se grad nekoliko godina kasnije oporavljao od kuge.⁴⁴ U Zadru komunalni spisi iz 1348.

³⁸ Bačić, N., *Epidemije kuge na otoku Korčuli*, Hrvatski Časopis za javno zdravstvo, vol. 3, br. 10, 7. travanj 2007.

³⁹ *Statut grada i otoka Korčule*, priredio i preveo A. Cvitanić, ur. M. Foretić, Grad Korčula, Korčula, 2002. (dalje: *Korčulanski statut*). *Korčulanski statut*, gl. CVIII. *O onima koji dolaze iz okuženih mjesta*: „Isto tako određujemo da se ni jedan građanin ili otočanin ne usudi prihvatiti kući neku osobu koja dolazi iz okuženih mjesta ili (onih) gdje hara kuga pod (prijetnjom) kazne od pedeset perpera, od kojih polovica neka pripadne komuni, a druga (polovica) prijavitelju. A ako itko uputi zahtjev (komunalnoj vlasti) u njihovu korist ili (ga) dade uputiti, neka plati komuni dvadeset pet perpera. A ako netko kupi od njih neku odjeću, neka bude prognan i izgnan na prisilni boravak s otoka na dva mjeseca.”

Detaljnije: Padovan, I., *Razmišljanja o sanitarno-higijenskim intencijama u Korčulanskom statutu*, Zbornik radova Statut grada i otoka Korčule iz 1214., Jugoslavensko viktimološko društvo – Zagreb, Samobor, 1989., str. 340-348.

⁴⁰ Korčulanski statut, Ref. CXXXVI „Neka se ne pripusti (u grad) onaj koji dolazi iz mjesta gdje kuga hara”: „Isto tako, u spomenutom Vijeću zaključeno je da 60 (glasačkih) kuglica, (a) nitko nije bio protiv, (da od sada unaprijed nitko tko dolazi iz mjesta gdje hara kuga ne smije nikako biti pripušten u grad, osim onoga ili onih kome ili kojima je do sadašnjeg dana bio dopušten boravak (u gradu).”

⁴¹ Korčulanski statut, Ref. XCVII. iz 1420: „Takoder je u istom vijeću zaključeno da se ni jedan Korčulanin stanovnik Korčule ne usudi ili drzne ući u koju okuženu rijeku od sredine mjeseca svibnja do sredine mjeseca rujna, kao što su Neretva, Bojana, Drač i (u područja) počevši od Ulcinja do Valone, (pod prijetnjom) kazne gubitka sve svoje imovine koja neka pripadne komuni. I, ta (zabrana) neka trajno važi.”

⁴² Padovan, I., *op. cit.* u bilj. 36, str. 346.

⁴³ A *Cutheis Tabula*, u: *Legende i kronike* (ur. Gligo, V., Morović, H.), Split, Književni krug, 1977., str. 185-202.

⁴⁴ „*Libri Maioris consilii civitatis Spalati 1352-1354, 1357-1359*” – „*Zapisnici Velikog vijeća grada Splita*”. Priredili Stipišić, J., Šamšalović, M., *Zbornik Zavoda za povijesne znanosti IC JAZU*, 12. – Zagreb, 1982., Str. 63 – 266.

nisu sačuvani, ali sudske parnice o nasljeđivanju iz razdoblja 1351. do 1353. daju uvid u gubitke plemićkih obitelji.⁴⁵

2.2.2. Epidemije u razdoblju 16 do 18. st.

Drugi kužni val proširio se diljem dalmatinske obale. U Korčuli je epidemija počela 1529. i trajala cijelu iduću godinu, te je malo tko preživio. Smatra se da je umrlo 1500 ljudi te da su se javili problemi kod pokapanja tolikoga broja osoba.⁴⁶ U Šibeniku se kuga pojavila u studenom 1526.⁴⁷ Iz Splita se proširila na Brač, te je u razdoblju 1525. do 1553. prema izvještajima mletačkih sindika broj stanovnika od 4500 spao na 2700.⁴⁸

U doba razvijene trgovine sa zaleđem u vlasti Osmanlija u 17. i 18. st. stanovnici primorskih gradova i otoka držali su obalne straže kako se zarazne bolesti ne bi prenijele morskim putem.⁴⁹ Obveze držanja straža dovodile su do sporova pučana i plemića.⁵⁰

U 17. st. kuga je ponovno zavladała u Pučišćima i Sutivanu 1644. godine. Prenesena je iz Splita, ali se zbog blagovremenih mjera nije proširila na ostatak Brača. Mještani su osnovali bratovštinu sv. Roka 1635., a istome je svecu posvećena crkva u Supetru 1682. Kao i u ostalim komunama, umrli se nisu ukapali na mjesna groblja u blizini crkava, nego daleko u polju i vinogradima, izvan naselja.⁵¹ Slična rješenja primjenjivana su u šibenskoj komuni gdje su komunalne vlasti donosile odluke o zabrani ukopa na pojedinim crkvenim grobljima unutar grada (npr. Sv. Kuzme i Damjana)⁵² te neposredan kontakt sudionika pogreba s tijelom preminule osobe.⁵³

⁴⁵ Ravančić, G., *Curia maior civitatis* - Najstariji sačuvani registar građanskih parnica srednjovjekovnoga Zadra (1351-1353.), Radovi Zavoda za povijesne uznanosti HAZU u Zadru, No. 43, 2001, str. 85-160.

⁴⁶ Bačić, N., *Epidemije kuge na otoku Korčuli*, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, vol. 3, br. 10, 7. travanj 2007., str. 2.

⁴⁷ Ladić, Zoran, *Epidemije kuge i zdravstvena kultura u Šibeniku u kasnom srednjem vijeku*, Povijesni prilozi 60., (2021.), str.

⁴⁸ Jutrović, A., Nekoliko podataka o kužnim bolestima na Braču, Novo doba, br. 24, od 12. rujna. 1936., str. 5.

Za ostale komune vidi: Blažina- Tomić, Z., Blažina, V., Šundrica, Z., Lonza, N., *Knjiga gospode zdravstvenih službenika 1500-1530.*, Zagreb-Dubrovnik, 2021., str. 29.

⁴⁹ Slično je obveza postojala i u drugim otočnim komunama, npr. Lastovu (gl. 87, od 12. ožujka 1489.), Mljetu, Lopudu: Detaljnije: Blagojević, M., Pod okriljem sv. Nikole i sv. Vlaha, HERAedu, Beograd, 2020. str. 493-495.

⁵⁰ Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. u bilj. 3, str. 258.

⁵¹ Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. u bilj. 3, str. 257.

⁵² *Knjiga statuta, zakona i reformacija grada Šibenika*, Muzej grada Šibenika, Šibenik 1982. (dalje: Šibenski statut), Ref. CLXXXVII od 24. ožujka 1416. „Grobnice svetaca Kuzme i Damjana neka se razruše“

⁵³ Šibenski statut, Ref. CXCI od 17. siječnja 1420. „Leševi se ne smiju ljubiti“

Krajem 18. st. kuga se preko Bosne proširila na Poljica, Knin, Sinj, Klis, Split⁵⁴ i 1784. doprla na Brač i to u Sumartin odakle se nije proširila.⁵⁵ Tijekom epidemije pomogli su franjevci, a Splićani su poslali kirurga, čuvare, grobare i dio vojske koji su na Brač krenuli jednom galijom te po dolasku organizirali sanitetsku službu. Iz razdoblja epidemija ostale su mnogobrojne zavjetne crkvice, križevi i bratovštine.⁵⁶

Osim kuge, na Braču je zabilježena i pojava velikih boginja i to u Sutivanu, 1877. kada je umrlo 14 osoba⁵⁷, te malarije u Sumartinu, o čemu saznajemo iz testamenta iz 1802. g.⁵⁸ Liječnici i kirurzi na Braču spominju se u crkvenim knjigama od 18. st., a Statut ih ne spominje za razliku od statuta susjednih komuna poput splitske i trogirске.⁵⁹

2.2.3. Djelovanje mletačke vlasti tijekom kužnih epidemija

Venecija je bila primorana organizirati brigu a zdravstvo, pa je formirala brojne institucije kojima je bila dužnost da se brinu o zdravstvu općenito, a osobito o sprečavanju širenja zaraznih bolesti. U Veneciji je postojao centralni kolegij za zdravstvo, a u svakoj pojedinoj komuni Vijeće je formiralo određena tijela najčešće nazivna „*Collegetto alla Sanita*“ ili „*Deputazioni di Sanita*“.⁶⁰ Povremeno je mletačka vlada slala posebne providure za zdravstvo koji su bili zaduženi za sprečavanje širenja kuge na način da organiziraju raskuživanje, paze da se roba ne iskrcava s brodova bez karantene i nadziru zdravstvene službe i držanje straže u priobalnim područjima.⁶¹

⁵⁴ Baras, F., *Kužne pošasti u starom Splitu* (3), www.hkv.hr, pristupljeno 22. 2. 2025.

⁵⁵ Slovinčić, V., *Kuga na Braču 1784.*, Brački zbornik 1, Split, 1940., str. 36.

⁵⁶ Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. u bilj. 3, str. 258.

⁵⁷ Jutrović, A., *Prilog proučavanju zdravstva na Braču*, Anali Historijskog instituta JAZU u Dubrovniku, 2 (1953), str. 277.

⁵⁸ Vodačić Kukec, V., *Brački testamenat*, Golden marketing Zagreb, 2002, str. 76.

⁵⁹ Jutrović, A., *Prilog proučavanju zdravstva na Braču*, op. cit. u bilj. 49, str. 279-282. ; Trogirski statut I, 58.

⁶⁰ Jutrović, A., *Mjere protiv unošenja zaraza morskim putem na otok Brač*, Pomorstvo, br. 7-8, Rijeka, 1963, str. 271.

⁶¹ Vrsalović, *Povijest otoka Brača*, op. cit. u bilj. 3, str. 259. ; Šimunković, Lj., *Kuga u proglasima Mletačke Republike*, *Acta Facultatis medicae Fluiminensis* 15/3-4 (1990), str. 69-72.

3. KAZNENA DJELA U VEZI S JAVNIM ZDRAVSTVOM

3.1. Kazneno djelo spravljanja otrovnog napitka

O kaznenom djelu pravljenja otrovnog napitka Brački statut propisuje da su knez i suci ovlašteni po svojoj ocjeni kazniti osobu *koja bi pravila neki otrovni napitak (herbariam)*.⁶² Kažnjiva je već i sama priprava napitka, a ne samo izvršeno trovanje. Vladimir Mažuranić kaže da je spremanje i davanje napitka obično bilo vezano uz određene čarolije i obratno.⁶³ Ova pitanja izazivaju pozornost, ne samo pravnika.⁶⁴

Rapski protostatut iz 1234. propisuje kako se žena koja priprema otrovne trave ne može očistiti niti željezom, tj. božjim sudom nošenja usijanog željeza, a ako otrovani umre, trovačica se spaljuje na lomači.⁶⁵

Statuti različito definiraju zločine čarobnjaštva i vještičarenja,⁶⁶ kao i kazne za njih.⁶⁷ Većina statuta određuje kazne za *herbariae*, ali samo Korčulanski⁶⁸ i Dubrovački⁶⁹ pobliže određuju njegov sadržaj.⁷⁰ Vinodolski zakon u čl. 59. prijeti trovateljici novčanom kaznom od 100 libara, a spaljivanjem u slučaju nemogućnosti plaćanja kazne.⁷¹ Po odredbama Poljičkog statuta vještica ili čarobnica, prvi put se bičuje, a ako se nađe u povratu spaljuje se.⁷² Susjedni Splitski statut propisuje isključivo kaznu spaljivanja uz potpunu ili djelomičnu konfiskaciju imovine u

⁶² Brački statut III, 8; Hvarski statut, III., 10.

⁶³ Mažuranić, V., *Prinosi za hrvatski pravno-povijesni rječnik*, JAZU, Zagreb 1908.-1922., knj. I., str. 14.

⁶⁴ Vidi, Vukelić, D., *Magija na hrvatskome povijesnom prostoru*, Školska knjiga, Zagreb 2021.

⁶⁵ Milović, Đ.; Milović Karić, G., *Tjelesne kazne u rapskom protostatutu iz 1234. godine*, *Acta medico-historica Adriatica* vol. 3, 1/2005, str. 40.

⁶⁶ O vješticama: Jutrović, A., *Uzlovi i vilenice na Braču, Hvaru i Visu u 17. veku*, Glasnik Etnografskog instituta SANU, 11-15/1962.-1966., str. 179-184.; Skrivaneli, P., *O vješticama na otoku Hvaru*, *Prilozi povijesti otoka Hvara* vol. IV, 1/1974, str. 80-90;

⁶⁷ Vidi: Grozdanić, V.; Rittossa D., *Povijesni razvoj kaznenopravnog statusa žena*, u: *Kada žena ubije* (ur. Grozdanić, V.), Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2011., str. 74 i dalje.

⁶⁸ Korčulanski statut, 17. Usp. Ređep, J., *Moć vradžbine (razmišljanja povodom XVII gl. Korčulanskog statuta)*, u: *Zbornik radova Znanstvenog skupa Statut grada i otoka Korčule iz 1214.* (ur. Šeparović, Z.), Jugoslavensko viktimološko društvo, Zagreb 1989., str. 237-249.

⁶⁹ Dubrovački statut, IV., 7.

⁷⁰ Splitski statut, IV., 87; Trogirski statut, II., 26; Skradinski, 76; Rapski statut, IV., 51; Hvarski statut, III., 10; Kotorski statut, 101. *Statuta civitatis Cathari*, Statut grada Kotora, Državni arhiv Crne Gore, Kotor 2009.

⁷¹ Vinodolski zakon, čl. 59., tekst i prijevod prema: *Srednjovjekovni zakoni i opći akti na Kvarneru*, str. 1151-1312, prir. Margetić, L., Globus, Kvarner, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2012.

Vidi i Milotić, D.; Milotić, I., *Proces protiv Dilette, Motovun - 1271. U prožimanju rimskog, kanonskog, običajnog i mletačkog prava*, Državni arhiv u Pazinu, Pazin 2022., str. 59-61; Margetić, L., *Iz starije prošlosti Raba*, u: *Istra i Kvarner*: izbor studija, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 1996., str. 249 u bilj. 79.

⁷² Poljički statut, cap. 112.

korist komune za počinitelja takvog kaznenog djela i njegova pomagača. Ako je bio bez potomaka konfiscirala bi mu se imovina u korist komune, a ako je imao samo ženske potomke, polovica imovine ostala bi njima, a druga polovica bi pripala komuni.⁷³

3.2. Zabrane glede usjeva i šuma

Prva knjiga reformacija Bračkoga statuta kažnjava sječu stabala ili grana koje daju sjenu⁷⁴ te zabranjuje sječu šuma u blizini sela i stanišća u okrugu od jedne i pol milje.⁷⁵

Za neovlašteno pobiranje tuđih plodova kažnjavani su plemići i pučani obaju spolova: plemić i plemkinja plaćali su kaznu od 25 libara malih (denara) uz gubitak službi i povlastica za plemića. Pučanin je bio dužan platiti isti iznos uz gubitak desne ruke, a pučanka isto uz utiskivanje žiga.⁷⁶

Tijekom srednjega vijeka krađe su na Braču bile učestale, zbog čega je često intervenirala mletačka uprava. Dužd Aloise Mocenigo dukalom od 29. srpnja 1701. g. zaprijetio je ostrim kaznama, naročito lopovima koji oštećuju vinograde, beru grožđe, sijeku i pale šume, voćnjake i pašnjake i to kaznom robije na galiji do tri godine, izgonom, a djeca i žene bit će izvrgnute javnom batinanju.⁷⁷

3.3. Zabrane vezane uz ograđene lokve

Lokve su bile izvor mnogih sporova jer su, kao i pašnjaci bili zajedničko vlasništvo otočana, a služile su za napajanje blaga i za snabdijevanje vodom stanovništva unutrašnjih bračkih naselja. Izvori žive vode bili su rijetki, pa se pribjegavalo sakupljanju kišnice u ograđene udubine nastale konfiguracijom tla.⁷⁸ Pranje u tuđoj ograđenoj lokvi koja služi za opskrbljivanje ljudi (vodom) kažnjava se novčanom kaznom od 5 libara malih (denara), a ako prekršitelj ne može platiti kažnjava se bičevanjem od crkve sv. Marije u Nerežšćima do crkve sv. Petra.⁷⁹ Lokvama je posvećeno više odredbi, a one vezane uz životinje spomenut će se u slijedećem poglavlju članka.

⁷³ Splitski statut, IV, 87.

⁷⁴ Brački statut, Ref. I, 35.

⁷⁵ Brački statut, Ref. I, 36, 39.

⁷⁶ Brački statut, Ref. I, 10.

⁷⁷ Vrsalović, *Povijest otoka Brača, op. cit.* u bilj. 3, str. 238.

⁷⁸ Vrsalović, *Povijest otoka Brača, op. cit.* u bilj. 3, str. 228.

⁷⁹ Brački statut, Ref. III, 5. Detaljnije: Milović. Đ., *Prilozi za povijest zdravstvene kulture*, knjiga 2, Biblioteka AMHA, Adamić, Rijeka, 2005., str. 167.

Sa odredbom o lokvama može se usporediti odredba Korčulanskoga statuta „O gradnji čatrnja“ (Ref. Gl. LVII). Pored navedenoga, Korčulanski statut sadrži niz odredaba koje se odnose na komunalnu higijenu i zaštitu okoliša: „*Postolari ne smiju napraviti svoju radionicu u gradu*“ (Ref. Gl. LIX); „*Gdje treba bacati smeće*“ (Ref. Gl. LIX.); „*O zabrani vađenja smole i pravljenja pakline izvan određenog vremena*“ (Ref. Gl. CXIX.); „*O zabrani sječe borova kraj mora za pravljenje pakline*“ (Ref. Gl. LXXXV.).

4. ODREDBE O ŽIVOTINJAMA RELEVANTNE ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Obzirom na veliki broj statutarnih odredbi posvećenih životinjama i njihov pomor u naletima kuge,⁸⁰ nije neosnovano govoriti o pojmu veterinarsko javno zdravstvo.⁸¹ Najstariji su poznati stanovnici Brača bili ilirski stočari, a neki pretpostavljaju da naziv Brača potječe od riječi *brentos* što znači jelen.⁸² U stočarstvu je bio najvažniji uzgoj ovaca, koza, mazgi, mula, magaraca, goveda, svinja i konja. Krajem 14. st. počele su se uzgajati i pčele.⁸³

Statutom je zabranjeno kretanje životinja po poljima i vinogradima. (I, 21). Stoka sitnoga zuba nije se smjela voditi po poljima niti je smjela zaći u polja (III, 3). Gospodar, gastald, pastir ili čuvar nije smio svoje ili tuđe životinje napasati po bračkim zaseocima koji su okruženi vrtovima i vrtačama (Ref. I, 16). Nijedan stranac nije smio držati životinje na otoku (Ref. I, 53). Životinje su do blagdana sv. Dujma morale biti označene žigom.⁸⁴ Životinje krupnoga zuba nisu se smjele napajati u tuđoj ograđenoj lokvi niti svoje životinje u tuđoj lokvi.⁸⁵ Gastald i pastir bili su dužni donijeti dio sira i sirutke koji je pripadao vlasniku životinje u njegovu kuću, a vlasnik stoke davao im je magarce na kojim asu dogonili sir i sirutku (IV, 38).

⁸⁰ Jutronić, A., *Bračka naselja i podrijetlo njegovog stanovništva*, u: Brački zbornik 1, str. 8-17.

⁸¹ Veterinarsko javno zdravstvo. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2025. Pristupljeno 21.2.2025. <<https://www.enciklopedija.hr/clanak/veterinarsko-javno-zdravstvo>>.

⁸² Džaja, P., Severin, K., Grabarević, Ž., Agićić, D. Mihalj, J., Kajganić, M., Statut Bračke komune iz 1305. g. o životinjama i proizvodima životinjskoga podrijetla, Hrvatski veterinarski vjesnik 21, br. 3/4, 2013., str. 59-64.

⁸³ Jutronić, A., *Prilog poznavanju stočarstva na Braču*, Geografski glasnik, br. 11-12, Zagreb, 1950, str. 118-132.

⁸⁴ Brački statut III, 34.

⁸⁵ Brački statut, IV, 26, 42; Ref. I, 26, 27.

Posebna se pažnja posvećuje ribarstvu⁸⁶ i pčelarstvu.⁸⁷ Ribarstvo se počelo razvijati od 15. st., nakon što je prestala opasnost od gusara.⁸⁸

Neki statuti dalmatinske pravne regije poznaju karantenu za životinje. Tako npr. Paški statut⁸⁹ posebno uređuje dovoz i prijevoz stoke zbog prevencije širenja zaraznih bolesti. Pažani su mogli slobodno dopremiti stoku svih vrsta radi prodaje ili prijevoza,⁹⁰ kao i stoku za klaonice i prodaju,⁹¹ dok je strancima bio jedino dopušten prijevoz stoke preko otoka u roku od osam dana IV, 69.⁹² Statut precizno utvrđuje mjesta istovara, gonjenja i držanja stoke.⁹³

⁸⁶ Brački statut, Ref. I, 45.

Veliki dio dalmatinskih komuna zabranjuje prodaju ribe prije njena iskrcaja iz broda. U Šibeniku se riba prodavala na rivi ili u mesnici, u Trogiru u luci ili na tržnici. Splitski statut (IV, 116) naglašava da riba mora biti svježa i prodana istog dana osim na korizmeni dan kada je bilo dopušteno prodati je sljedeći dan ujutro. U Splitu se riba prodavala isključivo na ribljem trgu kada ribari stignu u gradsku luku, stojeći i prema cijenama utvrđenima statutom. Reformacija 22 Splitskoga statuta od 25. studenoga 1358. godine propisuje da se daće carine mesnice i ribarnice daju u zakup i ustupaju prema starim uvjetima s novim dodatkom koji propisuje spomenuta reformacija. Reformacija 23 Splitskog statuta propisuje dužnost plaćanja komuni osmoga dijela prihoda za svakoga tko dovozi ribu morem ili kopnom u grad Split, njegov distrikt i izvan njega, bilo da je prodaje ili nosi kući.

Na Hvaru (V, 36) je prodavačima ribe bilo zabranjeno nositi šešir i bilo kakva pokrivala na glavi. Specifične su odredbe Rapskog statuta (IV, 6) koji određuje da se riba može prodavati čak i bez vage, prodavači su smjeli nositi pokrivala za glavu ali nisu smjeli sjediti tijekom prodaje.

Detaljnije: Džaja, P., Severin, K., Čurković, M., Polić, M., Gjurčević, E., *Ribarstvo na prostorima Republike Hrvatske do 16. st.*, Hrvatski veterinarski vjesnik 29, br. 2, 2021., str. 1-9.; Florence Fabijanec, S., *Od tržnice do luke, Trgovačka svakodnevica kasnoga srednjeg vijeka, Kolo – časopis Matice Hrvatske*, br. 4, 2006., str. str. 188-288. Ista: *Pomorstvo na istočnom Jadranu: trgovački promet i pomorske opasnosti krajem srednjega vijeka i početkom modernoga doba, Historijski zbornik*, god. LXV (2012), br. 1, str. 41-64.; Basioli, J., *Ribarski propisi u statutima dalmatinskih gradova i komuna*, AM 3 (1979), str. 21.

⁸⁷ Brački statut, Ref. I, 4.

⁸⁸ Bračke ribolovne „pošte“ nisu bile bogate ribom, zbog čega su brački ribari često lovili na lovištima Hvara i Visa, što je dovodilo do sporova. Detaljnije: Cvitanić, A., *Uvod u Brački statut*, op. cit. u bilj. 7, str. 41.

⁸⁹ Čepulo, D., *Pravna baština i društveno okruženje Paškog statuta*, u: *Statut paške općine* (ur. Čepulo, D.), Matica hrvatska Pag, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Pag – Zagreb 2011., str. 29-118, str. 95, nota 273.

⁹⁰ Paški statut IV, 68.

⁹¹ Paški statut VI, 50.

⁹² Paški statut IV, 69.

⁹³ Paški statut IV, 68. Dognana stoka mogla se držati u karanteni na istočnom dijelu poluotoka koji omeđuje ulaz u Paški zaljev. Stoka je bila smještena na izoliranom području s najslabijim pašnjacima, a dobro prometno orijentiranom prema kopnu. Ako su životinje dolazile „slavenskim putem“ iz ugarsko-hrvatskog zaleđa, tada ih je trebalo prebaciti preko rta Ždrilac na jugoistočnoj strani otoka najbližoj kopnu (danas je to rt Fortica na kojem je smješten Paški most) i dognati na navedeno područje bez ispaše na otoku. Bolesne je životinje trebalo odmah odvesti barkom, a ako ih je bilo malo, trebale su biti odrane u klaonici, dok je njihov prijevoz otokom bio zabranjen.

5. ZAKLJUČAK

Granični položaj na križanju političkih i kulturnih djelovanja i nedostatak gradskih naselja utjecali su na reguliranje javno-zdravstvenih pitanja na Braču. Brački statut iz 1305. temeljno je, premda ne i jedino vrelo bračkoga srednjovjekovnoga prava za pitanja javnoga zdravstva koja su zastupljena u sve četiri knjige Statuta iz 1305. te u tri knjige Reformacija, a u koje se mogu ubrojiti pitanja vezana uz zarazne bolesti, kaznena djela iz domene javnoga zdravstva te veterinarsko javno zdravstvo.

Zbog nedovoljne organizacije vezane uz zaštitu od zaraznih bolesti i maloga broja zdravstvenoga osoblja, epidemije su često harale otokom. Ref. II, 4 Bračkoga statuta iz 1430. g. donosi iznimku od redovitoga postupka pravljenja testamenta u doba kuge koja se može usporediti sa rimskim *testamentum pestis tempore*. U statute neretvanske oblasti spada i Korčulanski statut u koji je 1420. g. unesena Ref. XCVII o zabrani primanja u kuću osoba koje dolaze iz krajeva gdje vladaju zarazne bolesti koja predstavlja pooštrenu verziju gl. CVIII. iz 1265. g.

Javno-zdravstvene odredbe Bračkoga statuta nastale su po uzoru na gradove sa Apeninskoga poluotoka uz specifičnosti koje su posljedica ruralnoga karaktera otoka. U 16. st. kuga se proširila iz Splita i uzrokovala veliki pomor stanovništva i životinja. U 17. i 18. st. u doba razvijene trgovine sa zaleđem, ustanovljene su obalne straže kako bi se spriječilo prenošenje kuge morskim putem. U 18. st. kuga je ostala lokalizirana na Sumartinu uz pomoć koja je stigla iz Splita. U 19. st. zabilježene su velike boginje i malarija. Liječnici se ne spominju u statutu, a o njihovom postojanju svjedoče matične knjige od 18. st.

Mletačka je vlada povremeno slala providure za zdravstvo, koji su bili zaduženi za sprečavanje širenja kuge na način koji je primjenjivan u gradovima Apeninskoga poluotoka.

Među kaznena djela u vezi s javnim zdravstvom mogu se ubrojiti čarobnjaštvo odnosno spravljanje otrovnih napitaka, uništavanje usjeva i šuma, kaznena djela vezana uz očuvanje lokvi i dr.

Zbog velikoga broja odredbi o životinjama u Bračkome statutu može se govoriti o elementima veterinarskoga javnoga zdravstva usmjerenome na sprečavanje zoonoza i osiguravanje uzgoja zdravih životinja te zdravstveno ispravnih životinjskih proizvoda.

Izvori srednjovjekovne bračke komune (Statut, dukale mletačke vlasti, bilježnički zapisi, odluke kneza) ukazuju da je bračka komuna glede javnozdravstvenih odredbi djelovala u skladu s onovremenim europskim zdravstveno-higijenskim mjerama i medicinskim standardima uz specifičnosti

koje se odnose na ruralni karakter otoka. Komunalne vlasti, djelomično pod utjecajem odredbi središnjih mletačkih vlasti u Veneciji, donosile su statutarne odredbe vezane uz javnozdravstvene mjere u komuni.

LITERATURA

Knjige i članci

1. Abramović, V., Povijest medicine i historija zdravstvene kulture. Bibliografija Srbije, Hrvatske i Slovenije., *Acta Historica Medicinæ, Pharmaciæ, Veterinæ*, 32(1), str. 149–190.
2. Bačić, N., Epidemije kuge na otoku Korčuli, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 3(10), 7. travnja 2007.
3. Bailey, M., *After the Black Death: Economy, Society, and the Law in Fourteenth-Century England. The Ford Lectures for 2019*, Oxford University Press, Oxford, 2021.
4. Bajić-Žanko, N., Split kao trgovačko i tranzitno središte na razmeđu istoka i zapada u 18. st., *Književni krug*, Split, 2004.
5. Baras, F., Kužne poštasti u starom Splitu (3), www.hkv.hr, pristupljeno 22. 2. 2025.
6. Bartulović, Ž., Povijest prava države (I. dio – Opća povijest prava i države), Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2014.
7. Bartulović, Ž.; Erent Sunko, Z.; Pezelj, V., Spolno zlostavljanje i druga kaznena djela nasilja nad ženama u zakonima srednjovjekovnog germanskog prava s naglaskom na Lex Salica i Lex Ribuarica, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 39(3), 2018., str. 921–945.
8. Bartulović, Ž.; Radić, Ž., Pravna ostavština Frankapana, u: Srdoč-Konestra, I.; Potočnjak, S. (ur.), *Putovima Frankopana*, Primorsko-goranska županija, Rijeka, 2018., str. 375–428.
9. Basioli, J., Ribarski propisi u statutima dalmatinskih gradova i komuna, *Adriatica maritima Zavoda za povijesne znanosti u Zadru*, 3(1979), str. 5–61.
10. Blagojević, M., *Pod okriljem sv. Nikole i sv. Vlaha*, HERAedu, Beograd, 2020.
11. Blažina Tomić, Z., Kacamorti i kuga, utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku, *HAZU*, Zagreb – Dubrovnik, 2007.
12. Blažina-Tomić, Z.; Blažina, V.; Šundrica, Z.; Lonza, N., *Knjiga gospode zdravstvenih službenika 1500–1530.*, Zagreb–Dubrovnik, 2021.
13. Brački zbornik, Jutronić, A. (ur.), 1, *Književni krug*, Split, 1940.
14. Carbone, M., Epidemije i pravo u antičkom svijetu: od Tukidida do Prokopija iz Cezareje, *Godišnjak Udruženja Bathinvs Acta Illyrica Online*, ISSN 2744-1318.
15. Cerineo, A., Nekoliko riječi o postanku, redakciji i važnosti Statuta i Reformacija otoka Brača, *Brački zbornik*, 1, *Književni krug*, Split, 1940., str. 90–96.

16. Cvitanić, A., Pravnopovijesno značenje Povaljske listine, u: Spomenica u povodu 500. obljetnice dominikanskog samostana u Bolu, Provincijalat Hrvatske dominikanske provincije, Zagreb, 1976., u: Cvitanić, A., Iz dalmatinske pravne povijesti, Književni krug, Split, 2002., str. 407–429.
17. Cvitanić, A., Tragom rada jednog našeg pravnika-krivičara iz XVII. stoljeća, u: Cvitanić, A., Iz dalmatinske pravne povijesti, Književni krug, Split, 2002., str. 749–758.
18. Cvitanić, A., Usporedba Vinodolskog zakona i dalmatinskih statuta, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 29(1–2), Split, 1992., u: Cvitanić, A., Iz dalmatinske pravne povijesti, Književni krug, Split, 2002., str. 701–715.
19. Cvitanić, A., Zdravstvo u Trogiru prema Statutu iz 1322., u: Cvitanić, A., Iz dalmatinske pravne povijesti, Književni krug, Split, 2002., str. 303–310.
20. Cvitanić, A., Slavenski pravni elementi u statutarnom uređenju Poljica, Brača i Splita, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, Split, 1963., u: Cvitanić, A., Iz dalmatinske pravne povijesti, Književni krug, Split, 2002., str. 43–66.
21. Čepulo, D., Hrvatska pravna povijest u europskom kontekstu, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2023.
22. Čepulo, D., Pravna baština i društveno okruženje Paškog statuta, u: Čepulo, D. (ur.), Statut paške općine, Matica hrvatska Pag, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Pag – Zagreb, 2011., str. 29–118.
23. DeWitte, S. N., Selectivity of Black Death Mortality with Respect to Preexisting Health, doktorska disertacija, University of California, Berkeley, The National Academy of Sciences of the USA, 2008.
24. Dokoza, S., Dinamika otočnog prostora: Društvena i gospodarska povijest Korčule u razvijenom srednjem vijeku, Književni krug, Split, 2009.
25. Džaja, P.; Severin, K.; Grabarević, Ž.; Agičić, D.; Mihalj, J.; Kajganić, M., Statut Bračke komune iz 1305. g. o životinjama i proizvodima životinjskoga podrijetla, Hrvatski veterinarski vjesnik, 21(3–4), 2013., str. 59–64.
26. Džaja, P.; Severin, K.; Ćurković, M.; Polić, M.; Gjurčević, E., Ribarstvo na prostorima RH do 16. st., Hrvatski veterinarski vjesnik, 29(2), 2021., str. 1–9.
27. Eager, J. M., The Early History of Quarantine, Yellow Fever Institut Bulletin, 12, Washington, 1903.
28. Epidemija, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013–2024. Pristupljeno 14. 3. 2025. <https://www.enciklopedija.hr/clanak/epidemija>.
29. Firth, J., The History of Plague, Part I: The Three Great Pandemics, History, 20(2). Dostupno na: <https://jmvh.org/articl/the-history-of-plague-part-1-the-three-great-pandemics>. Posjećeno 12. 2. 2025.

30. Florence Fabijanec, S., Hygiene and Commerce: The Example of Dalmatian Lazarettos from the Fourteenth Until the Sixteenth Century, *Ekonomika i ekohistorija*, 4(4), 2008., str. 115–133.
31. Florence Fabijanec, S., Od tržnice do luke: Trgovačka svakodnevica kasnoga srednjeg vijeka, *Kolo – časopis Matice Hrvatske*, 4, 2006., str. 188–288.
32. Florence Fabijanec, S., Pomorstvo na istočnom Jadranu: Trgovački promet i pomorske opasnosti krajem srednjega vijeka i početkom modernoga doba, *Historijski zbornik*, LXV(1), 2012., str. 41–64.
33. Grozdanić, V.; Rittossa, D., Povijesni razvoj kaznenopravnog statusa žena, u: Grozdanić, V. (ur.), *Kada žena ubije*, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2011., str. 15–110.
34. Heka, L., Prisega kao dokazno sredstvo u Vinodolskom zakonu, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 41(2), 2020., str. 547–564.
35. Jaramaz Reskušić, I., Kazneni sustav u Šibeniku od 14. do 16. st., *Gradska knjižnica Juraj Šižgorić, Šibenik*, 1996.
36. Jedwab, R.; Johnson, N. D.; Koyama, M., The Economic Impact of the Black Death, *GMU Working Paper in Economics*, No. 20-45, 18. 8. 2020. Dostupno na: <https://ssrn.com/abstract=3689980>. Posjećeno 1. 2. 2025.
37. Jutronić, A., Apostolska vizitacija otoka Brača 1579. g., *Croatia sacra*, 5, Zagreb, 1933., str. 62–88.
38. Jutronić, A., *Bibliografija otoka Brača*, Skupština općine Brač, Supetar, 1971.
39. Jutronić, A., Bračka naselja i podrijetlo njegova stanovništva, u: *Brački zbornik*, 1, str. 8–17.
40. Jutronić, A., Nekoliko podataka o kužnim bolestima na Braču, *Novo doba*, 24, 12. 9. 1936., str. 5.
41. Jutronić, A., Prilog proučavanju zdravstva na Braču, *Anali Historijskog instituta JAZU u Dubrovniku*, 2, 1953., str. 277–282.
42. Jutronić, A., Prilog poznavanju stočarstva na Braču, *Geografski glasnik*, 11–12, Zagreb, 1950., str. 118–132.
43. Jutronić, A., Uzlovi i vilenice na Braču, Hvaru i Visu u 17. veku, *Glasnik Etnografskog instituta SANU*, 11–15, 1962–1966., str. 179–184.
44. *Karantena*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013–2024. Pristupljeno 15. 3. 2025. <https://enciklopedija.hr/clanak/karantena>.
45. Karbić, D.; Karbić, M., *The Laws and Customs of Medieval Croatia and Slavonia – A Guide to the Extant Sources*, UCL School of Slavonic and East European Studies, London, 2013.

46. Kovačić, N., Tijelo kao dokaz: Medicinska vještačenja u postupcima kaznenog suda u Dubrovniku u 18. st., HAZU, Zavod za povijesne znanosti u Dubrovniku, Zagreb–Dubrovnik, 2020.
47. Ladić, Z., Epidemije kuge i zdravstvena kultura u Šibeniku u kasnom srednjem vijeku, *Povijesni prilozi*, 60, 2021., str. 39–73.
48. Ladić, Z., O šibenskim hospitalima i leprozorijima kasnog srednjeg vijeka prema bilježničkim spisima, u: Kurelac, I. (ur.), *Šibenik od prvog spomena: Zbornik radova s međunarodnog znanstvenog skupa 950 godina od prvog spomena Šibenika*, Muzej grada Šibenika – HAZU, Zagreb, 2018., str. 153–174.
49. Lazaret, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013–2024. Pristupljeno 15. 3. 2024. <https://www.enciklopedija.hr/clanak/lazaret>.
50. *Leksikon hrvatskoga srednjovjekovlja*, Šanjek, F.; Grbavac, B. (prir.), Školska knjiga, Zagreb, 2018.
51. Margetić, L., Iz starije prošlosti Raba, u: Istra i Kvarner: izbor studija, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 1996.
52. Margetić, L., Nasljedno pravo descendenata po srednjovjekovnim statutima Šibenika, Paga, Brača i Hvara, *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 22(3), 1972., str. 215–247.
53. Margetić, L., Neka pitanja Povaljske listine, *Archaeologia Adriatica*, 2(2), 2008., str. 611–621.
54. Margetić, L., *Opća povijest države i prava (Nacrt predavanja)*, 3. izdanje, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 1985.
55. Mažuranić, V., *Prinosi za hrvatski pravno-povijesni rječnik*, JAZU, Zagreb, 1908–1922.
56. Milotić, D.; Milotić, I., Proces protiv Dilette: Motovun – 1271. U prožimanju rimskog, kanonskog, običajnog i mletačkog prava, *Državni arhiv u Pazinu*, Pazin, 2022.
57. Milović, Đ., Problemi zagađivanja mora i okoline u svjetlu starih statuta kvarnerskog priobalja i šire, u: *Prilozi za povijest zdravstvene kulture*, 2, Biblioteka AMHA, Adamić, Rijeka, 2005.
58. Milović, Đ.; Milović Karić, G., Tjelesne kazne u rapskom protostatutu iz 1234. godine, *Acta medico-historica Adriatica*, 3(1), 2005., str. 37–42.
59. Miović, V., Dubrovački ples s kugom: Vrijeme lazareta na Pločama, HAZU, Zavod za povijesne znanosti u Dubrovniku, Zagreb–Dubrovnik, 2022.
60. Ostojić, I., *Benediktinska opatija u Poveljima na otoku Braču*, Split: [s. n.], (Zagreb: Nadbiskupska tiskara), 1934.
61. Padovan, I., Razmišljanja o sanitarno-higijenskim intencijama u Korčulanskom statutu, u: *Statut grada i otoka Korčule iz 1214.*, Jugoslavensko viktimološko društvo – Zagreb, Samobor, 1989., str. 340–348.

62. Pezelj, V.; Erent Sunko, Z.; Dajak, M., Pravnopovijesni modeli suzbijanja pandemijskih ugroza kao podloga razumijevanju suvremenih zdravstvenih izazova, u: 5. kongres KOKOZ-a i 7. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Novi Vinodolski, 19–21. travnja 2024., str. 1–26.
63. Rački, F., Najstarija hrvatska ćirilicom pisana listina, *Starine JAZU*, 13, Zagreb, 1881., str. 196–211.
64. Radić, Ž., Jerolim Mičelović – Michieli: A Penologist from the XVII Century and His *Pratica Criminale*, *Annals of the Faculty of Law in Belgrade*, *Belgrade Law Review*, LVIII(3), 2010., str. 176–185.
65. Raukar, T., O sjedištu hvarske biskupije u 12. i 13. stoljeću, u: Tarbušković, V. (ur.), *Crkve i crkvice Staroga Grada, Stari Grad*, 2009., str. 8–21.
66. Raukar, T., Srednjovjekovni Brač na razmeđu društava, u: Raukar, T., *Studije o Dalmaciji u srednjem vijeku (odabrane teme)*, Književni krug Split, 2007., str. 357–369.
67. Ravančić, G., Historiografija o epidemiji Crne smrti s polovice 14. stoljeća, *Povijesni prilozi*, 26(33), 2007., str. 195–213.
68. Ravančić, G., *Curia maior ciuiliū – Najstariji sačuvani registar građanskih parnica srednjovjekovnoga Zadra (1351–1353.)*, *Radovi Zavoda za povijesne znanosti HAZU u Zadru*, 43, 2001., str. 85–160.
69. Redep, J., Moć vradžbine (razmišljanja povodom XVII gl. Korčulanskog statuta), u: Šeparović, Z. (ur.), *Zbornik radova Znanstvenog skupa Statut grada i otoka Korčule iz 1214.*, Jugoslavensko viktimološko društvo, Zagreb, 1989., str. 237–249.
70. Sehdev, P. S., *The Origin of Quarantine*, *Clinical Infectious Diseases*, 35, 2002.
71. Skrivaneli, P., O vješticama na otoku Hvaru, *Prilozi povijesti otoka Hvara*, IV(1), 1974., str. 80–90.
72. Stipišić, J.; Šampalović, M., „*Libri Maioris consilii civitatis Spalati 1352–1354, 1357–1359*“ – Zapisnici Velikog vijeća grada Splita, *Zbornik Zavoda za povijesne znanosti IC JAZU*, 12, Zagreb, 1982., str. 63–266.
73. Šimunković, Lj., Kuga u proglasima Mletačke Republike, *Acta Facultatis Medicae Fluminensis*, 15(3–4), 1990., str. 69–72.
74. Škrobonja, A., Javnozdravstveni odsjaji u statutima gradova na hrvatskoj obali Jadrana iz XIII. i XIV. stoljeća, *Medicus*, 21(1), UGI, 2012., str. 159–164.
75. Učur, M. Đ.; Bartulović, Ž., Nomotehnički aspekti Vinodolskog zakona iz 1288. godine, *Grobnički zbornik*, 11, 2021., str. 38–47.
76. Veterinarsko javno zdravstvo, *Hrvatska enciklopedija*, mrežno izdanje, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013–2025. Pristupljeno 21. 2. 2025. <https://www.enciklopedija.hr/clanak/veterinarsko-javno-zdravstvo>.
77. Vodanović Kukec, V., *Brački testamenat*, Golden marketing, Zagreb, 2002.

78. Vrsalović, M., Prinos iz bračkih starina – Emprunté à quelques documents de l'île de Brač, Vjesnik za arheologiju i historiju dalmatinsku, L (za 1928. i 1929.), Split, 1932., str. 274–295.
79. Vrsalović, D., Povijest otoka Brača, Brački zbornik, 6, Štamparsko poduzeće „Franjo Kluz“, Omiš, 1969.
80. Vukelić, D., Magija na hrvatskome povijesnom prostoru, Školska knjiga, Zagreb, 2021.
81. World Health Organisation, WHO Expert Committee on Plague, Fourth Report, World Health Organization Technical Report Series, 447, Geneva, str. 1–25.
82. Zbornik radova Statut grada i otoka Korčule iz 1214., Jugoslavensko viktimološko društvo – Zagreb, Samobor, 1989.

Pravna vrela

1. *A Cutheis Tabula*, u: Gligo, V.; Morović, H. (ur.), *Legende i kronike*, Književni krug, Split, 1977.
2. *Srednjovjekovni statut bračke komune*, Cvitanić, A. (ur.), 2. izd., Književni krug, Split, 2006.
3. *Codex Diplomaticus: Diplomatički zbornik Kraljevine Hrvatske, Dalmacije i Slavonije*, sv. IV, Smičiklas, T. (ur.), JAZU, Zagreb, 1906.
4. *Cresko-osorski statut*, u: Margetić, L. (prir.), *Srednjovjekovni zakoni i opći akti na Kvarneru*, Globus, Kvarner, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2012., str. 1151–1312.
5. Čepulo, D., *Statut Paške općine*, Matica hrvatska Pag, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Pag – Zagreb, 2011.
6. *Hvarski statut*, Cvitanić, A. (prir. i prev.), Književni krug, Split, 1991.
7. *Knjiga statuta, zakona i reformacija grada Šibenika*, Muzej grada Šibenika, Šibenik, 1982.
8. *Statut grada i otoka Korčule*, Cvitanić, A. (prir. i prev.), Foretić, M. (ur.), Grad Korčula, Korčula, 2002.
9. *Lastovski statut*, Radić, Ž. (ur.), Književni krug, Split, Općina Lastovo, 2. prošireno izd., Split, 2024.
10. *Mljetki statut*, Književni krug, Split, Zavičajni klub „Mljet“, Split – Dubrovnik, 2002.
11. *Poljički statut*, Cambi, N.; Tomić, N.; Radić, Ž.; Radović, D.; Rodić, P.; Mišerda, N. (ur.), Društvo Poljičana sv. Jure Priko, Književni krug, Omiš – Split, 2019.
12. *Poljički statut*, Pera, M. (ur.), Književni krug, Split, 1988.
13. *Statuta civitatis Cathari: Statut grada Kotora*, Državni arhiv Crne Gore, Kotor, 2009.
14. *Statut grada Dubrovnika 1272.*, Historijski arhiv Dubrovnik, Dubrovnik, 1990.

15. *Statut grada Skradina*, Matica hrvatska Skradin, Zagreb – Skradin, 2002.
16. *Statut grada Splita: Splitsko srednjovjekovno pravo*, Cvitanić, A. (prev.), Književni krug, Split, 1998.
17. *Statut grada Trogira*, Splitski književni krug, Split, 1987.
18. *Statuta Jadertina – Zadarski statut sa svim reformacijama odnosno novim uredbama donesenim do godine 1563.*, Matica hrvatska Zadar, Hrvatski državni arhiv, Zadar – Zagreb, 1997.
19. *Vinodolski zakon*, u: Margetić, L. (prir.), *Srednjovjekovni zakoni i opći akti na Kvarneru*, Globus, Kvarner, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, 2012., str. 1151–1312.

SOME ISSUES OF PUBLIC HEALTH IN MEDIEVAL BRAČ (ON THE OCCASION OF THE 720TH ANNIVERSARY OF THE STATUTE OF BRAČ)

This paper analyses the issues of public health in the medieval Statute of Brač from 1305 in comparison with other statutes of the Dalmatian legal region. It is questioned in what ways the solutions of statutory law are in accordance with general tendencies, and what are its possible specifics.

The analysis of notarial records and archival material determines the extent to which the statutory provisions were applied in everyday life.

The public health regulations were adopted on the model of those from the cities of the Apennine Peninsula, taking into account the specifics of the Commune itself, which connects the Statute of Brač with other statutes and the European space and the roots of the legal systems of modern European integration.

Key words: *Statute of Brač, 14th century, Dalmatian statutory law, public health*

Prof. dr. sc. Marija Boban*

ZAŠTITA ZDRAVSTVENOG SEKTORA OD KIBERNETIČKIH NAPADA I MJERE I POSTUPCI ZA JAČANJE KIBERNETIČKE SIGURNOSTI BOLNICA I PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

UDK: 614:004

614.21:004

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 9. ožujka 2025.

Digitalna transformacija gospodarstva i društva ubrzala se posljednjih godina što je otvorilo mnoge nove mogućnosti, ali i razne potencijalne prijetnje poput kibernetičke sigurnosti. Današnji život se sve više oslanja na digitalne tehnologije, te samim time kibernetički napadi postaju sve učestaliji. Gledajući s jedne strane, to je bilo iznimno korisno za ekonomiju i potrošače tijekom oporavka od krize izazvane korona virusom, ali s druge strane otvorilo je put za porast kibernetičkog kriminala. Sektori koji se najviše oslanjaju na digitalne tehnologije, odnosno na mrežni informacijski sustav najviše su izloženi riziku od kibernetičkih napada, a tu najčešće ubrajamo zdravstvo, promet, energetiku, sigurnost, telekomunikacije i obranu. Digitalizacija iz korijena mijenja zdravstveni sustav i zdravstvo u cjelini jer je usmjerena osiguravanju više kvalitete usluge pacijentima temeljen na inovacijama kao što su elektronički zdravstveni zapisi, telemedicina i dijagnostika uz pomoć novih tehnologija, prvenstveno umjetne inteligencije. Međutim, usporedno s digitalizacijom razvijaju se novi rizici i nove opasnosti u vidu kibernetičkih napada koji postaju nova stvarnost i mogu imati ozbiljne posljedice za zdravstveni sektor. Autorica na tom tragu u radu analizira aktualne rizike i istražuje primjenu aktualnog regulativnog okvira kojima se regulira kibernetička sigurnost i zaštita zdravstvenog sektora od kibernetičkih napada uz prikaz obveznih (zakonom definiranih) mjera i postupaka tehničke i organizacijske zaštite za jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: *kibernetički napadi, kibernetička sigurnost, mjere zaštite, regulativni okvir, sigurnost, zdravstvo*

1. UVOD

U suvremenom umreženom svijetu kibernetički kriminalitet postaje su postali ozbiljna prijetnja unutarnjoj sigurnosti Europske unije i sigurnosti svih sudionika

* Prof. dr. sc. Marija Boban, redovita profesorica na Katedri za informacijske znanosti i statistiku Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, e-mail: marija.boban@pravst.hr, ORCID: 0000-0001-6075-8794.

na internetu.¹ Kibernetički kriminalci vješto iskorištavaju situaciju sveprisutnosti građana na internetu te su posebno usmjereni na e-trgovinu, e-plaćanja, kao i na zdravstveni sustav. Upravo iz ovih razloga kibernetička sigurnost je postala jedan od važnih prioriteta kako Hrvatske, tako i Europske unije.² Danas, kibernetička sigurnost igra ključnu ulogu u digitalnom svijetu. Zaštita podataka jedan je od temelja, iz razloga povećane količine osjetljivih informacija koje se pohranjuju i razmjenjuju u digitalnom prostoru, a sigurnost je od iznimnog značaja za zaštitu osobnih, financijskih i poslovnih podataka od prijevare i krađe. Očuvanje povjerenja je jako bitno kako bi organizacije ostvarivale povjerenje između svojih korisnika i klijenata te kako bi se očuvala reputacija.³ Isto tako fokus je na prevenciji financijskih gubitaka jer kibernetički napadi mogu rezultirati velikim financijskim gubicima za pojedine organizacije, odnosno tvrtke, što znači da ulaganje u sigurnost može pomoći smanjiti te rizike. Kritična infrastruktura, poput energetskih mreža, transportnih sustava i zdravstvenih usluga ovisi o sigurnim informacijskim sustavima. Kibernetička sigurnost ključna je za zaštitu sustava od potencijalnih napada koji bi mogli rezultirati katastrofalnim posljedicama. Mnoge organizacije podliježu strogim zakonima, odnosno propisima vezanima uz zaštitu podataka. Usklađenost s tim propisima pomaže u izbjegavanju pravnih posljedica, te osigurava da se podaci svih korisnika pravilno zaštite.⁴ Kako se tehnologija razvija, tako i metode napada također evoluiraju. Sigurnost u kibernetičkom prostoru neophodna je za odgovor na nove prijetnje koje uključuju sofisticirane napade koji koriste umjetnu inteligenciju te druge napredne tehnike. Sigurni digitalni sustavi potiču inovacije i razvoj novih tehnologija, te sami korisnici kada postanu sigurni u digitalne transakcije, postaju spremniji prihvatiti nove digitalne usluge i proizvode. Kibernetička sigurnost temeljna je komponenta modernog poslovanja i svakodnevnog života koja osigurava sigurnost i stabilnost u digitalnom okruženju. Podizanje svijesti o kibernetičkoj sigurnosti treba biti kontinuirani proces koji će uključivati razne edukacije, primjerne simulacije, te podatke o najnovijim oblicima digitalnih prijetnji. Samim podizanjem svijesti

¹ Backman, S. (2022). Risk vs. threat-based cybersecurity: the case of the EU. *European Security*, 32(1), 85–103. <https://doi.org/10.1080/09662839.2022.2069464>

² Carrapico, H.; Barrinha, A., *European Union cyber security as an emerging research and policy field*, *European Politics and Society*, 19(3), 2018., str. 299–303, <https://doi.org/10.1080/23745118.2018.1430712>

³ Flonk, D.; Jachtenfuchs, M.; Obendiek, A., *Controlling internet content in the EU: towards digital sovereignty*, *Journal of European Public Policy*, 31(8), 2024., str. 2316–2342, doi:10.1080/13501763.2024.2309179

⁴ Dunn Cavelty M.; Smeets M., *Regulatory cybersecurity governance in the making: the formation of ENISA and its struggle for epistemic authority*, *Journal of European Public Policy*, 30(7), 2023., str. 1330–1352, doi:10.1080/13501763.2023.2173274

Boban, M., *E-zdravlje: zaštita osobnih podataka u novim uvjetima*, Zbornik radova 1. Kongresa KOKOZ-a i 3. Hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Rabac, Hrvatska, 2019., str. 41–72.

pospješujemo prevenciju napada koja se u većini slučajeva pojavljuje kao izvor ljudske pogreške. Isto tako podizanjem svijesti omogućavamo bržu reakciju na napad gdje osobe koje znaju na koji način reagirati na sigurnosnu prijetnju mogu momentalno djelovati, čime se krucijalno umanjuje nastala šteta. Zbog svih ovih razloga vrlo je bitno podizanje svijesti o mogućim kibernetičkim prijetnjama, te spoznaja na koje se načine od njih zaštititi. Prilikom izrade ovog rada korištena je znanstvena i stručna literatura iz područja informacijske sigurnosti, te sekundari podaci sa službenih Internet stranica na kojima su objavljeni radovi, članci, analize, istraživanja i tekstovi koji se odnose na navedeno tematsko područje. Cilj je istaknuti prijetnje koje predstavljaju kibernetički napadi, te ukazati na važnost informacijske sigurnosti i zaštite zdravstvenog sektora od kibernetičkih napada te provođenja mjera i postupaka za jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite.

2. INFORMACIJSKA SIGURNOST I ZAŠTITA PODATAKA U ZDRAVSTVU

2.1. Informacijska sigurnost

Pojam informacija susreće se u različitim sferama života od svakodnevnih do tehničkih i znanstvenih. Može se definirati kao skup podataka s pripisanim značenjem i kao osnovni element komunikacije. Čovjek stječe znanje iskustvom, učenjem i informiranjem. Informacije možete primati izravno putem prirodnih kanala ili posredno putem umjetnih kanala uz pomoć informacijske i komunikacijske tehnologije.⁵ Prema Zakonu o pravu na pristup informacija (ZPPI)⁶, informacija se definira kao svaki podatak koji tijela javne vlasti posjeduju u obliku zapisa, dokumenta, dosjea, registra ili bilo kojeg drugog oblika neovisno o načinu na koji je prikazan.

2.2. Područja informacijske sigurnosti

Područja informacijske sigurnosti mogu se podijeliti na pet kategorija u cilju sustavne i učinkovite realizacije donošenja, primjene nadzora standarda i mjera.⁷ Područja informacijske sigurnosti su:

⁵ Čizmić J.; Boban M., *Utjecaj novih tehnologija na zaštitu tajnosti podataka i informacijsku sigurnost*, Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem „Pravo na pristup informacijama i zaštita osobnih podataka“, Pravni fakultet u Splitu, Split, 2015., str. 67–104.

⁶ Zakon o pravu na pristup informacijama, Narodne novine, br. 25/13, 85/15, 69/22

⁷ Boban, M., *Zaštita podataka i pravo na privatnost u informacijskom društvu*, Veleučilište Nikola Tesla, Gospić, 2019., str. 38–40.

2.2.1. Sigurnosna provjera

Prema Zakonu o informacijskoj sigurnosti, Narodne novine NN 79/07, 14/24 sigurnosna provjera je dio informacijske sigurnosti koji utvrđuje mjere i standarde primjenjive na osobe s pristupom klasificiranim podacima. (ZIS, čl. 9. st.1.) Obvezno je izdavanje ili dobivanje uvjerenja o sigurnosnoj provjeri osobe tzv. certifikata. Pravne osobe, državna tijela, jedinice lokalne i regionalne samouprave koje u svojim djelatnostima primjenjuju klasificirane podatke stupnja tajnosti „Povjerljivo”, „Tajno” i „Vrlo tajno” obvezne su izraditi popis osoba s pristupom navedenim podacima, kao i voditi registar zaprimljenih certifikata s naznačenim rokovima njihova važenja. Sigurnosne provjere dio su preventivnog rada Sigurnosno obavještajne agencije (SOA-e). Cilj njihovog rada je jačanje sigurnosti različitih organizacija i sprječavanje pojedinaca za koje postoje sigurnosne zapreke da dođu u kontakt sa zaštićenim podacima ili da obavljaju poslove na onim dužnostima na kojima mogu nanijeti štetu sigurnosti i interesima Republike Hrvatske. Sigurnosna provjera je postupak kojim nadležna tijela utvrđuju postojanje eventualnih sigurnosnih zapreka kako za fizičke tako i za pravne osobe. Provođenje ovih provjera temelji se na standardima NATO-a i Europske unije. Budući da se tijekom sigurnosne provjere koriste osobni podaci, uspostavljena je transparentna procedura provjere podataka građana koja je regulirana Zakonom o sigurnosnim provjerama.

Postoje tri vrste sigurnosnih provjera:

- sigurnosna provjera za pristup klasificiranim podacima
- temeljna sigurnosna provjera
- sigurnosna provjera u svrhu zaštite sigurnosti štićenih osoba i objekata.

Sigurnosna provjera provodi se za osobe koje na svom radnom mjestu trebaju pristup klasificiranim podacima višim od stupnja tajnosti „Ograničeno“, kao i za pravne osobe koje sklapaju klasificirane ugovore s državnim i drugim tijelima. Zahtjev za provođenje sigurnosne provjere za pristup klasificiranim podacima podnosi Ured vijeća za nacionalnu sigurnost (UVNS) Sigurnosno obavještajnoj agenciji (SOA). Nakon provjere izdaje se Uvjerenje o obavljenoj sigurnosnoj provjeri (certifikat) za sve osobe koje imaju pristup klasificiranim podacima. Izgled Uvjerenja o obavljenoj sigurnosnoj provjeri predstavlja dio Uredbe koja regulira način označavanja klasificiranih podataka, kao i sadržaj i izgled Uvjerenja o obavljenoj sigurnosnoj provjeri i izjave o postupanju s klasificiranim podacima.⁸ U Republici Hrvatskoj, Uvjerenje o obavljenoj sigurnosnoj provjeri izdaje isključivo Ured Vijeća za nacionalnu sigurnost, koji djeluje kao središnje

⁸ Uredba o načinu označavanja klasificiranih podataka, sadržaju i izgledu Uvjerenja o obavljenoj sigurnosnoj provjeri i Izjave o postupanju s klasificiranim podacima, Narodne novine, br. 102/2007.

državno tijelo za informacijsku sigurnost. Izdaje se za osobe koje se imenuju na dužnosti, za rukovodeće državne službenike, one koji se zapošljavaju ili rade u tijelima od značaja za nacionalnu sigurnost te za slične poslove. Sigurnosna provjera neke pravne osobe uključuje provjeru vlasništva i njegove strukture, analizu poslovanja i financijskih obveza, kao i sigurnosnu provjeru vlasnika i svih zaposlenika. Prikupljaju se podaci koji mogu utjecati na poslovnu sigurnost, a provodi se zbog dobivanja certifikata poslovne sigurnosti. Sigurnosne zapreke u okviru sigurnosne provjere obuhvaćaju netočno navođenje podataka i informacija u upitniku za sigurnosnu provjeru, okolnosti koje su definirane kao prepreke za prijam u državnu službu, stegovne sankcije, činjenice koje upućuju na zlouporabu radnog mjesta ili dužnosti, prava ili ovlasti na štetu nacionalne sigurnosti ili interesa Republike Hrvatske. Također, druge činjenice koje su osnova za sumnju u povjerljivost ili pouzdanost osobe za rad s klasificiranim podacima.

2.2.2. Fizička sigurnost

Prema Uredu vijeća za nacionalnu sigurnost prostori u kojima se nalaze poslužitelji i oprema za upravljanje komunikacijskim i informacijskim sustavima organiziraju se kao posebno nadzirani prostori. Pristup tim prostorima imaju isključivo osobe zadužene za sigurnost i administraciju takvih sustava. Fizička sigurnost predstavlja područje informacijske sigurnosti unutar kojeg se utvrđuju mjere i standardi za zaštitu objekta, uređaja i prostora u kojima se nalaze klasificirani podaci. Tijela i pravne osobe koje koriste podatke i informacije razine tajnosti "Povjerljivo", "Tajno" i "Vrlo tajno" obvezne su izvršiti kategorizaciju objekata i prostora na sigurnosne zone u skladu s propisanim mjerama i standardima informacijske sigurnosti, a prema Zakonu o informacijskoj sigurnosti (ZIS, čl.10. str.2.). Fizičku sigurnost sustava mogu ugroziti razne prirodne nepogode, poput potresa, poplava ili požara, kao i rizici od električnog udara ili promjene temperature sustava. Također, prijetnju često predstavljaju i sami korisnici sustava ili osobe koje mu nemaju pravo pristupa. Pravilna zaštita opreme i uređaja predstavlja bitan aspekt fizičke zaštite informacijskog sustava. Svakom uređaju potrebno je odrediti specifične mjere zaštite uzimajući u obzir njegovu namjenu i vrijednost.⁹

2.2.3. Sigurnost podataka

Sigurnost podatka predstavlja područje informacijske sigurnosti koje utvrđuje mjere i standarde informacijske sigurnosti. Primjenjuju se kao opće zaštitne mjere

⁹ Nacionalni CERT, Fizička zaštita informacijskih sustava, 2019, NCERT-PUBDOC-2010-06-304

za prevenciju, otkrivanje i otklanjanje štete uzrokovane gubitkom ili neovlaštenim otkrivanjem klasificiranih i neklasificiranih podataka, u skladu s Zakonom o informacijskoj sigurnosti (ZIS, čl.11. str.2.). Tijela i pravne osobe, koje koriste klasificirane i neklasificirane podatke, obvezne su primijeniti procedure o postupanju s tim podacima uključujući sadržaj i način vođenja evidencije o izvršenim uvidima u klasificirane podatke te nadzoru sigurnosti podataka, sukladno propisanim mjerama i standardima informacijske sigurnosti. Odlukom Vijeća o sigurnosnim pravilima za zaštitu klasificiranih podataka Europske unije utvrđeno je da komunikacijski i informacijski sustavi moraju obrađivati klasificirane podatke prema propisima informacijske sigurnosti.

2.2.4. Sigurnost informacijskog sustava

Sigurnost informacijskog sustava predstavlja područje informacijske sigurnosti u kojem se utvrđuju mjere i standardi za zaštitu klasificiranih i neklasificiranih podataka koji se obrađuju, pohranjuju ili prenose unutar informacijskog sustava. Ova sigurnost također obuhvaća zaštitu cjelovitosti i raspoloživosti informacijskog sustava tijekom procesa planiranja, projektiranja, izgradnje, uporabe, održavanja i prestanka rada informacijskog sustava (ZIS, čl.12. str.2.). Sigurnosna provjera provodi se za sustave koji koriste klasificirane podatke razine tajnosti “Povjerljivo”, “Tajno” i “Vrlo tajno”. Osobe koje sudjeluju u tom procesu moraju posjedovati certifikat razine “Vrlo tajno” ili jednu razinu iznad najviše razine tajnosti klasificiranih podataka koji se obrađuju, pohranjuju ili prenose unutar informacijskih sustava pod njihovom nadležnosti.

Informacijski sustavi čine temelj poslovanja i sadrže ključne informacije o proizvodima, zaposlenicima, cijenama, kupcima ili poslovnim partnerima. Ugrožavanje njihove sigurnosti može rezultirati otkrivanjem osjetljivih podataka ili materijalnim gubicima. Fizička sigurnost koja predstavlja skup mjera za sprječavanje nedopuštenog fizičkog pristupa informacijama i resursima jedan je od aspekata sigurnosti informacijskog sustava. Fizička zaštita prostora u kojima se nalaze informacijski sustavi bit će primijenjena u skladu s najvišom razinom tajnosti klasificiranih podataka koji se obrađuju, pohranjuju ili prenose. Središnja državna tijela za informacijsku sigurnost zadužena su za izradu registra certificirane opreme i uređaja koji se koriste u klasificiranom informacijskom sustavu razine “Povjerljivo”, “Tajno” i “Vrlo tajno”. Registar certificirane opreme i uređaja uspostavlja se na temelju preuzimanja odgovarajućih registara međunarodnih organizacija ili vlastitim certificiranjem u skladu s odgovarajućim međunarodnim standardima.

2.2.5. Sigurnost poslovne suradnje

Sigurnost poslovne suradnje predstavlja područje informacijske sigurnosti u kojem se primjenjuju propisane mjere i standardi za provedbu natječaja ili ugovora s klasificiranom dokumentacijom. Navedene mjere obvezuju pravne i fizičke osobe u skladu s Zakonom o informacijskoj sigurnosti (ZIS, čl.13. str.2.). Pravne i fizičke osobe koje sudjeluju u provedbi natječaja ili ugovora moraju pribaviti uvjerenje o sigurnosnoj provjeri tzv. certifikat poslovne sigurnosti. Također, obvezne su primijeniti propisane mjere i standarde informacijske sigurnosti za osoblje, objekte i prostore u skladu s odgovarajućim stupanjem tajnosti klasificiranih podataka. Tijela i pravne osobe, trebaju podnijeti zahtjev za izdavanje certifikata poslovne sigurnosti za osobe kojima dostavljaju klasificirane podatke razine tajnosti "Povjerljivo", "Tajno" i "Vrlo tajno". Pravne i fizičke osobe koje se bave međunarodnim poslovima, a za koje je potreban certifikat poslovne sigurnosti, ovlaštene su podnijeti zahtjev za njegovo izdavanje. Izdaje ga središnje državno tijelo za informacijsku sigurnost.

Sigurnost informacijskih sustava predstavlja vrlo složeno područje te je jasno da bez kvalitetnog sigurnosnog programa sustav ne može biti potpuno zaštićen. Dobar sigurnosni program omogućuje uspostavu zaštite na svim kritičnim točkama sustava, u svakom aspektu sigurnosti.

2.3. Provedba i nadzor informacijske sigurnosti

Mjere informacijske sigurnosti propisane su uredbom koju donosi Vlada Republike Hrvatske, a standardi za provedbu mjera propisuju se pravilnicima koje donose čelnici središnjih državnih tijela za informacijsku sigurnost. Tijela i pravne osobe obvezni su provoditi propisane mjere i standarde informacijske sigurnosti. U slučajevima kada nemaju odgovarajuće informatičke i tehničke mogućnosti, te mjere i standarde primijenit će središnje tijelo državne uprave koje je nadležno za razvoj informacijskog sustava (ZIS, čl.23. str.3.). U obrazovnom i akademskom području mjere i standarde primjenjuje središnje tijelo državne uprave nadležno za znanost i obrazovanje.

Kada je riječ o nadzoru informacijske sigurnosti, ovaj proces obuhvaća nadzor organizacije, provedbe i učinkovitosti propisanih mjera i standarda informacijske sigurnosti. Nadzor provode savjetnici za informacijsku sigurnost, dok Ured Vijeća za nacionalnu sigurnost pravilnikom propisuje kriterije za ustrojavanje njihovih radnih mjesta. (ZIS, čl.23. str.3.).

Prema članku 26. ZIS-a, svaki savjetnik za informacijsku sigurnost obavezan je podnijeti izvješće o rezultatima provedenog nadzora čelniku tijela ili pravne

osobe, kao i središnjem državnom tijelu za informacijsku sigurnost. To tijelo ima ovlasti izdati upute za otklanjanje utvrđenih nedostataka i nepravilnosti, koje moraju biti ispravljene u zadanom roku. Također, provodi postupak utvrđivanja daljnje valjanosti sigurnosne akreditacije informacijskog sustava, pokreće postupak utvrđivanja odgovornosti i poduzimaju se druge mjere i radnje za koje je ovlašteno prema posebnim propisima.

Čelnik tijela ili pravne osobe obavezan je u zadanom vremenskom roku poduzeti mjere za otklanjanje utvrđenih nedostataka tijekom nadzora. Institucije u Republici Hrvatskoj kojima je zadaća provođenje zakona iz područja informacijske sigurnosti su: Agencija za zaštitu osobnih podataka ¹⁰, Nacionalni CERT ¹¹, Ured vijeća za nacionalnu sigurnost ¹² i Zavod za sigurnost informacijskih sustava. ¹³

2.4. Zaštita tajnosti podataka

Prema Zakonu o zaštiti tajnosti podataka (ZZTP čl. 27. str.1.) profesionalnu tajnu čine podaci o osobnom ili obiteljskom životu stranaka koje mogu saznati odvjetnici, suci, javni bilježnici, zdravstveni i socijalni djelatnici, svećenici te druge službene osobe tijekom obavljanja svoje djelatnosti. Poslovna tajna obuhvaća informacije koje su zakonom, propisima ili općim aktima trgovačkog društva, ustanove ili druge pravne osobe definirane kao poslovna tajna. Njihovo otkrivanje neovlaštenim osobama moglo bi izazvati štetne posljedice za gospodarske interese (ZZTP čl.19. str. 1.). Poslovne tajne su važne u poslovnim odnosima i koriste se za unaprjeđenje konkurentnosti i upravljanje inovacijama u istraživanju i razvoju. Time se povećava ukupna materijalna i organizacijska vrijednosti poduzeća ili neke druge organizacije. Tajnom se može smatrati svaki podatak koji poznaje samo određeni broj osoba i ne smije se odavati i prenositi. Čuvanje javnih tajni obavezno je za državna tijela, jedinice lokalne i regionalne samouprave, fizičke osobe koje imaju pristup tajnim podacima uključujući državne, vojne, službene ili poslovne tajne, kao i pravne osobe s javnim ovlastima. Prema Kaznenom zakonu, osobna tajna obuhvaća sve podatke koji su zakonom, propisom ili općim aktom nadležnog tijela doneseni na temelju zakona klasificiranog kao tajni. U Republici Hrvatskoj osigurana je zaštita osobnih podataka svakoj fizičkoj osobi neovisno o njihovom državljanstvu, prebivalištu, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, spolu, vjeri, boji kože i slično (Zakon o zaštiti osobnih podataka, čl. 1.). Država svojim zakonskim propisima određuje i jamči zaštitu određenih podataka.

¹⁰ Agencija za zaštitu osobnih podataka RH, <https://azop.hr/> (26.02.2025.)

¹¹ Nacionalni CERT, <https://www.cert.hr/onama/> (28.02.2025.)

¹² Ured vijeća za nacionalnu sigurnost RH, <https://www.uvns.hr/hr> (28.02.2025.)

¹³ Zavod za sigurnost informacijskih sustava RH, <https://www.zsis.hr/> (28.02.2025.)

2.5. Zakonski okvir o upravljanju podacima i informacijama u zdravstvu – zaštita i odgovornost

Zakonom o podacima i informacijama u zdravstvu („Narodne novine“, broj 14/19, dalje **ZPIZ**) u prvom redu osigurava se provedba Uredbe (EZ) br. 1338/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 2008. o statističkim podacima Zajednice o javnom zdravlju i zdravlju i sigurnosti na radnom mjestu (SL L 354, 31. 12. 2008., u daljnjem tekstu: Uredba (EZ) br. 1338/2008). Zakonom o podacima i informacijama u zdravstvu (koji je na snazi od 15.02.2019.) utvrđuju se prava, obveze i odgovornosti pravnih i fizičkih osoba zdravstvenog sustava u području upravljanja podacima i informacijama u zdravstvu, korištenje i obrada zdravstvenih podataka i informacija u zdravstvenoj zaštiti.¹⁴ Prikupljanje, korištenje i obrada zdravstvenih podataka i informacija mora se provoditi po načelima zakonitosti prikupljanja i obrade zdravstvenih podataka i informacija, izvornosti i neposrednosti, vjerodostojnosti, istinitosti i pouzdanosti zdravstvenih podataka i informacija, standardizacije obrade i interoperabilnosti zdravstvenih podataka, sljedivosti i ažurnosti zdravstvenih podataka, dostupnosti i zaštite zdravstvenih podataka i informacija te učinkovitosti, smanjenja količine i ograničenja pohrane zdravstvenih i drugih osobnih podataka. (ZPIZ, čl. 4.)

Kao osnova za prikupljanje i obradu svakog zdravstvenog podatka i informacije mora postojati zakonita svrha te cilj prikupljanja povezan s neposrednim ili posrednim pozitivnim učinkom na zdravlje stanovništva. Daljnja obrada zdravstvenih podataka dozvoljena je u svrhe arhiviranja u javnom interesu, u svrhe znanstvenog ili povijesnog istraživanja ili u statističke svrhe radi proučavanja i praćenja stanja zdravlja stanovništva ili u druge svrhe utvrđene posebnim zakonom. (ZPIZ, čl. 5.) U zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske obvezno je korištenje izvornih zdravstvenih podataka, osim ako je ovim Zakonom drugačije uređeno a izvorni podaci prikupljaju se što bliže izvoru i vremenu njihova nastanka. (ZPIZ, čl. 6.)¹⁵

2.5.1. Nadležna tijela i odgovornost za zaštitu podataka i informacija u zdravstvu

Zdravstveni informacijski sustavi (*dalje ZIH*) Republike Hrvatske od posebnog nacionalnog interesa su oni dijelovi zdravstvene informacijske infrastrukture

¹⁴ Data Protection and Privacy in Healthcare: Research and Innovations.(2021). Ujedinjeno Kraljevstvo: CRC Press.

¹⁵ Boban, M., *Upravljanje podacima i informacijama u zdravstvenim informacijskim sustavima Republike Hrvatske - sigurnost, zaštita i odgovornost*, Medicina, pravo & družba, Univerza v Mariboru Pravna fakulteta, Maribor, 2021., str. 211–232.

Republike Hrvatske nužni za nesmetano pružanje zdravstvene zaštite te zapisi i dokumenti nastali djelovanjem pružatelja zdravstvene zaštite Republike Hrvatske:

- za koje je utvrđen stupanj tajnosti ili
- koji sadrže podatke vezane uz zdravstvene i druge osobne podatke građana u zdravstvenim registrima i informacijskim sustavima kojima se osigurava nesmetano obavljanje zdravstvene djelatnosti te druge povjerljive podatke čijom objavom bi se počinila šteta ugledu Republike Hrvatske ili njezinih građana, za koje nije utvrđen stupanj tajnosti. (ZPIZ, čl. 13.)

Zdravstveni i drugi osobni podaci moraju biti obrađivani na način kojim se osigurava odgovarajuća sigurnost i povjerljivost podataka, uključujući zaštitu od neovlaštene ili nezakonite obrade te od slučajnog gubitka, uništenja ili oštećenja primjenom odgovarajućih organizacijskih, tehničkih i sigurnosnih mjera.¹⁶ Obrada zdravstvenih podataka provodi se elektroničkim putem u zdravstvenoj informacijskoj infrastrukturi Republike Hrvatske, koja je obvezna koristiti zajedničku tehnološku osnovicu i komponente razvijene za potrebe državne informacijske infrastrukture.¹⁷ Način obrade podataka u CEZIH-u, NAJS-u i drugim zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima, način čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardizirane obrasce za prikupljanje i obradu zdravstvenih podataka, sadržaj, popis i opis zdravstvenih registara i evidencija u području zdravstva koje služe za zdravstvena statistička istraživanja iz područja zdravstvene zaštite, javnog zdravstva, zdravstvenih djelatnosti, pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga, zdravstvene infrastrukture, pruženih usluga, utvrđenih bolesti, stanja i ozljeda, krvi, krvnih pripravaka, lijekova i medicinskih proizvoda, zdravstvenog osiguranja i financiranja zdravstvene zaštite pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.(ZPIZ, čl. 19.)

2.5.2. Odgovornost za potpunost i izvornost zdravstvenih podataka

S ciljem osiguravanja jedinstvenog sustava statističkih istraživanja, pri vođenju evidencija u području zdravstva primjenjuju se unaprijed definirani jedinstveni metodološki principi i statistički standardi.¹⁸ Integritet podataka u medicinskoj dokumentaciji i evidencijama u području zdravstva osigurava se na način da ga

¹⁶ Murphy, S. P., *Healthcare Information Security and Privacy*, McGraw Hill Professional, 2015.

¹⁷ Appari, A.; Johnson, M. E., *Information security and privacy in healthcare: Current state of research*, International Journal of Internet and Enterprise Management, 6(4), 2010., str. 279–314, doi:10.1504/IJIEEM.2010.035624.

¹⁸ Institute of Medicine, Division of Health Care Services, (2001.). Committee on the Role of Institutional Review Boards in Health Services Research Data Privacy Protection, Protecting Data Privacy in Health Services Research, National Academies Press

nadzire i kontrolira organizacijski nadređena osoba odgovorna za dokumentaciju i/ili evidencije pružatelja zdravstvene zaštite i drugih pravnih i fizičkih osoba u zdravstvu. Nadalje, za vjerodostojnost i integritet izvornog zdravstvenog podatka upisanog u medicinskoj dokumentaciji odgovoran je nadležni zdravstveni djelatnik i djelatnik koji je taj podatak upisao te sam pacijent ili pak osoba koja je dala osobne podatke pacijenta. (ZPIZ, čl. 23.)

Sukladno definiranom u Zakonu o podacima informacijama u zdravstvu obvezici primjene Zakona kao i odgovorni su za primjenu su redom: Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, zdravstveni zavodi i agencije, pružatelji zdravstvene zaštite na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti, te komore u zdravstvu i trgovačka društva za zdravstveno osiguranje.

Nadalje, zakonska obveza jest kako se bolnice, poliklinike, domovi zdravlja kao i druge zdravstvene ustanove, pružatelji zdravstvenih osiguranja moraju pridržavati svih zahtjeva i obveza utvrđenih Općom (EU) uredbom o zaštiti podataka 2016/679 (poznatom pod nazivom GDPR – General Data Protection Regulation) kao i nacionalnih propisima zaštite podataka te zakona o informacijskoj sigurnosti.¹⁹ Osobni podaci o zdravlju pacijenata oduvijek su pod povećalom struke, javnosti i nadzornih tijela a nakon uvođenja ovih zakona nadzor se dodatno povećao te su donesene i kazne za otkrivanje i curenje podataka odnosno povrede osobnih podataka kojima su predviđeni novčani iznosi pri kršenju GDPR-a ali i Zakona o podacima i informacijama u zdravstvu. Povrede osobnih podataka u zdravstvu potencijalno mogu imati ozbiljne posljedice kako za pacijente tako i za pružatelje zdravstvene usluge, a podaci o pacijentu uključuju cijeli niz osobnih podataka koji se mogu koristiti za počinjenje kaznenih djela. Svaki pružatelj usluga u digitalnom okruženju, pa tako i pružatelji usluga u zdravstvu, koji koriste mrežne usluge, obrađuju i pohranjuju cijeli niz podataka te su svakodnevno izloženi opasnosti otkrivanja podataka i mogućnosti kibernetičkih napada te samim time moraju (sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka) ali i Zakonu o kibernetičkoj sigurnosti implementirati fizičke, tehničke i organizacijske mjere zaštite kako bi povećali razinu zaštite podataka u zdravstvu.²⁰

¹⁹ Roy, S., *Privacy prevention of health care data using AI*, Journal of Data Acquisition and Processing, 37(3), 2022.

²⁰ Al-Qarni, E. A., *Cybersecurity in healthcare: A review of recent attacks and mitigation strategies*, International Journal of Advanced Computer Science and Applications, 14(5), 2023.

2.6. Pravilnik o načinu obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima u zdravstvu, načinu čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardiziranim obrascima te registrima i evidencijama u zdravstvu

Na temelju članka 19. stavka 3. Zakona o podacima i informacijama u zdravstvu (NN 14/19) Ministarstvo zdravstva donijelo je 20. prosinca 2024.g. Pravilnik o načinu obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima u zdravstvu, načinu čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardiziranim obrascima te registrima i evidencijama u zdravstvu (Narodne novine 150/2024 – dalje Pravilnik) Njime se propisuje način obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u Centralnom zdravstvenom informacijskom sustavu Republike Hrvatske (dalje CEZIH), Nacionalnom javnozdravstvenom informacijskom sustavu (dalje NAJS) i drugim zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima, način čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardizirani obrasci za prikupljanje i obradu zdravstvenih podataka, sadržaj, popis i opis zdravstvenih registara i evidencija u području zdravstva koje služe za zdravstvena statistička istraživanja iz područja zdravstvene zaštite, javnog zdravstva, zdravstvenih djelatnosti, pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga, zdravstvene infrastrukture, pruženih usluga, utvrđenih bolesti, stanja i ozljeda, krvi, krvnih pripravaka, lijekova i medicinskih proizvoda, zdravstvenog osiguranja i financiranja zdravstvene zaštite. (Pravilnik, čl. 1. st. 1.)

2.6.1. Način obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u CEZIH-u, NAJS-u i drugim zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima

Pohrana i standardizirana obrada zdravstvenih i drugih osobnih podataka izvršava se u središnjem informacijskom sustavu CEZIH putem sljedećih informacijskih podsustava odnosno Programska osnovica središnjeg dijela integralnog informacijskog sustava CEZIH na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite; e-Liste čekanja, e-Naručivanje te modul e-Prioritetno naručivanje, Središnji kalendar za praćenje ugovorenih kapaciteta i Središnji kalendar za praćenje slobodnih termina na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite i Centralni upravljački sustav (CUS) na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. (Pravilnik, čl. 2.) Pohrana i standardizirana obrada podataka iz javnozdravstvenih registara, sustava pohrane od javnozdravstvenog interesa i evidencija u području zdravstva sukladno

predmetnom Pravilniku izvršava se u središnjem informacijskom sustavu NAJS s ciljem izrade javnozdravstvenih pokazatelja, u javnozdravstvene, upravljačke, statističke i znanstveno-istraživačke svrhe radi proučavanja i praćenja zdravlja stanovništva, pružanja zdravstvene zaštite, upravljanja zdravstvenim resursima, ranog prepoznavanja epidemija, procjene zdravstvenih intervencija i ostvarivanja programa za poboljšanjem zdravlja stanovništva, vođenja zdravstvene statistike i ispunjavanja drugih javnozdravstvenih potreba. (Pravilnik, čl. 3) Nadalje, eHZZO je integrirani informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u kojem se izvršava pohrana i standardizirana obrada zdravstvenih i drugih osobnih podataka s ciljem uspostave učinkovitijeg upravljanja i nadzora unutar zdravstvenog sustava, osobito u pogledu upravljanja i praćenja tijeka financijskih sredstava te kvalitetnije zdravstvene zaštite osiguranika. (Pravilnik, čl. 4.) Dok nacionalni transfuzijski informacijski sustav e-Delphyn predstavlja sustav u kojem se izvršava pohrana i standardizirana obrada zdravstvenih i drugih osobnih podataka, a voditelj obrade je Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu. (Pravilnik, čl. 5.)

2.6.2. Način čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja

Sukladno ZPIZ i Pravilniku, zdravstveni i drugi osobni podaci pacijenata moraju biti obrađivani na način kojim se osigurava odgovarajuća sigurnost i povjerljivost podataka, uključujući zaštitu od neovlaštene ili nezakonite obrade te od slučajnog gubitka, uništenja ili oštećenja primjenom odgovarajućih organizacijskih, tehničkih i sigurnosnih mjera. (Pravilnik, čl. 6 st. 1.) Nadalje, prilikom procjene odgovarajuće razine sigurnosti s ciljem zaštite osobnih podataka pacijenata u obzir se posebno uzimaju rizici koje predstavlja obrada, rizici od slučajnog ili nezakonitog uništenja, gubitka, izmjene, neovlaštenog otkrivanja osobnih podataka ili neovlaštenog pristupa osobnim podacima koji su preneseni, pohranjeni ili na drugi način obrađivani. (Pravilnik, čl. 6. st. 2.)

Sukladno čl. 7. novog Pravilnika sustavi pohrane i standardizirane obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka moraju sadržavati odgovarajuće tehničke i organizacijske mjere, sukladno propisima kojima se uređuje kibernetička sigurnost, kako bi se osigurala razina sigurnosti koja je odgovarajuća stupnju rizika, a osobito sljedeće mjere koje propisuje i Opća uredba o zaštiti podataka 2016/679 (GDPR) i ZJPZ i to:

1. pseudonimizaciju i enkripciju osobnih podataka,
2. osiguravanje trajne povjerljivosti, cjelovitosti, dostupnosti i otpornosti sustava obrade,

3. pravodobna ponovna uspostavu dostupnosti osobnih podataka i pristupa osobnih podacima u slučaju fizičkog ili tehničkog incident i
4. provođenje procesa redovitog testiranja, ocjenjivanja i procjenjivanja učinkovitosti tehničkih i organizacijskih mjera za osiguravanje sigurnosti obrade. (Pravilnik, čl. 7.)

Pravilnik definira obvezne tehničke i organizacijske mjere sigurnosti u sustavima pohrane i standardizirane obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka koje su ključan element sustava zaštite osobnih podataka i kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite su kako slijedi:

- zdravstveni i drugi osobni podaci se ne smiju pohranjivati na vanjske medije (USB, CD/DVD, vanjski disk, trake itd.), osim u sklopu propisanih procedura stvaranja sigurnosnih pričuvnih pohrana podataka
- ovlaštene osobe za pristup središnjem sustavu sa šticećenog mjesta koriste jedinstveno korisničko ime i zaporku i iste ne smiju dijeliti s drugima
- obvezne su primjerene mjere fizičke sigurnosti u službenim prostorijama, u kojima se nalaze uređaji i sustavi koji se koriste za obradu osobnih podataka, koji su dostupni samo ovlaštenim osobama za obradu
- obvezno je redovito ažuriranje svih računala uključujući prijenosne i pokretne uređaje pomoću sigurnosnih programskih nadogradnji koje izdaje proizvođač operacijskog sustava, aplikacije ili programske podrške
- obvezno su uspostavljeni prikladni mehanizmi za zaštitu elektroničke pošte i poslovnih aplikacija od neovlaštenog pristupa
- obvezno je uspostavljen sustav identifikacije, autentifikacije i autorizacije korisnika na svim uređajima i sustavima za obradu osobnih podataka na način da bude moguće jednoznačno odrediti aktivnosti svakog pojedinog korisnika
- obvezna je primjena snažnih zaporki visoke razine sigurnosti, od najmanje 16 znakova sastavljenih od kombinacije velikih i malih slova, brojki i interpunkcijskih znakova
- obvezno je korištenje ovlaštenog i licenciranog softvera ili softvera sa slobodno dostupnim izvornim kôdom na radnim stanicama te prijenosnim i pokretnim uređajima
- obvezno je uspostavljen antivirusni sustav na svim radnim stanicama, prijenosnim i pokretnim uređajima, koji mora stalno raditi i redovito se ažurira redovito s najnovijim nadogradnjama prema preporuci proizvođača
- obvezno poslodavac uspostavlja proceduru koja sprječava svako neovlašteno iznošenje podataka izvan službenih prostorija, kao i svako neovlašteno

dijeljenje bilo putem fizičkih medija ili slanjem putem komunikacijske mreže

- obvezno je prethodno osigurati kod otpisa i ekološkog zbrinjavanja računala i računalne opreme trajno i nepovratno brisanje svih podataka korištenjem nekog od alata za sigurno brisanje ili fizičkim uništenjem onemogućiti pristup prostorijama, opremi i sustavima odmah bez odgađanja nakon prestanka ugovornog odnosa s osobom koja je provodila obradu osobnih podataka
- obvezno je osigurati pristup samo onih korisnika sustava koji se temelji na korisničkim ulogama, autentifikaciji i autorizaciji uz primjenu revizijskih zapisa za sve aktivnosti u sustavu
- obvezna je enkripcija osobnih podataka koja obuhvaća dovoljne tehnološke mjere kriptografije kojima se onemogućava neovlašten pristup podacima prilikom prijenosa, pri čemu bez valjanog odobrenja i kriptografskog ključa nije moguće pristupiti osobnim podacima, što podrazumijeva i organizacijske mjere pristupa osobnim podacima isključivo osobama ovlaštenim za obradu.
- sigurnosna kopija podataka pohranjenih u sustavu se radi u odgovarajućim vremenskim intervalima kako bi se omogućila pravodobna ponovna uspostava dostupnosti osobnih podataka u slučaju fizičkog ili tehničkog incidenta
- redovito se testira ispravnost sigurnosnih kopija kako bi se osigurala mogućnost povrata podataka iz istih
- sigurnosne kopije se izrađuju na opremi i lokaciji koja nije istovjetna onoj na kojoj se primarno pohranjuju podaci koji se obrađuju. (Pravilnik, čl. 8.)

U obradi podataka kao sastavnog dijela zdravstvene dokumentacije, sudjeluju pružatelji programske podrške u dijelovima informacijskih sustava i druge osobe ovlaštene za pristup sustavu koji su obvezni trajno čuvati povjerljivost osobnih podataka koje doznaju u okviru obavljanja svog posla i nakon prestanka rada u sustavima, bez vremenskog ograničenja i sukladno propisima kojima se uređuje zaštita osobnih podataka. Također, njihova je zakonska obveza poduzeti sve potrebne tehničke i organizacijske mjere kako bi se osigurala povjerljivost, integritet i dostupnost podataka kao temelja informacijske sigurnosti podataka u zdravstvu te spriječili neovlaštenu obradu ili bilo kakvu zlouporabu podataka u sustavu. (Pravilnik, čl. 9.)

Svaki korisnik informacijskog sustava u zdravstvu ima obvezu identifikacije i autentifikacije u sustav korištenjem identifikacijskog digitalnog certifikata ili druge vjerodajnice dodijeljene razine sigurnosti sustava, sukladno propisima kojima se uređuje europski okvir za digitalni identitet. (Pravilnik, čl. 10.) U svrhu

identifikacije i autentifikacije iz članka 10. važećeg Pravilnika, Ministarstvo zdravstva RH izdaje iskaznicu ovlaštenom zdravstvenom radniku čiji je izgleda i funkcionalnog definirana Pravilnikom. (Pravilnik, čl. 11.)

3. REGULATIVNI OKVIR KIBERNETIČKE SIGURNOSTI REPUBLIKE HRVATSKE I ZAŠTITE PODATAKA U ZDRAVSTVU

Pravno uređenje računalnog i kibernetičkog kriminala, kao i zakonodavni okvir elektroničnih dokaza možemo pronaći u Kaznenom zakonu, Narodne novine br. 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015, 101/2017, 118/2018, 126/2019, 84/2021, 114/2022, 114/2023, 36/2024 kroz njegove izmjene i dopune, te njegovim usuglašavanjem s europskom Konvencijom o kibernetičkom kriminalitetu. Time je u Hrvatskoj, premda nepotpuno, uređeno kvalitetno zakonsko rješenje u ovom području. Konvencija predstavlja najvažniji europski dokument o kibernetičkom kriminalitetu, koju su čak potpisale i neke zemlje koje ne pripadaju Europi, poput Sjedinjenih američkih država, Kanade i Japana.

3.1. Zakon o kibernetičkoj sigurnosti Republike Hrvatske

Zakon o kibernetičkoj sigurnosti, Narodne novine br. 14/24 (dalje **ZKS**) u Republici Hrvatskoj donio je Hrvatski sabor na sjednici 26. siječnja 2024. Zakonom uređuju postupci i mjere za postizanje visoke zajedničke razine kibernetičke sigurnosti, kriteriji za kategorizaciju ključnih i važnih subjekata, zahtjevi kibernetičke sigurnosti za ključne i važne subjekte, posebni zahtjevi za upravljanje podacima o registraciji naziva domena i kontrola njihove provedbe, dobrovoljni mehanizmi kibernetičke zaštite, nadležna tijela u području kibernetičke sigurnosti i njihove zadaće i ovlasti, stručni nadzor nad provedbom zahtjeva kibernetičke sigurnosti, prekršajne odredbe, praćenje provedbe ovoga Zakona i druga pitanja od značaja za područje kibernetičke sigurnosti. (ZKS, čl. 1 st. 1.) Također se uspostavlja okvir strateškog planiranja i odlučivanja te se utvrđuju načini upravljanja u situacijama kibernetičkih ugroza, odnosno napada. Održavanje visoke razine kibernetičke sigurnosti, razvoj samih nacionalnih sposobnosti u sferi kibernetičke sigurnosti, razvoj obrazovanja i podizanje svijesti u području kibernetičke sigurnosti su od iznimnog nacionalnog značaja za Republiku Hrvatsku. (ZKS, čl.1.st. 3) Cilj je ovoga Zakona uspostavljanje sustava upravljanja kibernetičkom sigurnošću koji će osigurati djelotvornu provedbu postupaka i mjera za postizanje visoke razine kibernetičke sigurnosti u sektorima

od posebne važnosti za nesmetano obavljanje ključnih društvenih i gospodarskih aktivnosti i pravilno funkcioniranje unutarnjeg tržišta.

Cilj samog Zakona je uspostavljanje sustava na razini koja će osiguravati visoku razinu kibernetičke sigurnosti u sektorima koji su od posebne važnosti za Republiku Hrvatsku kako bi se mogle bez ikakvih ograničenja odvijati ključne društvene i gospodarske aktivnosti, te funkcioniranje unutarnjeg tržišta. Kada govorimo o kibernetičkoj sigurnosti i kibernetičkom kriminalu, ne govorimo o problemu samo na nacionalnoj razini, već o problemu cijele Europske Unije, odnosno globalnom problemu. Iznimno je bitna koordinacija i suradnja svih relevantnih tijela u Republici Hrvatskoj, ali isto tako i suradnja i koordinacija s relevantnim tijelima Europske unije. Ovaj Zakon u hrvatsko zakonodavstvo preuzima, odnosno usklađuje propise s pravnim aktima Europske unije, što se navodi u članku 3. ovog Zakona „Ovim se Zakonom u hrvatsko zakonodavstvo preuzima Direktiva (EU) 2022/2555 Europskog parlamenta i Vijeća od 14. prosinca 2022. o mjerama za visoku zajedničku razinu kibernetičke sigurnosti širom Unije, izmjeni Uredbe (EU) br. 910/2014 i Direktive (EU) 2018/1972 i stavljanju izvan snage Direktive (EU) 2016/1148 (Direktiva NIS2) (SL L 333/80, 27. 12. 2022.).“ (ZKS, čl. 3)

3.2. Nacionalna strategija kibernetičke sigurnosti

Ubrzanim razvojem tehnologije i digitalizacijom društva pojam kibernetičke sigurnosti ima sve veći značaj. Bilježimo ubrzano širenje i rast društva koje se u potpunosti koristi umrežavanjem odnosno korištenjem informacijskih sustava. Kibernetičke prijetnje se stalno povećavaju, a različiti tipovi napada postaju sve napredniji i složeniji, te uvelike utječu na svakodnevicu. Različiti programi, prijevare, zlorabe podataka, iskorištavanje društvenih mreža samo su neki od napada s kojima se može susresti današnji čovjek. Upravo radi svega navedenog, iznimno je bitno podizati svijest o kibernetičkim ugrozama i načinima kako se zaštititi. Vlada Republike Hrvatske prepoznala je problematiku kibernetičke sigurnosti, te je postavila strateški okvir za kibernetičku sigurnost kroz Nacionalnu strategiju kibernetičke sigurnosti i Akcijski plan za njenu provedbu. Navedeni dokumenti temelj su za sve aktivnosti kako bi se provela učinkovita zaštita svih korisnika elektroničkih usluga. Cilj hrvatske vlade je uređen i siguran kibernetički prostor. Donošenjem Nacionalne strategije Hrvatska je pokazala kako je prepoznala važnost sigurnosti kibernetičkog prostora. Cilj same Strategije je sustavno i koordinirano provođenje potrebnih aktivnosti kako bi se stvorio što sigurniji kibernetički prostor. Radi se o prvoj cjelovitoj Strategiji Republike Hrvatske u području kibernetičke sigurnosti. Cilj je prepoznati

organizacijske probleme u provedbi i podići svijest među građanima o važnosti ove tematike. Strategijom se potiče koordinacija odnosno suradnja svih državnih tijela, pravnih osoba s javnim ovlastima, te drugih resora u društvu kako bi se što bolje iskoristili postojeći resursi i realizirali novi resursi. Strategija ima temeljnu ulogu u povezivanju i izgradnji međusobnog razumijevanja o ovoj složenoj problematici, kako za nositelje javnih ovlasti, tako i za sigurnost građana i budućnost cijeloga društva. Provedbom ove Strategije želi se postići provedba zakona i poštivanje svih temeljnih ljudskih prava u novoj virtualnoj dimenziji društva. Definirani su prioriteti kibernetičke sigurnosti za Republiku Hrvatsku, a to su sustavni pristup u primjeni i razvoju nacionalnog zakonodavnog okvira čime bi se u obzir uzela kibernetička dimenzija društva. Provođenje aktivnosti i mjera kako bi se ostvarila pouzdanost, otpornost i sigurnost u kibernetički prostor. Uspostavljanje učinkovitijeg mehanizma razmjene, ustupanja i pristupa podacima, te jačanje svijesti o sigurnosti u kibernetičkom prostoru koji bi uključivao uvođenje obrazovnih elemenata u okviru nastavnih i izvannastavnih programa, kao i osvežavanje šire javnosti. Potiče se svijest korisnika u e-usluge, kao i u istraživanje i razvoj kako bi se ostvarili svi mogući potencijali. Ostvarit će se međunarodna suradnja koja omogućava prijenos znanja, razmjenu i pristup potrebnih podataka između različitih nacionalnih institucija i tijela. Akcijski plan razrađuje ciljeve definirane Nacionalnom Strategijom tako što utvrđuje mjere koje su nužne za ostvarivanje zacrtanih ciljeva. To je dokument koji provodi sustavni nadzor provedbe i pojavljuje se kao kontrolni mehanizam s pomoću kojega vidimo jesu li ciljevi postignuti. Utvrđuju se tijela odgovorna za provedbu pojedinih mjera, u svojstvu nositelja i sunositelja. Nadzor nad Akcijskim planom provodi se putem izvješća koja se dostavljaju Nacionalnom Vijeću za kibernetičku sigurnost od strane nositelja mjera iz Akcijskog plana.

3.3. Akcijski plan EU-a za jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite

Europska komisija je 25. siječnja 2025.g. donijela akcijski plan Europske unije za jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite. Kao temeljni cilj postavlja se stvaranje sigurnijeg okruženja za pacijente u zdravstvenom sustavu. Države članice EU su prema dostupnim statističkim podacima u 2023. godini evidentirale i prijavile 309 značajnih kibernetičkih sigurnosnih incidenata u sektoru zdravstva. Brojka uistinu nije zanemariva, tim više što je podataka najviše u odnosu na druge ključne sektore. Budući da pružatelji zdravstvene zaštite sve više podataka evidentiraju koristeći elektroničke zdravstvene zapise i digitalnu evidenciju općenito raste i sigurnosni rizik od kibernetičkih sigurnosnih prijetnji.

Potencijalni kibernetički napadi mogući su u cjelokupnom sustavu zdravstva, uključujući bolničke sustave, digitalnu zdravstvenu evidenciju i medicinske proizvode. Sigurnosne prijetnje u zdravstvu stvaraju rizik ugroze kako sigurnosti njege pacijenata, pa tako i do opasnosti koje mogu rezultirati smrtnim posljedicama pacijenata.²¹

Europska unija na sigurnosne prijetnje i izazove odgovara ulaganje u jačanje zdravstvenog sektora i povećanjem otpornosti na kibernetičke prijetnje. Sam doneseni akcijski plan utemeljen je na ranije donesenom zakonodavstvu, kao što je zakonodavstvo o kibernetičkoj sigurnosti na razini Europske unije u cjelini a njegovo područje primjene proširuje se na sve razine pa tako i na razine obiteljske medicine. U tom smislu akcijski plan se usmjerava je na sprečavanje, otkrivanje te ublažavanje učinka kibernetičkih prijetnji te prvenstveno i na njihovu prevenciju.²² Osnivanje paneuropskog centra za potporu kibernetičkoj sigurnosti jest jedan od ciljeva akcijskog plana kako bi se bolnicama i pružateljima zdravstvene zaštite pružile adekvatne prilagođene smjernice o postupanju. U cjelini, digitalna transformacija zdravstvenog sustava usmjerena je podizanju kvalitete usluge pacijentima temeljene na inovacijama, uz ostale prednosti koje donosi tehnologija. Na tom tragu Europska unija kontinuirano radi na izgrađivanju zdravstvenog okruženja u kojem tehnološka dostignuća služe pacijentima s naglaskom na poboljšanu skrb i potporu svim dionicima u zdravstvu.

4. AGENCIJA EUROPSKE UNIJE ZA KIBERNETIČKU SIGURNOST

Ključnu ulogu u oblikovanju kibernetičke politike Europske unije ima Agencija Europske unije za kibernetičku sigurnost (ENISA) osnovana 2004. godine. Suraduje s državama članicama i tijelima Europske unije kako bi pomogla Europi u pripremi za buduće kibernetičke izazove. Konstantno radi na povećanju otpornosti infrastruktura Europske unije kako bi se u konačnici mogla ostvariti priželjkivana digitalna sigurnost cijele Europe, odnosno njenih građana. Konačni cilj je stvaranje visoke razine kibernetičke sigurnosti na području cijele Europe. Agencija Europske unije za kibernetičku sigurnost doprinosi kibernetičkoj politici Europske unije tako što konstantno potiče povjerenje u usluge, proizvode i proces osmišljavanja programa kibernetičke sigurnosne certifikacije. Agencija isto tako

²¹ Jačanje kibernetičke sigurnosti zdravstvenog sektora, https://commission.europa.eu/news/bolstering-cybersecurity-healthcare-sector-2025-01-15_hr (04. 03. 2025.)

²² Kuzlu, M.; Fair, C.; Guler, O., *Role of artificial intelligence in the Internet of Things (IoT) cybersecurity*, Discover Internet of Things, 1(1), 2021., str. 1–14, doi:10.1007/s43926-020-00001-4.

suraduje sa svim organizacijama na jačanju povjerenja u digitalno gospodarstvo, poticanju otpornosti europske infrastrukture te očuvanju digitalne sigurnosti svih stanovnika Europske unije. Agencija postiže veću razinu povjerenja i sigurnosti aktivnim radom na razmjeni znanja, raznim usavršavanjima sudionika, razvojem struktura i jačanjem svijesti o ovoj problematici. Agencija svojim djelovanjem pomaže tijelima, decentraliziranim tijelima, institucijama, te agencijama zemalja članica Europske unije, a isto tako institucijama, agencija i tijelima Europske unije. Agencija ujedno pomaže i industrijama iz područja telekomunikacije, informatički tehnoloških poduzeća i internetskih usluga. Isto tako pomaže i u poslovnom svijetu posebno malim i srednjim poduzetnicima, te stručnjacima za kibernetičku sigurnost. Korist od Agencije, odnosno njenu pomoć isto tako ima akademska zajednica, te cjelokupna javnost.

Izvjешće Agencije Europske unije za kibernetičku sigurnost navodi osam najvećih kibernetičkih sigurnosnih prijetnji u 2022. i kasnije.

- Ucjenjivački softver, odnosno ransomware napadi su vrsta napada gdje hakeri preuzimaju kontrolu nad podacima i za to traže otkupninu. Ovakva vrsta napada pojavljuje se kao jedna od glavnih kibernetičkih prijetnji. Napadi s vremenom postaju sve složeniji i napredniji.
- Izvjешće procjenjuje kako su ransomware napadi u 2021. u svijetu prouzročili štetu u vrijednosti od 18 milijardi eura, što je u usporedbi s 2015. bilo povećanje u iznosu od 57 puta.
- Zlonamjerni softver, odnosno malware softver je onaj koji nanosi štetu računalnom sustavu. Uključuje viruse, trojanske konje i špijunske softvere. Njegova uporaba se smanjila u 2020. i početkom 2021. što je bilo povezano s pandemijom koronavirusa, ali bilježi se značajan porast njegove uporabe koncem 2021., kada se ljudi počinju masovno vraćati radu iz svojih poslovnih ureda. Porast same uporabe malware softvera povezuje se i s tajnom uporabom žrtvinog računala za nezakonito stvaranje kriptovaluta i ciljanjem na uređaje koji su povezani s internetom.
- Društveni inženjering odnosno iskorištavanje pogreška za pristup informacijama ili uslugama. Navodi se žrtve na otvaranje dokumenata ili e-pošte, te otvaranje određenih web stranica kako bi se hakerima omogućio neovlašteni pristup. Kao najčešće napade ove vrste imamo phishing koji se odvija preko e-pošte i smishing koji se odvija preko SMS poruka. Izvjешće govori kako je oko šezdeset posto napada u Europi, Africi i Bliskom istoku bazirano na društvenom inženjeringu. Kriminalcima su sve češće u fokusu kripto mjenjačnice i vlasnici kripto valuta.

- Prijetnje podacima odnosno ciljanje izvora podataka radi omogućavanja neovlaštenih pristupa. Ogromne količine važnih podataka su u pravilu glavna meta kibekriminala. Prijetnje podacima dijele na povrede podataka kao namjerni kibernetički napad, ta na curenje podataka kao nenamjerno izlaganje podataka. Novac je najčešći motiv samih napada, a mali postotak se odnosi i na špijunažu.
- Prijetnje dostupnosti odnosno uskraćivanje usluga su jedni od najkritičnijih prijetnji informatičko tehnološkim sustavima. Radi se o napadima koji korisnicima onemogućavaju pristup podacima i uslugama. Jedan od najkorištenijih oblika ovog napada je preopterećivanje mrežne infrastrukture, a ovakvi napadi sve više pogađaju mobilne mreže i povezane uređaje. Ovakav oblik napada često možemo vidjeti u ratu između Ukrajine i Rusije.
- Internetske prijetnje odnosno prijetnje dostupnosti interneta što podrazumijeva fizičko preuzimanje i uništavanje internetske infrastrukture, te aktivno cenzuriranje vijesti i web stranica.
- Širenje dezinformacija odnosno lažnih informacija koju možemo vidjeti u sve većem broju kampanja kojima se namjerno šire lažni podaci i informacije, a sve u svrhu izazivanja straha i panike. Primjer iskorištavanja ove tehnike je Rusija koja koristi širenje dezinformacija u svrhu utjecanja na percepciju rata s Ukrajinom. Deepfake tehnologija podrazumijeva da se danas mogu stvarati lažne slike, te audio i video uradci koji se u pravilu ne razlikuju od onih koji su stvarni. Isto tako velik utjecaj na zajednicu stvaraju lažni profili koji se pojavljuju u digitalnom svijetu te određene stranice zatrpavaju lažnim komentarima.
- Napadi na lance opskrbe koji su usmjereni na odnos između dobavljača i organizacija. Radi se o napadima na kupca i dobavljača. Organizacije su svakim danom sve ranjivije na ovu vrstu napada iz razloga sve složenijih sustava i velikog broja dobavljača koji se pojavljuju.²³

Kibernetički napadi u Europskoj uniji obuhvaćaju mnoge sektore (Slika 1). Prema Agenciji Europske unije za kibernetičku sigurnost, od srpnja 2021. do lipnja 2022. glavni sektor pogođen kibernetičkim prijetnjama bila je javna uprava odnosno vlada. Ostali sektori koji spadaju u grupu najugroženijih sektora su pružatelji digitalnih usluga, šira javnost, usluge, financije i zdravstvo.

²³ Europski parlament, Kibersigurnost: glavne i rastuće prijetnje, <https://www.europarl.europa.eu/topics/hr/article/20220120STO21428/kibersigurnost-glavne-i-rastuce-prijetnje> (05. 03. 2025.)



Slika 1. Sektori pogođeni kibernetičkim prijetnjama prema Agenciji Europske unije za kibernetičku sigurnost Izvor: Europski parlament, <https://www.europarl.europa.eu/topics/hr/article/20220120STO21428/kibersigurnost-glavne-i-rastuce-prijetnje> (05. 03. 2025.)

4.1. Prijetnje kibernetičkoj sigurnosti do 2030.

Agencija Europske unije za kibernetičku sigurnost (ENISA) objavila je glavne prijetnje kibernetičkoj sigurnosti koje će se prema njenim predviđanjima vjerojatno pojaviti do 2030. ENISA je identificirala i rangirala deset najvećih prijetnji kibernetičkoj sigurnosti koje će se pojaviti do 2030., nakon 8-mjesečne vježbe predviđanja.

- Ugrožavanje lanca opskrbe softverskih ovisnosti
- Napredne kampanje dezinformiranja
- Porast autoritarnosti digitalnog nadzora/gubitak privatnosti
- Ljudska pogreška i iskorišteni naslijeđeni sustavi unutar cyber-fizičkih ekosustava
- Ciljani napadi poboljšani podacima pametnog uređaja
- Nedostatak analize i kontrole svemirske infrastrukture i objekata
- Porast naprednih hibridnih prijetnji
- Nedostatak vještina
- Prekogranični pružatelji ICT usluga kao jedinstvena točka kvara
- Zloupotreba umjetne inteligencije

ENISA je radila na radionici za identifikaciju prijetnji kako bi pronašla rješenja za nove izazove na horizontu 2030. Izvršni direktor ENISA-e, Juhan Lepassaar izjavio je: *“Ublažavanje budućih rizika ne može se dogoditi niti izbjeći. Zato je svaki uvid u budućnost naš najbolji plan osiguranja. Kao što izreka kaže: bolje spriječiti nego liječiti. To je naša odgovornost za poduzimanje svih mogućih mjera unaprijed kako bismo osigurali da povećamo našu otpornost tijekom godina za poboljšani krajolik kibernetičke sigurnosti 2030. i kasnije.”* Vježba pokazuje kako su prijetnje koje su označene izuzetno raznolike, te da još uvijek uključuju one koje su i danas relevantne. Današnje prijetnje su po istraživanju agencije ENISA podložne promjeni karaktera. Primjećuje se kako je popularizacija novih tehnologija ključni čimbenik koji pokreće promjene. Takvi čimbenici dodatno otežavaju samu vježbu i razumijevanje prijetnji koje se nalaze pod još većim izazovom. Analiza predviđanja bitna je za procjenu kako će se prijetnje u budućnosti razvijati, a još bitniji su zaključci ove vježbe koji moraju poslužiti kao poticaj za poduzimanje pravovaljanih mjera.²⁴

4.2. EUROPOL

Sjedište mu se nalazi u Nizozemskoj, a misija EUROPOL-a je osiguravanje podrške državama članicama Europske unije u suzbijanju i sprječavanju svih vrsta kriminala, a između ostalog i kibernetičkog kriminala. EUROPOL ima razvijenu suradnju i s državama koje nisu članice Europske unije. Konačni cilj je zaštita, odnosno egzistencija stanovnika država članica. Svi oblici inovacija iskorištavaju se za društvenu dobrobit, ali isto tako pojedinci ih koriste i u negativne svrhe. EUROPOL, zajedno sa organizacijama s kojima ostvaruje suradnju svakodnevno vodi borbu protiv kibernetičkih kriminalaca. Detektirao je problem kibernetičkog kriminala koji je u rastućem trenu država članica Europske unije, gdje je internetske infrastruktura dosta dobro razvijena, a građani sve učestalije koriste internetsko plaćanje. Sve to dovodi do povećanja kriminala, u ovom slučaju prvenstveno iznuda i prijevara. EUROPOL provodi sveobuhvatne aktivnosti kako bi držao korak s inovativnošću kibernetičkih kriminalaca. Prvenstveno, 2013. uspostavljen je Europski centar za kibernetički kriminal (EC3) kako bi se pospješilo provođenje zakona kao odgovor na kibernetički kriminal u Europskoj uniji te zaštitili europske vlade i njihovi građani. Na godišnjoj bazi EC3 izdaje procjenu prijetnje od organiziranog kriminala na internetu kako bi se postavili prioriteta za operativni akcijski plan u području kibernetičkog kriminaliteta. Sve mjere poduzete od strane EUROPOLA dovele su do značajnih uspjeha u borbi protiv kibernetičkih napada. Uspostavljena je koordinacija zajedničkih operacija,

²⁴ ENISA, <https://www.enisa.europa.eu/news/cybersecurity-threats-fast-forward-2030> (05. 03. 2025.)

koja uključuje i osobe iz privatnog sektora, a isto tako i koordinacija s Eurojustom, agencijom Europske unije za kaznenopravnu suradnju. Operacija je bila usmjerena na napade zlonamjernih softvera velikih razmjera koji potiču iz Ukrajine. Rezultirala je uhićenjima i pruža daljnje dokaze koji pomažu drugim istragama kibernetičkog kriminala. Operacija je usmjerena na dio kibernetičkog kriminala koji se bavi hakiranjem, zlonamjernim softverima, pristupom kompromitiranim poslužiteljima i odgovarajućim partnerima za neželjene kampanje i napade. Kibernetički kriminal jedan je od prioriteta Europske unije u borbi protiv teškog i organiziranog kriminala u sklopu Europske multidisciplinarne platforme protiv kriminalnih prijetnji (EMPACT) 2022. - 2025.²⁵

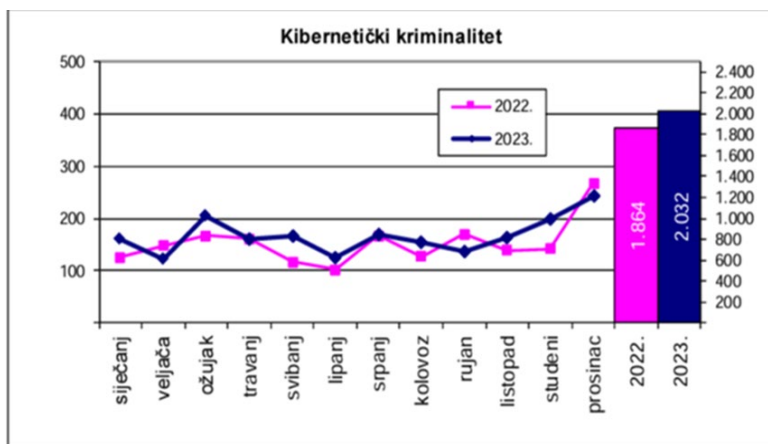
Šteta koja je uzrokovana kibernetičkim napadima nadilazi gospodarstvo i financije, te utječe i na same demokratske temelje Europske unije odnosno njenih država članica. Još 2018. godine Obradović je definirao kibernetiku kao vrstu interdisciplinarne znanosti koja za cilj ima prijenos informacija. Postoje razni primjeri u kojima se pojavljuju tzv. „botovi“ koji se pretvaraju da su stvarni ljudi s ciljem obasipanja određenih vladinih agencija lažnim komentarima. Svi oblici lažnih videozapisa i bilo kojih drugih dezinformacija dovode do gubitka povjerenja u informacije, medije i novinarstvo. Svaki oblik kibernetičkih napada testira otpornost demokratskih država i institucija, izravno napadajući njihov mir i sigurnost. Jedan od ciljeva hakera je uništiti odnosno poremetiti funkcioniranje vladinih agencija, te uništiti povjerenje javnosti u političko vodstvo. Osnovne usluge i određeni sektori poput zdravstva i financija sve više ovise o digitalnim tehnologijama što može dovesti do velikih posljedica, čak i u toj mjeri da pitanje kibernetičke sigurnosti postane pitanje života i smrti. Primjerice događaju se napadi na bolnice zbog kojih se odgađaju hitni medicinski zahvati, na električnu mrežu i vodoopskrbu što može dovesti do dugotrajnih posljedica. S obzirom na činjenicu da svijet postaje sve umreženiji, ta činjenica bi od strane kibernetičkih kriminalaca mogla biti iskorištena na nepredviđene načine. Današnji informacijski sustavi pohranjuju osjetljive podatke poput imovinskog stanja, zdravstvenog, socijalnog, mirovinskog i radnog statusa korisnika, što zahtijeva značajna ulaganja u obnovu, održavanje i zaštitu samog sustava. Bankarska informacijska tehnologija, stoga, mora držati korak s tehnološkim razvojem, napretkom na informatičkom tržištu i sve sofisticiranijim kibernetičkim napadima. Bankarski sektor je izrazito izložen kibernetičkim napadima, što može rezultirati značajnom štetom za klijente i velikim financijskim gubicima za državu. S obzirom na njegovu ključnu važnost za gospodarstvo, učinkovit i siguran bankarski sustav jedan je od temeljnih čimbenika stabilnosti. Osim toga, potiče akumulaciju štednje

²⁵ Europol, <https://www.europol.europa.eu/crime-areas/cybercrime> (05. 03. 2025.)

koja se usmjerava prema najboljim ulaganjima, čime se potiče gospodarski rast i podržava inovativnost. Rezultati istraživanja koje su 2014. proveli Coumo i Lawsky pokazuju da su sve ispitivane financijske institucije istaknule ulaganje u sigurnosne softvere i programe, ali posebno i obuku komunikacijskih djelatnika kao ključne prioritete. Edukacija i podizanje svijesti o važnosti kibernetičke sigurnosti te zaštite osobnih i poslovnih podataka imaju izuzetnu važnost. Potrebno je djelovati na svim razinama organizacija i institucija kako bi se spriječili i smanjili rizici koji proizlaze iz kibernetičkih napada. Bankarski sektor često je meta kibernetičkih kriminalaca zbog velikih količina osjetljivih podataka i, naravno, financijskih sredstava kojima raspolaže.²⁶

5. KIBERNETIČKI KRIMINALITET U REPUBLICI HRVATSKOJ

Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske u svom godišnjem izvješću o statističkom pregledu temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2023. godini predstavilo je podatke o 2032 kaznena djela koja su evidentirana u području kibernetičkog kriminaliteta.



Slika 2. Statistički podaci o kibernetičkom kriminalitetu na području Hrvatske za 2022./2023.

Izvor: Ministarstvo unutarnjih poslova RH, Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2022. godini, Zagreb, veljača 2023., str. XIV, https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2023/Statisticki_pregled_2022_web%20prelim.pdf (02. 03. 2025.)

²⁶ Europol, <https://www.europol.europa.eu/crime-areas/cybercrime> (05. 03. 2025.)

Kada usporedimo podatke s podacima za 2022. godinu, vidljivo je da je u protekloj godini evidentiran porast kaznenih djela iz područja kibernetičkog kriminaliteta čak za 9% (Slika 2.). Pokazalo se da je računalna prijevarena jedno od najučestalijih kaznenih djela, s 1571 prijavljenim slučajem udjelom od 77,3%. Navedena kaznena djela počinjena su na različite načine. Putem društvenih mreža, aplikacija za razmjenu digitalnih sadržaja, mrežnih usluga, SMS i MMS poruka, Darknet-a te ostalih načina komunikacijske tehnologije.¹² Prema navedenim podacima na te načine počinjeno je 786 kaznenih djela. Statistički podaci Ministarstva unutarnjih poslova za 2023. pokazuju da je najveći broj slučajeva kibernetičkog kriminaliteta zabilježen u Zagrebačkoj županiji (372), zatim u Splitsko-dalmatinskoj županiji (225), koju slijedi zadarska županija sa 139 slučajeva. Najmanje slučajeva zabilježeno u požeško-slavonskoj županiji (11), a koeficijent razriješenosti kaznenih djela kibernetičkog kriminaliteta iznosi 48,3 %.²⁷

5.1. Kibernetički napad na KBC Zagreb

U jutarnjim satima, 27. lipnja 2024. godine, došlo je do kibernetičkog napada na sustave Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Kao posljedica napada isključeni su svi bolnički sustavi radi dodatnih provjera. Puno sustava koje bolnica koristi u svakodnevnom radu ovisi o mrežnim servisima koji su napadnuti, poput onih najjednostavnijih kao što je ispis nalaza. Situacija je bila takva da se većina stvari mogla odraditi, ali značajno sporije što je uvelike usporilo rad same bolnice. Rješavanju situacije pristupilo je više od stotinu stručnjaka, a sigurnost pacijenata nije bila ugrožena što je u ovoj situaciji bilo najbitnije. Iako situacija je uzrokovala da pojedini pacijenti zbog kibernetičkog napada budu preusmjereni u druge bolnice. Mnogi pacijenti nisu uspjeli obaviti svoje pretrage koje su bile dogovorene toga dana. Najugroženiji je bio radiološki sustav koji potpuno ovisi o informacijskoj podršci. Kibernetički napad na najveću bolnicu slijedio je dan nakon što je napadnuto nekoliko internetskih stranica hrvatskih institucija, među kojima su bile Ministarstvo financija, Porezna uprava, Hrvatska narodna banka i Zagrebačka burza. Zanimljiva je izjava pomoćnika ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor KBC Zagreb Milivoja Novaka koji je kazao „*To nas je vratilo 50 godina unatrag - na papir i olovku.*“. Hakerska skupina „Lock Bit“ preuzela je odgovornost pohvalivši se napadom na najveću hrvatsku bolnicu, Utvrđeni su određeni propusti u tehničkim mjerama bolnice koji su doveli do ovog događaja. Stručnjaci smatraju kako se ovdje radi o napadu na privatnost, a

²⁷ Ministarstvo unutarnjih poslova RH, Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2022. godini, Zagreb, veljača 2023., str. XIV, https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2023/Statisticki_pregled_2022_web%20prelim.pdf (02. 03. 2025.)

ne o iskorištavanju određenih podataka, poput zdravstvenih kartona ili podataka o stanju lijekova u bolnici. Ministar zdravstva Republike Hrvatske otkrio je kako su napadači tražili otkupninu, odnosno novac, ali da Hrvatska s njima neće ulaziti u pregovore budući da je na određenom profilu na internetu teroristička organizacija postavila uvjete, a stav je Vlade da se ne razgovara s kriminalcima po tom pitanju.²⁸ Informatički sustav Kliničkog bolničkog centra Zagreb uredno je profunkcionirao nakon napada, te više ne postoje problemi u pružanju zdravstvene zaštite kao što je to bio slučaj za vrijeme za vrijeme kibernetičkog napada na bolnicu.

6. UPRAVLJANJE RIZICIMA I ZAŠTITA PODATAKA U ZDRAVSTVENIM INFORMACIJSKIH SUSTAVIMA SUKLANDO ZAKONU O KIBERNETIČKOJ SIGURNOSTI

Temeljni cilj zaštite informacijskih sustava u zdravstvu je zaštititi temeljni okvir informacijske sigurnosti podataka u zdravstvu odnosno povjerljivost, dostupnost i integritet informacija o pacijentu. Kao sastavni dio zaštite podataka ključno je zaštititi podatke o pacijentima, javnosti, zaposlenicima sukladno poštivanju zakona i drugih propisa. Svi sudionici sustava u zdravstvu moraju biti zaštićeni u kontekstu osiguranja integriteta, te zaštite i dostupnosti informacija. Prilikom zaštite podataka potrebno je voditi računa o riziku sigurnosti osobnih podataka. Sustav počiva na metodologiji analize rizika koji proizlazi iz ranjivosti zdravstvenog sustava i sigurnosnih incidenata koje može prouzročiti. Općenito, u zdravstvenim ustanovama najčešći napad i rizik jest nedostupnost podataka kao i rizik neovlaštenog pristupa podacima te neovlaštenog mijenjanja podataka. Kako bi se ti rizici sveli na prihvatljivu razinu, potrebno je upravljati rizicima.

U znanstveno literaturi i struci poznajemo tri osnovna mehanizma za upravljanje rizicima:

- BSC (Balanced Scorecard) na strateškoj razini organizacije,²⁹
- COBIT 2019 – taktička razina³⁰

²⁸ Jutarnji list, <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/beros-jos-uvijek-ne-znamo-jesu-li-hakeri-ukrali-podatke-hrvatskih-gradana-da-trazili-su-novac-15477567> (02. 03. 2025.)

²⁹ Balanced Scorecard Basics - Balanced Scorecard Institute. <https://balancedscorecard.org/bsc-basics-overview/> (03. 03. 2025.)

³⁰ COBIT (Control Objectives for Information and Related Technologies) okvir koji je razvila ISACA za upravljanje informacijskom tehnologijom (IT) usmjerenom na poslovanje. Metodologija definira skup generičkih procesa za upravljanje IT-om a pritom svaki proces se definira u skladu s ulazima i izlazima procesa, ključnim procesnim aktivnostima, ciljevima procesa, mjerama performansi i elementarnim modelom zrelosti. Vidi više na <https://www.isaca.org/resources/cobit> (03. 03. 2025.)

- ISO 27001 : 2022 – operativna razina – konkretne aktivnosti.“³¹

Prijetnje sigurnosti osobnih podataka u zdravstvenim ustanovama su specifične. One obuhvaćaju: namjerne i slučajne ljudske radnje unutar i izvan organizacije kao što su krađe podataka unutar organizacije i izvan nje, neovlašteni pristup podacima kao što je primjerice ostanak u programu nakon prestanka rada pa se drugi zaposlenik koristi programom pod tuđom lozinkom, nehotično slanje podataka na krive adrese, problemi sustava poput tehničkih greški, greški u funkcioniranju sustava, hardverske i softverske greške, zatim drugi problemi kao što su greške u održavanju, greške zaposlenika i sl. Upravljanje sigurnošću podataka u zdravstvu ne svodi se samo na sigurnost korisničkih imena i lozinki, već je potrebno voditi računa i o razvijanju svijesti o informacijskoj sigurnosti, provedbi edukacija o informacijskoj sigurnosti, kontroli pristupa podacima, provedbi disciplinskog postupka za kršenje sigurnosti, inzistirati na odgovornosti i ukidanju prava pristupa podacima.³² Osim osobnih podataka pacijenata potrebno je osigurati sustav zaštite podataka o pacijentima koji su prikupljeni za potrebe nekih istraživanja (statističkih ili kliničkih), podatke koji služe za donošenje odluka u klinici (npr. podaci o reakciji na lijekove), te informacije o zdravstvenim djelatnicima, ostalom osoblju i volonterima.³³

U tom smislu preporuka je certifikacija sustava prema međunarodnom standardu 27799:2016 kao i postupanje prema međunarodnom sustavu 27001:2022 i 27002:2022.

Svakako je preporuka certifikacija prema najnovijoj inačici ISO standarda 27001 : 2022 koja specificira zahtjeve za uspostavljanje, provedbu, održavanje i kontinuirano poboljšavanje sustava upravljanja informacijskom sigurnošću čime organizacija uspostavlja sustav upravljanja informacijskom sigurnošću (engl. *Information Security Management System*) – (dalje *ISMS*) Standard uključuje i zahtjeve za procjenu i postupanje s rizicima informacijske sigurnosti prilagođenim potrebama organizacije. Zahtjevi iz ISO / IEC 27001: 2022 su općeniti i trebaju se primjenjivati na sve organizacije, bez obzira na vrstu, veličinu ili prirodu.³⁴

³¹ Božić, V., *Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu*, MEDIX, br. 101/102, 2012., str. 220.

³² Čizmić, J.; Boban, M.; Zlatović, D., *Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost*, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Split, 2016.

³³ Ibid.

³⁴ Setyoso, F.; Mulyana, R.; Nugraha, R., *Utilizing ISO 27001:2022 in Information Security Design for BPRCCo SME Digital Transformation*, Ranah Research: Journal of Multidisciplinary Research and Development, 6, 2024., str. 2544–2553, doi:10.38035/rrj.v6i6.1121.



Slika 3. Temelji standarda ISO 27001 : 2022 Izvor: <https://advisera.com/27001academy/explanation-of-11-new-iso-27001-2022-controls/> (02. 03. 2025.)

Sukladno svim poznatim procesima upravljanja, ISMS ima za cilj dugoročno učinkovitost i efikasnost sustava koji se prilagođava promjenama kako unutar organizacije tako i u okolini putem pristupa „Plan-Do-Check-Act“ (PDCA) ili tzv. Demingovog kruga:

- Faza PLAN (‘planiranja’) koji se odnosi se na osmišljavanje ISMS-a, procjenu rizika od informacijske sigurnosti i odabir odgovarajuće mjera kontrole.
- Faza DO (‘implementacije’) koji uključuje provedbu i upravljanje zadanim mjerama kontrolama.
- Cilj faze CHECK (provjere) jest pregled i procjena uspješnosti odnosno učinkovitosti i djelotvornosti samog ISMS-a.
- U fazi ACT (poznatoj i kao „uvođenje“) uvode se izmjene prema potrebi kako bi se ISMS uvijek održao na najvišoj razini.

Standard ISO 27799:2016 – Zdravstvena informatika – Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu pomoću ISO/IEC 27002, (objavljeno 2. izdanje, 2016.) ciljano pruža smjernice za organizacijske standarde informacijske sigurnosti i prakse upravljanja informacijskom sigurnošću uključujući odabir, implementaciju i upravljanje kontrolama uzimajući u obzir okruženje rizika informacijske sigurnosti promatrane organizacije. Definira smjernice za potporu tumačenju i primjeni ISO/IEC 27002 u zdravstvenoj informatici te je pratilac te međunarodne norme. Također, definira i smjernice za implementaciju kontrola opisanih u ISO/IEC 27002 i nadopunjuje ih gdje je to potrebno, tako da se mogu učinkovito koristiti za upravljanje sigurnošću zdravstvenih informacija. Implementacijom ISO 27799:2016, zdravstvene organizacije i drugi skrbnici

zdravstvenih informacija moći će osigurati minimalnu potrebnu razinu sigurnosti koja odgovara okolnostima njihove organizacije i koja će održavati povjerljivost, cjelovitost i dostupnost osobnih zdravstvenih informacija u njihovoj skrbi.³⁵ Primjenjuje se na zdravstvene informacije u svim njihovim aspektima, bez obzira na oblik informacije (riječi i brojevi, zvučne snimke, crteži, video i medicinske slike), bez obzira na sredstva koja se koriste za njihovo pohranjivanje (ispis ili pisanje na papiru ili elektroničko pohranjivanje), i koji god se način koristio za prijenos (ručno, putem faksa, putem računalnih mreža ili poštom), budući da informacije moraju uvijek biti primjereno zaštićene.³⁶

Norme ISO 27799:2016 i ISO/IEC 27002 zajedno definiraju što je potrebno nužne korake koje je pružatelj usluga u zdravstvu dužan poduzeti u smislu informacijske sigurnosti u zdravstvu, ali ne definiraju kako se ti zahtjevi trebaju ispuniti. Odnosno, u najvećoj mogućoj mjeri, ISO 27799:2016 je tehnološki neutralan te samim time omogućava širu primjenu. Neutralnost u pogledu tehnologija implementacije važna je značajka. Sigurnosna tehnologija još uvijek prolazi kroz brzi razvoj i tempo te promjene sada se mjeri mjesecima, a ne godinama. Nasuprot tome, iako podliježu periodičnom pregledu, očekuje se da će međunarodni standardi u cjelini ostati valjani godinama.³⁷ Jednako važno, tehnološka neutralnost ostavlja dobavljačima i pružateljima usluga slobodu da predlažu nove tehnologije ili tehnologije u razvoju koje ispunjavaju potrebne zahtjeve koje opisuje ISO 27799:2016. Kao što je navedeno u uvodu, poznavanje norme ISO/IEC 27002 neophodno je za razumijevanje norme ISO 27799:2016.

Sljedeća područja informacijske sigurnosti izvan su opsega ISO 27799:2016:

- a) metodologija i statistički testovi za učinkovitu anonimizaciju osobnih zdravstvenih podataka;
- b) metodologija za pseudonimizaciju osobnih zdravstvenih podataka;
- c) kvaliteta usluga mreže i metode mjerenja dostupnosti mreža koje se koriste za zdravstvenu informatiku;
- d) kvaliteta podataka (za razliku od cjelovitosti podataka).

Navedene postupke nužno je uskladiti putem imenovanog stručnjaka za kibernetičku sigurnosti te službenika za zaštitu podataka sukladno zahtjevima Opće uredbe o zaštiti podataka budući da se u velikoj mjeri u zdravstvu obrađuju

³⁵ Sharma, N.; Jindal, N., *Emerging artificial intelligence applications: metaverse, IoT, cybersecurity, healthcare - an overview*, Multimedia Tools and Applications, 83, 2024., str. 57317–57345, doi:10.1007/s11042-023-17890-6.

³⁶ ISO Organization for Standardization, <https://www.iso.org/standard/62777.html> (04. 03. 2025.)

³⁷ Evolving Roles of Chief Information Security Officers and Chief Risk Officers. (2024). (n.p.): BookLocker.com, Inc.

osobni podaci pacijenata.³⁸ U postupku razvoja u ovom trenutku je i ISO/DIS 27799 - Zdravstvena informatika – Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu pomoću ISO/IEC 27002. Ovaj nacrt međunarodne norme je u fazi ispitivanja kod članova ISO-a a zamijenit će ISO/TS 14441:2013 | ISO 27799:2016.³⁹

7. ZAKLJUČAK

Polje kibernetičke sigurnosti kontinuirano se razvija i unaprjeđuje i svjedoci smo znanstvenih i stručnih rasprava o važnosti koja se odnosi na zaštitu digitalnih informacija, te se danas granice između realnog svijeta i virtualnog svijeta sve više umanjuju. Kibernetička sigurnost u današnjem digitalnom svijetu postaje ključna tema koja iziskuje veliku pažnju i interes sve većeg broja ljudi a poglavito kibernetička sigurnosti i zaštita podataka u zdravstvu kao jednom od ključnih sektora kibernetičke sigurnosti. Unatoč sve većem razvoju svijesti o važnosti kibernetičke sigurnosti, današnji svijet ostaje u velikoj mjeri neinformiran o složenosti i mogućnostima kibernetičke sigurnosti. Spoznajom kako je većina kibernetičkih napada uzrokovana ljudskom pogreškom ili ljudskom naivnošću, aktivno možemo utjecati na smanjenje tog postotka koje je moguće smanjiti jedino edukacijom kadrova u zdravstvu, poglavito bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite o osnovama kibernetičke sigurnosti te postupanjem sukladno zakonskom okviru detaljno obrađenom u ovom radu a osobito s naglaskom na važeće zakone: Općoj (EU) uredbi o zaštiti podataka -GDPR-u, Zakonu o kibernetičkoj sigurnosti, Zakonu o podacima i informacijama u zdravstvu te novom Pravilniku o načinu obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima u zdravstvu, načinu čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardiziranim obrascima te registrima i evidencijama u zdravstvu. Svakako ključan korak jest poduzimanje mjera upravljanja kibernetičkim sigurnosnim rizicima i provjere usklađenosti ključnih i važnih subjekata sukladno čl. 26 Zakona o kibernetičkoj sigurnosti koji predstavlja najbrži i najučinkovitiji način zaštite od potencijalnih kibernetičkih napada u zdravstvu. Kontinuirano obrazovanje o kibernetičkoj sigurnosti od izuzetne je važnosti u današnjem digitalnom svijetu a osobito u zaštiti zdravstvenih podataka koji predstavljaju posebnu kategoriju osobnih podataka. S obzirom na sve veći broj kibernetičkih prijetnji i uznapredovanih napada, ključno je redovno ažuriranje znanja i vještina kako bi se značajno smanjili rizici od

³⁸ Francis, L. P.; Francis, J. G., *States of Health: The Ethics and Consequences of Policy Variation in a Federal System*, Oxford University Press, Sjedinjene Američke Države, 2024.

³⁹ ISO Organization for Standardization, <https://www.iso.org/standard/84647.html> (04. 03. 2025.)

sigurnosnih incidenata. Edukacija omogućava organizacijama i pojedincima da prepoznaju moguće prijetnje, da što bolje razumiju zaštitu povjerljivih podataka, te načine implementiranja efikasnih sigurnosnih mjera. Podizanje svijesti, odnosno obrazovanje o kibernetičkoj sigurnosti pomaže u stvaranju kulture sigurnosti unutar organizacija, gdje svi zaposlenici budu uključeni u zaštitu informacija. Kontinuirano obrazovanje može utjecati i na usvajanje novih tehnologija i alata koji se koriste za zaštitu od kibernetičkih prijetnji, čime se osigurava da budemo uvijek korak ispred potencijalnih napadača. Ulaganje u kibernetičku sigurnost nije samo tehnički izazov, već se radi i o strateškoj odluci koja može zaštititi reputaciju i resurse, te značajno prevenirati potencijalne velike gubitke. Zato je važno osvijestiti kako je kibernetička sigurnost i provođenje mjera informacijske sigurnosti obveza svih dionika u zdravstvu. To je kontinuirani proces i ne može biti a ne jednokratna mjera. Edukacija, osvještavanje i primjena dobrih primjera iz prakse ključni su u stvaranju što kreiranja sigurnijeg digitalnog okruženja. Ulaganje u prevenciju, edukaciju o kibernetičkoj sigurnosti ključno je kako bi se stvorilo sigurno digitalno okruženje za sve dionike u zdravstvu s osobitim naglaskom na osobne podatke pacijenata, te kako bi se maksimalno umanjile sve potencijalne štete koje mogu nastati, a koje mogu biti rezultat nastajanja velikih posljedica za sudionike digitalnog okruženja. Na tom tragu zaštita zdravstvenog sektora od kibernetičkih napada i mjere i postupci za jačanje kibernetičke sigurnosti bolnica i pružatelja zdravstvene zaštite u ovom trenutku visoko su na ljestvici obveznih ulaganja i praćenja zakonodavnog okvira u ovom području.

LITERATURA

Knjige i članci u časopisima

1. Al-Qarni, E. A., *Cybersecurity in healthcare: A review of recent attacks and mitigation strategies*, International Journal of Advanced Computer Science and Applications, 14(5), 2023.
2. Appari, A.; Johnson, M. E., *Information security and privacy in healthcare: Current state of research*, Int. J. Internet and Enterprise Management, 6(4), 2010., str. 279–314.
3. Backman, S., *Risk vs. threat-based cybersecurity: the case of the EU*, European Security, 32(1), 2022., str. 85–103.
4. Boban, M., *E-zdravlje: zaštita osobnih podataka u novim uvjetima*, Zbornik radova, 1. Kongres KOKOZ-a i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Rabac, Hrvatska, 2019., str. 41-72.
5. Boban, M., *Upravljanje podacima i informacijama u zdravstvenim informacijskim sustavima Republike Hrvatske - sigurnost, zaštita i odgovornost*, Medicina, pravo & društvo, Univerza v Mariboru Pravna fakulteta, Maribor, 2021., str. 211-232.

6. Boban, M., *Zaštita podataka i pravo na privatnost u informacijskom društvu*, Veleučilište Nikola Tesla, Gospić, 2019., str. 38-40.
7. Božić, V., *Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu*, MEDIX, br. 101/102, 2012., str. 220.
8. Carrapico, H.; Barrinha, A., *European Union cyber security as an emerging research and policy field*, European Politics and Society, 19(3), 2018., str. 299–303.
9. Čizmić, J.; Boban, M., *Utjecaj novih tehnologija na zaštitu tajnosti podataka i informacijsku sigurnost*, Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem „Pravo na pristup informacijama i zaštita osobnih podataka“, Pravni fakultet u Splitu, Split, 2015., str. 67-104.
10. Čizmić, J.; Boban, M.; Zlatović, D., *Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost*, Sveučilište u Splitu Pravni fakultet, Split, 2016.
11. *Data Protection and Privacy in Healthcare: Research and Innovations*, CRC Press, Ujedinjeno Kraljevstvo, 2021.
12. Dunn Cavelty, M.; Smeets, M., *Regulatory cybersecurity governance in the making: the formation of ENISA and its struggle for epistemic authority*, Journal of European Public Policy, 30(7), 2023., str. 1330–1352.
13. Flonk, D.; Jachtenfuchs, M.; Obendiek, A., *Controlling internet content in the EU: towards digital sovereignty*, Journal of European Public Policy, 31(8), 2024., str. 2316–2342.
14. Institute of Medicine, *Protecting Data Privacy in Health Services Research*, National Academies Press, 2001.
15. Kuzlu, M.; Fair, C.; Guler, O., *Role of artificial intelligence in the Internet of Things (IoT) cybersecurity*, Discover Internet Things, 1(1), 2021., str. 1–14.
16. Murphy, S. P., *Healthcare Information Security and Privacy*, McGraw Hill Professional, 2015.
17. Nacionalni CERT, *Fizička zaštita informacijskih sustava*, NCERT-PUBDOC-2010-06-304, 2019.
18. Roy, S., *Privacy prevention of health care data using AI*, Journal of Data Acquisition and Processing, 37(3), 2022.
19. Setyoso, F.; Mulyana, R.; Nugraha, R., *Utilizing ISO 27001:2022 in Information Security Design for BPRCCo SME Digital Transformation*, Ranah Research: Journal of Multidisciplinary Research and Development, 6, 2024., str. 2544-2553.
20. Sharma, N.; Jindal, N., *Emerging artificial intelligence applications: metaverse, IoT, cybersecurity, healthcare - an overview*, Multimedia Tools and Applications, 83, 2024., str. 57317–57345.

Mrežni izvori

1. Ured vijeća za nacionalnu sigurnost RH, <https://www.uvns.hr/hr> (28.02.2025.)

2. Zavod za sigurnost informacijskih sustava RH, <https://www.zsis.hr/> (28.02.2025.)
3. Jačanje kibernetičke sigurnosti zdravstvenog sektora, https://commission.europa.eu/news/bolstering-cybersecurity-healthcare-sector-2025-01-15_hr (04. 03. 2025.)
4. Europski parlament, Kibersigurnost: glavne i rastuće prijetnje, <https://www.europarl.europa.eu/topics/hr/article/20220120STO21428/kibersigurnost-glavne-i-rastuce-prijetnje> (05. 03. 2025.)
5. ENISA, <https://www.enisa.europa.eu/news/cybersecurity-threats-fast-forward-2030> (05. 03. 2025.)
6. Europol, <https://www.europol.europa.eu/crime-areas/cybercrime> (05. 03. 2025.)
7. Ministarstvo unutarnjih poslova RH, Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2022. godini, Zagreb, veljača 2023., str. XIV, https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2023/Statisticki_pregled_2022_web%20prelim.pdf (02. 03. 2025.)
8. Balanced Scorecard Basics - Balanced Scorecard Institute. <https://balancedscorecard.org/bsc-basics-overview/> (03. 03. 2025.)
9. COBIT (Control Objectives for Information and Related Technologies), <https://www.isaca.org/resources/cobit> (03. 03. 2025.)
10. ISO Organization for Standardization, <https://www.iso.org/standard/62777.html> (04. 03. 2025.)
11. Evolving Roles of Chief Information Security Officers and Chief Risk Officers. (2024). (n.p.): BookLocker.com, Inc..
12. Francis, L.P., Francis, J.G. (2024). States of Health: The Ethics and Consequences of Policy Variation in a Federal System. Sjedinjene Američke Države: Oxford University Press.
13. ISO Organization for Standardization, <https://www.iso.org/standard/84647.html> (04. 03. 2025.)
14. Jutarnji list, <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/beros-jos-uvijek-ne-znamo-jesu-li-hakeri-ukrali-podatke-hrvatskih-gradana-da-trazili-su-novac-15477567> (02. 03. 2025.)
15. Agencija za zaštitu osobnih podataka RH, <https://azop.hr/> (26.02.2025.)
16. Nacionalni CERT, <https://www.cert.hr/onama/> (28.02.2025.)

Pravni akti

1. Pravilnik o načinu obrade zdravstvenih i drugih osobnih podataka u zdravstvenim nacionalnim i institucionalnim informacijskim sustavima u zdravstvu, načinu čuvanja i zaštite zdravstvenih podataka i izrade zdravstvenih pokazatelja, standardiziranim obrascima te registrima i evidencijama u zdravstvu, Narodne novine, br. 150/24.

2. Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka).
3. Uredba o načinu označavanja klasificiranih podataka, sadržaju i izgledu Uvjerenja o obavljenoj sigurnosnoj provjeri i Izjave o postupanju s klasificiranim podacima, Narodne novine, br. 102/07.
4. Zakon o informacijskoj sigurnosti, Narodne novine, br. 79/07, 14/24
5. Zakon o kibernetičkoj sigurnosti, Narodne novine, br. 14/24
6. Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu, Narodne novine, br. 14/19
7. Zakon o pravu na pristup informacijama, Narodne novine, br. 25/13, 85/15, 69/22
8. Zakon o tajnosti podataka, Narodne novine, br. 79/07, 86/12

PROTECTION OF THE HEALTHCARE SECTOR FROM CYBERATTACKS AND MEASURES AND PROCEDURES FOR STRENGTHENING CYBERSECURITY IN HOSPITALS AND HEALTHCARE PROVIDERS

The digital transformation of the economy and society has accelerated in recent years, opening up many new opportunities but also various potential threats, such as cybersecurity. Modern life increasingly relies on digital technologies, making cyberattacks more frequent. On one hand, this transformation has been highly beneficial for the economy and consumers during the recovery from the crisis caused by the coronavirus pandemic. On the other hand, it has paved the way for the rise of cybercrime. Sectors that rely the most on digital technologies and networked information systems are at the highest risk of cyberattacks, including healthcare, transportation, energy, security, telecommunications, and defense. Digitalization is fundamentally transforming the healthcare system and the healthcare sector as a whole, as it aims to provide higher-quality services to patients through innovations such as electronic health records, telemedicine, and diagnostics aided by new technologies, particularly artificial intelligence. However, alongside digitalization, new risks and threats are emerging in the form of cyberattacks, which are becoming a new reality and can have serious consequences for the healthcare sector. In this context, the author analyzes current risks and examines the application of the existing regulatory framework governing cybersecurity and the protection of the healthcare sector from cyberattacks. The paper also provides an overview of legally mandated technical and organizational protection measures and procedures aimed at strengthening cybersecurity in hospitals and healthcare service providers.

Key words: *cyberattacks, cybersecurity, protective measures, regulatory framework, security, healthcare.*

Prof. dr. em. Jana Goriup*

SOCIALNI GERONTOLOG V PRIMEŽU ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI

UDK: 616-056.24 (497.4)
Izvorni znanstveni rad
Priljeno: 14. ožujka 2025.

Dolgotrajna oskrba obsega niz storitev, ukrepov, aktivnosti in so namenjene osebam, ki so zaradi posledic starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, izgube ali pomanjkanja intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju ali pa, da so trajno odvisne od pomoči druge osebe pri opravljanju podpornih in osnovnih dnevnih opravil. Področje dolgotrajne oskrbe v okviru socialnih politik gospodarsko razvitih držav zavzema vse vidnejše mesto. Vpliv staranja prebivalstva v Evropski uniji se bo v naslednjih nekaj desetletjih še izrazito povečal, saj se podaljšuje življenjska doba starejše populacije, stopnja rodnosti se niža in s tem se povečuje starejša populacija, ki potrebuje pomoč pri osnovnih in podpornih dnevnih opravilih. Države Evropske unije zagotavljajo dolgotrajno oskrbo na različne načine, saj spada urejanje sistemov socialne zaščite pod načelo subsidiarnosti, kar pomeni, da je organizacija in financiranje tega področja v pristojnosti posamezne države članice. Tako kot v nekaterih državah Evropske unije je tudi v Republiki Sloveniji dolgotrajna oskrba že postala samostojna kategorija socialne varnosti. Sprejet je bil Zakon o dolgotrajni oskrbi, v katerega je kot eden izmed ključnih izvajalcev, po vseh zapletih, vključen tudi socialni gerontolog.

Ključne besede: *Zakon o dolgotrajni oskrbi, starejši odrasli, Socialna zbornica, Ministrstvo za delo družino in enake možnosti, Ministrstvo za solidarno prihodnost, socialni gerontolog*

1. UVOD

V zadnjem desetletju se staranje prebivalstva s pripadajočimi demografskimi spremembami po vsem svetu, in tudi v Sloveniji, povečuje in predvideva se, da se bo to nezadržno nadaljevalo tudi v bodoče. Ta vztrajna rast je kumulirala v veliko zanimanje za preučevanje staranja, ki smo mu priča od začetka 21. stoletja v vseh družbah sveta. Odkritja v znanosti, medicini in tehnologiji so pripomogla k nizki stopnji rodnosti in umrljivosti ter k podaljševanju življenjske dobe v različnih družbah. Intenzivna rast starajočega se prebivalstva pa povzroča povečane potrebe po posameznikih, ki so specializirani za razumevanje procesa staranja z veščinami za ustvarjanje boljših življenjskih pogojev za starejše odrasle. Zato sta študiji socialne gerontologije in staranja tisti poklicni smeri, ki lahko pomagata

* Prof. dr. emer. Jana Goriup, Univerza Alma Mater Maribor, Slovenija, e-mail: jana.goriup@almamater.si, COBISS: 13130

zapolniti to trenutno intenzivno naraščajoče povpraševanja po kadrih za delo s tako subtilno populacijo (Derrick 2023). V mnogih državah po svetu, tudi v Sloveniji, je potrebno poiskati najboljše možne rešitve za oskrbo vse starejšega prebivalstva, spodbujati zaposlovanje mladih na tem področju, predvsem pa spodbujati študij in kompetence na področju socialne gerontologije. Postati socialni gerontolog pomeni delati s starejšimi odraslimi in tistimi, ki so z njimi kakorkoli povezani, da bi povečali kakovost bivanja in pomagali drugim razumeti trenutno stanje starejšega posameznika.

2. SOCIALNA GERONTOLOGIJA KOT POTREBA DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH ODRASLIH

Socialna gerontologija, ki je veja gerontologije, je veda o procesih staranja in starosti. Osredotoča se na proces aktivnega in produktivnega staranja ljudi z vidika medgeneracijskega sožitja, zagotavljanja socialne vključenosti in sprejemanja lastne starosti. Socialna gerontologija se od geriatrične medicine razlikuje po zanimanju za socialne determinante blaginje v kasnejšem življenju.

Univerza Alma Mater Europaea je v Sloveniji edina akreditirana visokošolska ustanova, na kateri se izvajajo tudi akreditirani, javno veljavni študijski programi s področja Socialne gerontologije. Na študijske programe dodiplomske, magistrske in doktorske ravni se bo v študijskem letu 2024/25 vpisala že 15 generacija študentov socialne gerontologije. Do sedaj je študij socialne gerontologije uspešno zaključilo 96 študentov na dodiplomskem programu, 53 študentov na magistrskem in 43 študentov na doktorskem programu. Kot taka je socialna gerontologija inovativen študijski program, ki se posveča problematiki, s katero se ukvarjamo tako doma kot po svetu zaradi naraščanja starajočega se prebivalstva. Odgovarja na aktualna vprašanja staranja z osveščanjem o pomenu starosti, staranja, umiranja in smrti ter smisla življenja, in sicer z različnimi metodami in tehnikami. Diplomantom na različnih ravneh ponujajo vedenja in znanja za razumevanje starejših in uspešno delo z njimi. Novak (2019) navaja, da socialni gerontologi gledajo na staranje, starost in starejšo odraslo populacijo skozi tri široke teoretske perspektive:

- *funkcionalistične teorije*, kot je teorija starostne stratifikacije, in ki povezuje staranje posameznika z družbenimi institucijami, kot sta izobraževanje in družina. Gre za dinamično prepletanje dveh soodvisnih procesov: posameznikovo staranje in družbene spremembe;
- *konstruktivističnih teorij*, ki se osredotočajo na to, kako si ljudje razlagajo svoj družbeni svet, kako komunicirajo drug z drugim in zakaj počnejo, kar počnejo. V tem pristopu se poroča o tem, kako ljudje doživljajo staranje.

Tak pristop ponuja bogato razumevanje staranja, kot ga doživlja starejši človek; in

- *kritičnih ali konfliktnih teorij*, med katere spadajo feministične teorije, kumulativne teorije prednosti in slabosti ter teorija politične ekonomije. Teorija politične ekonomije na primer proučuje, kako gospodarski red, socialni programi in politike za starejše ljudi krepijo neenakosti družbenega razreda, spola in rase v poznejšem življenju.

Navedeno znanje in usvojene profesionalne kompetence socialnemu gerontologu namreč omogoča kvalitetno delo s starejšimi odraslimi.

3. ZAKON O DOLGOTRAJNI OSKRBI (ZDOSK-1)

Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1), ki ga je najprej sprejel Državni zbor Republike Slovenije na XX. seji 8.12.2020 in nato ponovno, modificiranega, dne 21. julija 2023, ureja sistem dolgotrajne oskrbe (DO), pravice in obveznosti izvajalcev, katere izhajajo iz zakona, osebe, zavarovane za dolgotrajno oskrbo, naloge Republike Slovenije in naloge občin v zvezi z dolgotrajno oskrbo ter obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo in vire financiranja dolgotrajne oskrbe v Republiki Slovenji (ZDOsk-1, čl.1).

Zakon o dolgotrajni oskrbi ureja pravice posameznika tako, da ga postavlja v središče obravnave in strmi k cilju ohranjanja njegove samostojnosti ter zagotavlja oskrbo po meri. Vizija dolgotrajne oskrbe je, da krepi mrežo storitev v skupnosti, katera bo vsem, ki potrebujejo tovrstno oskrbo omogočila, da čim dlje časa ostajajo v domačem okolju. Obenem pa je cilj reforme tudi ta, da zagotovi tistim ki potrebujejo institucionalno varstvo bolj finančno dostopno in dosegljivo oskrbo (Ministrstvo za solidarno prihodnost b. d.).

Vsekakor ocenjujemo, da Zakon o dolgotrajni oskrbi prinaša boljšo dostopnost ter dosegljivost storitev, ki bodo financirane iz javnih sredstev, osnovno pravico do oskrbe na domu, oskrbo v instituciji, oskrbovalca družinskega člana ali denarnega prejemka, storitev e-oskrbe. Preventivno pa tudi storitve za ohranjanje samostojnosti in krepitev samostojnosti, katere omogočajo, da starejši odrasel ostane v domačem okolju čim dlje. Kot vstopne točke so predvidene stacionirane na Centrih za socialno delo, kjer bo lahko oseba pridobila vse informacije glede pravic, ki bi jim pripadale iz naslova dolgotrajne oskrbe. Oskrba bo zasnovna po meri človeka, ki bo oblikovana s svetovalcem za dolgotrajno oskrbo in uporabnikom, glede na želje in potrebe uporabnika. Ocena upravičenosti se bo izdelala na podlagi ocenjevalnega orodja, ki na prvo mesto predvideva samostojnost uporabnika.

3.1. Kadrovski pogoji v Zakonu o dolgotrajni oskrbi

Na podlagi 5. odstavka 14. člena, 32. člena, in drugega odstavka 60. člena ZDOsk-1, je minister za solidarno prihodnost, pristojen za dolgotrajno oskrbo, izdal Pravilnik o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superreviziji v dolgotrajni oskrbi (Pravilnik o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi 2024). Pravilnik v 60. členu ZDOsk-1 govori o zaposlenih pri izvajalcih DO in določa minimalne kadrovske pogoje za storitve pomoči pri osnovnih in podpornih dnevnih opravilih, storitve zdravstvene nege, storitve za krepitev in ohranjanja samostojnosti, administrativne, finančno-računovodske, poslovne in osnovne storitve ter delo koordinatorja DO. Kadrovski pogoji se tako nanašajo na področje in raven izobrazbe zaposlenih pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe. Tako pravilnik navaja, da:

- storitve pomoči pri osnovnih dnevnih opravilih opravljajo osebe, ki so v skladu z zakonom, ki ureja slovensko ogrodje kvalifikacij, zaključili najmanj 4. raven izobrazbe po SOK (slovensko ogrodje kvalifikacij), lahko pa tudi osebe, ki imajo pridobljen NPK (nacionalno poklicno kvalifikacijo) s področja socialne oskrbe ali zdravstvene nege;
- storitve pomoči pri podpornih dnevnih opravilih opravljajo osebe, ki so v skladu z zakonom, ki ureja SOK, zaključili najmanj 2. raven izobrazbe po SOK;
- storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila, opravljajo osebe, ki so v skladu s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti kompetentne za opravljanje zdravstvene nege, ki jih vodi diplomirana medicinska sestra;
- storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti opravljajo diplomirani socialni delavec, diplomirani delovni terapevt, diplomirani fizioterapevt, magister kineziologije in socialni gerontolog, pri čemer izvajalec DO iz 1. odstavka prejšnjega člena v timu za krepitev in ohranjanje samostojnosti zagotovi najmanj zaposlene iz poklicnih skupin: diplomiran fizioterapevt oziroma diplomiran delovni terapevt in socialni delavec oziroma **socialni gerontolog**;
- administrativne, finančno-računovodske, poslovodne storitve in storitve osnovne oskrbe opravljajo osebe, ki so v skladu s predpisi z delovnega področja usposobljene za opravljanje dejavnosti;
- koordinacijo DO opravlja koordinator DO.

Na Katedri za socialno gerontologijo, Univerze Alma Mater, smo, po desetletnih naporih, da se poklic socialnega gerontologa umesti tako v Zakon o dolgotrajni oskrbi kot v Katalog funkcij, delovnih mest in nazivov v javnem sektorju, odločitvi sprejeli z olajšanjem. Toda s tem zapletov o vključitvi socialnega gerontologa

še nikakor ni konec, saj je Ministrstvo za delo, družino in enake možnosti 16. januarja 2025 onemogočilo opravljanje strokovnega izpita po 69. členu ZSV in ga degradiralo s premestitvijo v 70. člen istega zakona.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je namreč na Socialno zbornico Slovenije naslovilo dopis, v katerem podaja mnenje o Zakonu o socialnem varstvu (v nadaljevanju: ZSV). Dopis se nanaša na enega izmed številnih poklicev, ki so doslej lahko opravljali strokovni izpit skladno s 69. členom ZSV in ki niso konkretno naštet v 69. členu ZSV. Stališče pristojnega ministrstva je, da konkretna poklicna skupina iz konkretne akreditirane izobraževalne ustanove ne bi smela opravljati strokovnega izpita po 69. členu ZSV, temveč ga lahko opravlja le skladno s Pravilnikom o strokovnem izpitu za strokovne sodelavce na področju socialnega varstva (Ur. l. 74/22). Temu seveda odločno nasprotujemo. Predvsem zato, ker je razlika med strokovnim delavcem po 69. členu ZSV in strokovnim sodelavcem po 70. členu ZSV v tem, da strokovni sodelavec opravlja manj zahtevna strokovna dela, običajno pod vodstvom ali nadzorom strokovnega delavca. Strokovni delavci imajo višjo izobrazbo, večjo stopnjo odgovornosti in pristojnosti za samostojno strokovno delo, medtem ko strokovni sodelavci delujejo kot podporno osebje z nalogami, ki dopolnjujejo delo strokovnih delavcev.

4. SOCIALNI GERONTOLOG V ZAKONU O DOLGOTRAJNI OSKRBI

V Zakonu o dolgotrajni oskrbi ima socialni gerontolog pomembno vlogo v dolgotrajni oskrbi. Naveden je v 4. točki 60. člena ZDOsk-1, kjer člen govori o pogojih za opravljanje dolgotrajne oskrbe, da storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti opravljajo diplomirani socialni delavec, diplomirani delovni terapevt, diplomirani fizioterapevt, magister kineziologinje in socialni gerontolog (ZDOsk-1, čl. 60). Kljub temu pa kritično opozarjamo, da delovne naloge socialnega gerontologa v storitvah za krepitev in ohranjanje samostojnosti v tem delu zakona niso navedene.

Socialni gerontolog je naveden je tudi v 2. odstavku 65. člena ZDOsk-1, kjer člen govori o koordinatorju dolgotrajne oskrbe (DO). Delo koordinatorja DO opravlja oseba z višjo ali visoko izobrazbo s področja zdravstva, socialne gerontologije ali socialnega dela in ima opravljeno usposabljanje za koordinatorja DO (ZDOsk-1, čl. 65).

Delo socialnega gerontologa kot koordinatorja pri izvajalcu DO poteka timsko, koordinirano, strokovno in odgovorno. Dela in naloge socialnega gerontologa kot koordinatorja DO so:

- v sodelovanju z upravičencem pripravljanje in sklepanje osebni načrt;
- vodenje in organiziranje timskega dela;
- skrb za usklajenost in strokovnost opravljanja DO za uporabnika v skladu z osebnim načrtom;
- spremljanje ustreznosti izvajanja DO glede na potrebe uporabnika;
- podajanje mnenje glede doseganja pričakovanega namena storitev e-oskrbe iz tega zakona;
- svetovanje oskrbovalcu družinskega člana in zagotavljanje razbremenilnih pogovorov;
- sodelovanje z oskrbovalcem družinskega člana pri pripravi osebnega načrta in mesečnih poročil;
- sodelovanje in povezovanje s socialno mrežo uporabnika, družino uporabnika in drugimi izvajalci na področju DO, zdravstvenega in socialnega varstva;
- sodelovanje z zaposlenimi na vstopni točki in CSD;
- vodenje dokumentacijo v zvezi z opravljanjem storitev DO;
- načrtovanje in organiziranje supervizije za zaposlene;
- spremljanje, da uporabnik DO ves čas upravičenosti do DO izpolnjuje pogoje
- o sklenitvi osebnega načrta oziroma aneksa k osebnemu načrtu obveščanje ZZZS in vstopno točko.

Socialni gerontolog kot koordinator DO bo izvajal redne obiske uporabnikov DO. Obiski bodo odvisni od kategorije DO, v katero bo uporabnik uvrščen, pri čemer se bo pogostost obiskov koordinatorja DO pri uporabniku zagotavljala najmanj v obsegu, razvidnem v Tabeli 1.

Tabela 1: Število obiskov Koordinatorja DO

	1. kategorija DO	2. kategorija DO	3. kategorija DO	4. kategorija DO	5. kategorija DO
Število rednih obiskov koordinatorja DO letno	1 x na polletno obdobje	1 x na kvartalno obdobje	1 x na kvartalno obdobje	1 x mesečno	1 x mesečno

Vir: PISRS (ZDOsk-1)

Socialni gerontolog bo kot koordinator DO skrbel za opravljanje storitev DO v skladu z osebnim načrtom in vodi elektronsko evidenco opravljenih storitev DO. Če bo kot koordinator DO ugotovil, da uporabniku, ki se je odločil pravico do DO koristiti v obliki oskrbovalca družinskega člana, kljub izobraževanju in

podpori, DO ni ustrezno zagotovljena oziroma da oskrbovalec družinskega člana opravlja naloge v nasprotju z določbami tega zakona, osebnim načrtom in načrtom priporočenih storitev oziroma si uporabnik z denarnim prejemkom ni zagotovil ustrezne oskrbe, kar vpliva na njegovo zdravje in počutje oziroma predstavlja tveganje za okolje, bo to razlog za prehod v drugo obliko opravljanja DO. V tem primeru bo koordinator DO pri vstopni točki podal predlog za izvedbo ponovne ocene upravičenosti do DO in bo vstopna točka postopek ponovne ocene upravičenosti do DO izvedla po uradni dolžnosti (ZDOsk-1, čl. 65).

Socialni gerontolog je naveden tudi v 5. odstavku 88. člena ZDOsk-1, kjer člen govori o vstopnih točkah za DO in zaposlenih na vstopnih točkah za DO. Svetovalec za DO je lahko oseba z izobrazbo s področja kineziologinje, zdravstva, socialne gerontologije ali socialnega dela (ZDOsk-1, čl. 88). Vstopne točke za DO so organizirane na območnem CSD v okviru njegovih enot. Delovne naloge zaposlenega socialnega gerontologa na vstopnih točkah bodo:

- informiranje in svetovanje glede pravic do DO vlagateljem, upravičencem, njihovim svojcem in drugim;
- vzpostavljane prvega stika z zavarovanimi osebami in njihovimi svojci in vzpostavljane ter razvijanje delovnega odnosa z uporabniki in njihovimi svojci;
- vodenje in odločanje v postopku ugotavljanja upravičenosti do pravic do DO; priprava načrta priporočljivih storitev;
- zagotavljanje podpore upravičencem pri odločanju o tipu storitve, ki si jo želi, in
- usmerjanje v storitve DO, in
- sodelovanje s koordinatorjem DO, z izvajalci storitev in drugimi akterji.

Iz navedenega sledi, da bo socialni gerontolog v izvajanju Zakona o dolgotrajni oskrbi v luči dela s starejšimi odraslimi še kako potreben, kar se kaže že (pred uveljavitvijo) zakona.

5. STROKOVNI IZPIT V SOCIALNEM VARSTVU – NOV PROBLEM SOCIALNEGA GERONTOLOGA

Za delo na področju socialnega varstva, kamor spada tudi profesija socialni gerontolog, je potrebno opraviti strokovni izpit, za katerega je, skladno z 69. členom Zakona o socialnem varstvu, predpogoj opravljeno pripravništvo ali pridobljene izkušnje na področju socialnega varstva. Pripravništvo in strokovni izpit izvaja Socialna zbornica Republike Slovenije, pripravništvo pa je regulirano

s Pravilnikom o pripravništvu na področju socialnega varstva in Kolektivno pogodbo na področju zdravstva in socialnega varstva, ki določa tudi trajanje pripravništva. Čeprav ministrstvo navaja, da je na področju socialnega varstva velika potreba po kadru, hkrati izpostavlja, da je zaradi sistemskega onemogočanja in nefinanciranja pripravništva otežena pot opravljanja pripravništva in s tem pristopa k strokovnemu izpitu. Ob vsem navedenem pa izpostavljamo še, da:

- za opravljanje pripravništva s področja, ki se zahteva, kot pogoj za pristop na strokovni izpit, ni zagotovljeno financiranje s strani Republike Slovenije, zato se mnogi diplomanti s področja socialnega varstva soočajo s problematiko opravljanja pripravništva, za katerega ne dobijo plačila;
- navkljub temu, da je leta 2021 Ministrstvo za javno upravo, v svojem dopisu že podalo izrecno navedbo, da se diplomanti socialne gerontologije, po opravljenem strokovnem izpitu, lahko zaposlijo na delovnih mestih, ki jih določa Kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije, zaposlovanje diplomantov študijskega programa socialne gerontologije za mnoge delodajalce še zmeraj predstavlja nepremostljivo oviro; in
- da se tako pripravniki kot tisti, ki opravijo strokovni izpit soočajo s problematiko sistemizacije delovnih mest in s tem zaposlitve na strokovno ustrezno delovno mesto socialni gerontolog.

Zato je, glede na navedeno, absolutno potrebno, da se:

- sistemsko uredi tako financiranje kot opravljanje pripravništva na področju socialnega varstva, ki je pogoj za opravljanje strokovnega izpita; in
- da se v Katalog funkcij, delovnih mest in nazivov v javnem sektorju vpišejo še vsi novi poklici, ki odgovarjajo na aktualne potrebe starajoče se družbe.
- Ocenjujemo, da izobrazba „socialni gerontolog”, ki je pridobljena na podlagi študija socialne gerontologije na izobraževalni ustanovi Univerza Alma Mater Europaea, *povsem ustreza izobrazbenemu pogoju iz 69. člena ZSV*, čeprav je zakonodajalec ni predvidel kot ene izmed smeri izobrazbe za strokovnega delavca po 69. členu ZSV, zaradi česar smo ministrstvo, ki je pristojno za razlago ZSV in torej tudi navedene zakonske določbe, seznanili s stališčem, da zaradi vsega navedenega, kandidatov z navedeno smerjo izobrazbe, tako kot do sedaj, pripusti k opravljanju strokovnega izpita za strokovne delavce na področju socialnega varstva.

6. KRATKOVIDNE ODLOČITVE MINISTRSTVA ZA DELO, DRUŽINO IN ENAKE MOŽNOSTI

Ocenjujemo, da takšno ravnanje ministrstva predstavlja neposreden napad na:

- *Sistem dolgotrajne oskrbe*, ki se že dolgo sooča z velikimi izzivi in nujno potrebuje ustrezno usposobljen kader po 69. členu ZSV, omenjena poklicna skupina, ki ji želi ministrstvo preprečiti delo na področjih socialnega varstva, pa je specializirana za delo na področju dolgotrajne oskrbe, vključena v Zakon o dolgotrajni oskrbi in 31. člen Aneksa k KPZSV (Ur. l. RS 99/24).
- *Stroko*, ki je kot odgovor na Strategijo varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva, razvila študijski program socialna gerontologija za naslavljanje potreb dolgožive družbe v sodelovanju s Socialno zbornico Slovenije in večkrat predlagala spremembo 69. člena Zakona o socialnem varstvu.
- *Razvoj kompetenc v stroki*, saj je stroka v sodelovanju s Socialno zbornico, zaradi hudega pomanjkanja strokovnega kadra, omogočila pristop k strokovnemu izpitu več poklicnim skupinam, ki imajo širše kompetence na področju socialnega varstva kot nekateri poklici, navedeni v 69. členu ZSV.
- *Socialno zbornico* kot ključnega partnerja pri razvijanju kompetenc na področju socialnega varstva, ki je od leta 2016 dalje znatno razširila nabor poklicev, ki lahko opravljajo strokovni izpit po 69. členu ZSV. S tem je omogočila opravljanje izpita ne le socialnim gerontologom, temveč tudi številnim drugim poklicnim skupinam.
- *Poklicno skupino socialnih gerontologov*, katerih študijski program je nastal kot strokovni odgovor na potrebe postmoderne družbe, ki se sooča z intenzivnim staranjem prebivalstva in povečanimi potrebami po dolgotrajni oskrbi.

Navedeno ravnanje ministrstva je še toliko bolj nerazumljivo, saj je:

- samo pozivalo k vključitvi novih akreditiranih študijskih programov v nabor za opravljanje strokovnih izpitov;
- samo predlagalo, da delodajalci za delovna mesta strokovnih delavcev na socialnovarstvenem področju kot ustrezno izobrazbo določijo tudi izobrazbo socialni gerontolog;
- se je večkrat zavezalo, da bo pripravilo predloge za odpravo sistemskih slabosti Zakona o socialnem varstvu, ter pri tem navedlo, da so predvidene spremembe povezane oz. odvisne od ureditve področja dolgotrajne oskrbe, kar je vlada Republike Slovenije tudi storila in poklic umestila v Zakon

o dolgotrajni oskrbi ter poklic tudi vključila v Kolektivno pogodbo za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije;

- razumno ravnanje, saj je omenjena poklicna skupina bolj kompetentna in specializirana za delo na področju socialnega varstva kot številne poklicne skupine iz 69. člena ZSV in bi pripeljalo do situacije, da kompetentni socialni gerontolog s strokovnim izpitom po 70. členu ZSV opravlja naloge kot podporno osebje diplomiranega teologa, ki je vključen v 69. člen ZSV, ni pa vključen v Zakon o dolgotrajni oskrbi.

Zato ocenjujemo, da je odločitev brez ustreznih pravnih podlag in v nasprotju z aktualnimi potrebami v dolgotrajni oskrbi in oskrbi starejših odraslih v Republiki Sloveniji nasploh. Diplomirani socialni gerontolog ima namreč številne kompetence s področja dolgotrajne oskrbe in je *edini študijski program* specializiran za starejše odrasle. Ministrstvo je s svojim ravnanjem (z dne 16. 1. 2025) ogrozilo sistem dolgotrajne oskrbe, obenem pa podcenilo prispevek stroke socialne gerontologije in Socialne zbornice Slovenije, ki že vrsto let aktivno deluje na dvigu standardov v socialnem varstvu. To ravnanje je celo v nasprotju z dosedanjimi prizadevanji istega ministrstva, ki ne le ogroža pravice posamezne poklicne skupine, temveč tudi širši razvoj področja dolgotrajne oskrbe, ki je že zdaj ena ključnih prioritet družbe in zaradi katerega je poklicna skupina tudi nastala. Poklic socialnega gerontologa je bil razvit na podlagi potreb stroke in družbe, njegovo razvrednotenje pa pomeni zanemarjanje strateškega razvoja tega ključnega področja.

7. KO ZA ZAKLJUČEK

Ugotavljamo, da ima **Socialna zbornica Slovenije** na podlagi 77. člena Zakona o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 –DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 –ZDOsk, 82/23 in 84/23 – ZDOsk-1), **javno pooblastilo za določanje vsebine, pogojev in načina opravljanja strokovnega izpita ter organiziranje in izvajanje preverjanja znanja za pridobitev strokovnega izpita na področju socialnega varstva**, nas čudi odločitev Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, ki je na Socialno zbornico Slovenije naslovila dopis, v katerem podaja mnenje o Zakonu o socialnem varstvu (v nadaljevanju: ZSV). Dopis se nanaša na enega izmed številnih poklicev, ki so doslej lahko opravljali strokovni izpit skladno s 69. členom ZSV in ki niso konkretno naštet v 69. členu ZSV. Stališče pristojnega ministrstva je, da konkretna poklicna skupina iz

konkretne akreditirane izobraževalne ustanove ne bi smela opravljati strokovnega izpita po 69. členu ZSV, temveč ga lahko opravlja le skladno s Pravilnikom o strokovnem izpitu za strokovne sodelavce na področju socialnega varstva (Ur. l. 74/22).

Ker zgroženi ugotavljamo, da izobrazba „socialni gerontolog“, ki je pridobljena na podlagi javno akreditiranega študija socialne gerontologije na izobraževalni ustanovi Univerze Alma Mater, „po novem“ ne ustreza izobrazbenemu pogoju iz 69. člena ZSV, ker je zakonodajalec ni predvidel kot ene izmed smeri izobrazbe za strokovnega delavca po 69. členu ZSV, smo ministrstvo, ki je pristojno za razlago ZSV in torej tudi navedene zakonske določbe, seznanili s stališčem pristojnega ministrstva, in opozorili, da zaradi vsega navedenega, kandidatov z navedeno smerjo in stopnjo izobrazbe ne pripuste k opravljanju strokovnega izpita za strokovne delavce na področju socialnega varstva.

V zvezi z predlogom sistemske pripravnika na področju socialnega varstva (in v tem okviru tudi njegovega financiranja), ki je urejeno v predpisih s področja socialne varnosti (npr. Zakon o socialnem varstvu¹ in na njegovi podlagi sprejeti pravilniki) in v normativnem delu Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije², ugotavljamo, da predpisi s področja socialne varnosti in normativni del navedene kolektivne pogodbe (v delu, ki se nanaša na urejanje pripravnika) ne sodijo v okvir pristojnosti Ministrstva za javno upravo, ker navedena zakonodaja sodi v okvir pristojnosti Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstva za solidarno prihodnost.

Čeprav je Strokovni svet Socialne zbornice Slovenije je na svoji 3. dopisni seji, ki je potekala od 5. 9. do 7. 9. 2016, sprejel sklep, da so študijski programi Socialne gerontologije ustrezni za opravljanje strokovnega dela na področju socialnega varstva kot tudi, da diplomanti Socialne gerontologije izpolnjujejo pogoje glede izobrazbe po 69. členu Zakona o socialnem varstvu, temu sedaj ni tako. Ko smo ob vseh dolgoletnih naporih po prepoznavanju potrebnega profila socialnega gerontologa v zakonske okvire in v Katalog funkcij, delovnih mest in nazivov v javnem sektorju že verjeli, da ovir na tej poti ne bo več, smo zgroženi ugotovili, da aktualni določevalci socialnih politik ne (z)morejo razumeti potrebe po ustrezni zakonski ureditvi za poklic socialni gerontolog, ki je nepogrešljiv v oskrbi populacije starejših odraslih. Slučajno? (Ne)amerno?

Prepričani pa smo, da v razmerah kompleksnega in intenzivnega staranja prebivalstva, vsak študijski program oziroma poklic zahteva tudi nujno razumevanje potrebe in oblikovanje novega delovnega mesta v kolektivni pogodbi dejavnosti oziroma poklica in da je povsem logično, da lahko, skladno s pravili, sistemiziranja delovnih mest, vsak delodajalec v aktu o sistemizaciji delovnih

mest kot pogoj za zasedbo delovnega mesta, poleg zahtevane stopnje izobrazbe, določi tudi smer izobrazbe oziroma poklic. A zdi se, da smo do takih odločitev še zelo, zelo daleč. Žal!

VIRI IN LITERATURA

Knjike in članki

1. Goriup, J.; Lahne, D., *Poglavja iz socialne gerontologije*, Alma Mater Europaea, Maribor, 2018.
2. Hošnjak, A. M.; Goriup, J., *Razvoj modela za preprečevanje starostnosti v praksi zdravstvene nege v timu s socialnim gerontologom*, Zbornik CBU v medicini in farmaciji, 3(1–5), 2022., <https://doi.org/10.12955/pmp.v3.313>.
3. Novak, M., *Socialna gerontologija, Enciklopedija gerontologije in staranja prebivalstva*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_515-1.
4. Nagode, M.; Kobal Straus, K., *Dolgotrajna oskrba – izziv in priložnost za boljši jutri: evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe*, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2022., <https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/101211651>.
5. Novak, M., *Socialna gerontologija, Enciklopedija gerontologije in staranja prebivalstva*, Springer, Cham, 2021., https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_515.

Normativni akti

1. *Zakon o dolgotrajni oskrbi* (ZDOsk-1) 2023. Ur. l. RS 84/2023.
2. *Zakon o dolgotrajni oskrbi* (Uradni list RS, št. 196/21, 163/22, 18/23 – ZDU-10 in 84/23 – ZDOsk-1).
3. *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o socialnem varstvu* (ZSV-J). 2023. Ur. L. 82/2023.
4. *Zakon o socialnem varstvu* (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23 in 84/23 – ZDOsk-1).
5. *Uradni list RS*, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk in 82/23.
6. *Uradni list RS*, št. 15/94, 18/94 – ZRPJZ, 57/95, 19/96, 56/98, 76/98, 39/99 – ZMPUPR, 102/00, 62/01, 43/06 – ZKolP, 60/08, 75/08, 107/11, 40/12, 46/13, 106/15, 46/17, 80/18, 5/19 – popr., 160/20, 88/21, 181/21, 136/22, 165/22 in 21/23 – popr.

Spletni viri

1. Alma Mater Europaea, *Socialna gerontologija*, dostop 16. marec 2025., <https://www.almamater.si/>.
2. Derrick, G., 22 *najboljših fakultet za gerontologijo in študije staranja*, dostop 28. januar 2024., <https://www.elderguru.com/colleges-for-gerontology-and-aging-studies/>.
3. Ministrstvo za solidarno prihodnost, *Uveljavljanje dolgotrajne oskrbe*, dostop 6. marec 2025., <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/dolgotrajna-oskrba/>.
4. Nacionalni inštituti za zdravje, *Starejše prebivalstvo dramatično narašča*, dostop 15. marec 2025., <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/worlds-older-population-grows-dramatically>.
5. OECD/WHO, *Staranje*, v *Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Pariz, 2020., <https://doi.org/10.1787/1ad1c42a-en>.
6. Slovensko ogrodje kvalifikacij, *Diplomirani socialni gerontolog (un)/diplomirana socialna gerontologinja (un)*, 2018., <https://www.nok.si/kvalifikacije/diplomirani-socialni-gerontolog-un-diplomirana-socialna-gerontologinja-un>.
7. Statistični Urad Republike Slovenije, *Nazadnje posodobljeno marec 2025.*, <https://www.stat.si/skp/Esearch.aspx>.
8. https://almamater.si/upload/userfiles/files/Kompetence/Vs/SOCIALNA_GERONTOLOGIJA.pdf.
9. https://almamater.si/upload/userfiles/files/Kompetence/MAG/SOCIALNA_GERONTOLOGIJA.pdf.

THE SOCIAL GERONTOLOGIST CAUGHT IN THE GRIP OF THE LONG-TERM CARE ACT

Long-term care encompasses a range of services, measures, activities, and is intended for persons who are permanently dependent on the assistance of another person to perform supportive and basic daily tasks due to the consequences of age weakness, injury, disability, loss or lack of intellectual abilities over a long period of time, or who are permanently dependent on the assistance of another person to perform supportive and basic daily tasks. the area of long-term care is becoming more and more prominent in the social policies of economically developed countries. the impact of population ageing in the european union will increase dramatically over the next few decades, as the life expectancy of the elderly population increases, the birth rate decreases, and thus the elderly population needs help with basic and supportive daily tasks. the countries of the european union provide long-term care in various ways, as the regulation of social protection systems falls under the principle of subsidiarity, which means that the organisation and financing of this area is the responsibility of each member state. as in some countries of the european union, long-term care has already become an independent category of social security in the republic of slovenia. the long-term

care act was adopted, in which, after all complications, the social gerontologist was included as one of the key providers, after all complications.

Key words: *long-term care act, older adults, social chamber, ministry of labour, family and equal opportunities, ministry of solidarity future, social gerontologist*

SOCIJALNI GERONTOLOG U STISKU ZAKONA O DUGOTRAJNOJ SKRBI

Dugotrajna skrb obuhvaća niz usluga, mjera, aktivnosti, a namijenjena je osobama koje su trajno ovisne o pomoći druge osobe u obavljanju potpornih i osnovnih svakodnevnih zadataka zbog posljedica dobne slabosti, ozljede, invaliditeta, gubitka ili nedostatka intelektualnih sposobnosti tijekom duljeg vremenskog razdoblja ili koje su trajno ovisne o pomoći druge osobe u obavljanju potpornih i osnovnih svakodnevnih zadataka. Područje dugotrajne skrbi postaje sve istaknutije u socijalnim politikama ekonomski razvijenih zemalja. Utjecaj starenja stanovništva u Europskoj uniji dramatično će se povećati tijekom sljedećih nekoliko desetljeća, kako se povećava očekivani životni vijek starije populacije, smanjuje se stopa nataliteta, a time i starijoj populaciji potrebna pomoć u osnovnim i podražavajućim svakodnevnim zadacima. Zemlje Europske unije pružaju dugotrajnu skrb na različite načine, budući da reguliranje sustava socijalne zaštite potpada pod načelo supsidijarnosti, što znači da je organizacija i financiranje ovog područja odgovornost svake države članice. Kao i u nekim zemljama Europske unije, dugotrajna skrb već je postala neovisna kategorija socijalne sigurnosti u Republici Sloveniji. Donesen je Zakon o dugotrajnoj skrbi u koji je, nakon svih komplikacija, socijalni gerontolog uvršten kao jedan od ključnih pružatelja usluga, nakon svih komplikacija.

Ključne riječi: *Zakon o dugotrajnoj skrbi, stariji odrasli, Socijalna komora, Ministarstvo rada, obitelji i jednakih mogućnosti, Ministarstvo solidarne budućnosti, socijalni gerontolog*

Valentino Kuzelj, univ. mag. iur.*

Doc. dr. sc. Vedran Zlatić**

Danijel Javorić Barić, mag. iur.***

PRAVO NA ZDRAVLJE U KONTEKSTU HRVATSKOG SOCIJALNOG USTAVA

UDK: 342.7 : 614 (497.5)

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 11. ožujka 2025.

Rad se bavi pravom na zdravlje u kontekstu hrvatske socijalne države, istražujući njegov pravni karakter i razgraničenje od šireg društvenog koncepta zdravlja. Argumentira se kako je pravo na zdravlje implicitno sadržano u ustavnopravnom poretku Republike Hrvatske te se poseban naglasak stavlja na analizu samog sadržaja navedenog prava koji se može iščitati kako iz konkretnih ustavnih odredbi tako i relevantne prakse Ustavnog suda Republike Hrvatske. U tome smislu pravo na zdravlje u sebi inkorporira nekoliko važnih elemenata. Najprije, pravo na zdravlje se u ustavnom poretku koristi kao legitimno sredstvo za (razmjerno) ograničenje nekih drugih prava i sloboda (primjerice, poduzetničke slobode, prava vlasništva, prava na slobodu kretanja). Međutim, posebna se pozornost posvećuje analizi određivanja sadržaja prava na zdravlje u afirmativnom kontekstu. Stoga u ovome radu autori osobito istražuju sadržaj prava na zdravlje u ustavnom poretku hrvatske države blagostanja, pri čemu se posebice analizira konkretizacija prava na zdravlje u ustavnom jamstvu prava svih na zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj, ali i odnos prava na zdravlje s drugim važnim, ali po mnogočemu različitim, ustavnim pravom na zdrav okoliš. Naime, hrvatska ustavnosudska praksa u vezi s pravom na zdravlje je ograničena i uglavnom se odnosi na proceduralnu pravičnost pri ostvarivanju zdravstvene zaštite. Stoga autori ističu potrebu za aktivnijim pristupom u materijalnoj pravnoj operacionalizaciji prava na zdravlje, posebice kroz povezivanje s drugim socijalnim jamstvima i međunarodnim standardima. S time na umu, zaključuje se kako je ipak nužno jasno razgraničiti pravo na zdravlje od šireg socijalnog koncepta zdravlja kako bi se omogućila njegova učinkovita pravna zaštita i sudska provedivost u smislu osiguranja oživotvorenja prava.

Ključne riječi: *Ustav Republike Hrvatske, socijalna država, pravo na zdravlje, pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na zdrav okoliš*

* Valentino Kuzelj, univ. mag. iur., Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, student poslijediplomskog specijalističkog studija „Prilagodba Europskoj uniji: upravljanje projektima i korištenje fondova i programa EU“ na Fakultetu političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, e-mail: valentino.kuzelj01@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3028-8562.

** Doc. dr. sc. Vedran Zlatić, docent na Katedri za ustavno pravo Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, e-mail: vedran.zlati@pravst.hr, ORCID: 0000-0002-9297-5192.

*** Danijel Javorić Barić, mag. iur., Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, student poslijediplomskog doktorskog studija pravnih znanosti na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, e-mail: javoric.baric@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1806-9140.

1. UVOD

Republika Hrvatska Ustavom¹ je određena kao socijalna država,² a socijalna pravda uvrštena je u katalog najviših vrednota ustavnoga poretka koje tvore temeljni interpretativni instrument pri tumačenju ostalih ustavnih odredaba i cjeline ustavnoga teksta.³ Ustavni sud Republike Hrvatske identitet⁴ hrvatskoga Ustava locira, *inter alia*, u odredbama u kojima su sadržana i navedena socijalna načela⁵ te time potvrđuje njihov fundamentalan značaj i implicitno jamstvo njihove nepromjenjivosti.⁶ Pritom opetovano „podsjeća da je minimum ekonomskog blagostanja pretpostavka za ostvarenje ljudskog dostojanstva”⁷ kao temeljne vrednote suvremenih liberalno-demokratskih ustavnih poredaka. Takvo (socijalno osjetljivo) određenje suvremene Republike Hrvatske dijelom je naslijeđeno iz prošloga (socijalističkog) razdoblja, obilježenog visokom razinom socijalne sigurnosti. Zajedno s novootkrivenim postulatima demokracije i individualne slobode (nasuprot krutosti kolektivismu iz prijašnjeg razdoblja), naslijeđena predanost socijalnoj sigurnosti predstavlja važan dio aspiracija koje je hrvatski ustavotvorac projicirao uspostavljajući novi i slobodniji poredak. Tako socijalna

¹ Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine br. 85/2010 – pročišćeni tekst i 5/2014 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. SuP-O-1/2014 od 14. siječnja 2014.

² Članak 1. stavak 1. Ustava Republike Hrvatske.

³ Članak 3. Ustava Republike Hrvatske.

⁴ O jamstvu vječnosti pojedinih ustavnih odredaba, tj. zaštiti jezgre ustavnoga dokumenta, tzv. ustavnog identiteta, detaljnije vidi: Brajković, L., *O (ne)postojanju klauzula vječnosti u Ustavu Republike Hrvatske*, Zagrebačka pravna revija, 10(3), 2021., str. 269–289; Gardašević, Đ., *Neustavni ustavni amandmani i Ustavni sud Republike Hrvatske*, u: Bačić, A. (ur.), *Konstitucionalizacija demokratske politike*, HAZU, Zagreb, 2014., str. 85–110; Horvat Vuković, A., „*U ime ustava*” – materijalne granice promjene ustava, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 65(3–4), 2015., str. 481–503; Kostadinov, B., *Ustavni identitet*, u: Bačić, A. (ur.), *Dvadeseta obljetnica Ustava Republike Hrvatske*, HAZU, Zagreb, 2011., str. 305–337; Omejec, J., *Kontrola ustavnosti ustavnih normi (ustavnih amandmana i ustavnih zakona)*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 1(1), 2010., str. 1–28; Omejec, J., *Veliki njemački Ustav i nepromjenjiva ustavna načela u praksi Saveznog ustavnog suda*, Pravnik, 58(110), 2024., str. 13–72; Zlatić, V., *Razvoj, značaj i uloga nepromjenljivih dijelova Ustava*, Zagrebačka pravna revija, 8(1), 2019., str. 24–44; Zlatić, V., *O mogućnostima i granicama narodne promjene Ustava u Republici Hrvatskoj te demokratskom legitimitetu Ustava Republike*, u: Bačić, A. (ur.), *Ustavne promjene i političke nagodbe: Republika Hrvatska između ustavne demokracije i populizma*, HAZU, Zagreb, 2021., str. 519–544.

⁵ Upozorenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-VIIR-5292/2013 od 28. listopada 2013., para. 3; Priopćenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. SuS-1/2013 od 14. studenoga 2013., para. 5.

⁶ O konceptu socijalne države i načelu socijalne pravde kao građevnim jedinicama hrvatskog ustavnog identiteta detaljnije vidi Kuzelj, V.; Kvartuč, D., *Pluralizam ustavnih vrednota: konstituiranje socijalnog tržišnog gospodarstva u Republici Hrvatskoj*, u: Bevanda, V.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2021: Vol 5. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2021., str. 499–505; Kuzelj, V.; Horvat Vuković, A., *Apoteza socijalne države: ustavno-identitetska ukorijenjenost socijalne pravde u Republici Hrvatskoj*, Politička misao, 59(1), 2022., str. 75–99.

⁷ Odluka i rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-1625/2014 i dr. od 30. ožujka 2015., para. 37; Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-4405/2013 i dr. od 31. ožujka 2015., para. 21.

i ekonomska prava, zajedno sa svojom građanskom i političkom braćom, služe legitimaciji novoga poretka i tvore njegovu bit.⁸

Stoga ne čudi visoka razina zainteresiranosti za pitanja socijalne države, socijalne pravde i socijalnih prava u okviru hrvatske pravne znanosti. Doista, na prvi se pogled može učiniti kako su socijalna pitanja u kontekstu hrvatskoga Ustava obrađena do iznemoglosti, kako na općenitoj razini,⁹ tako i na razini analize pojedinačnih socijalnih prava, a osobito u kontekstu poreznih¹⁰ (socijalnih)

⁸ Usp. Kuzelj, V.; Erent-Sunko, Z.; Javorić Barić, D., *Socijalne vrijednosti hrvatskog društva i legitimacija postsocijalističkog poretka*, u: Nastase, C. A.; Monda, A.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2024: Vol 8. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2024., str. 643–656.

⁹ Usp. Bačić, A., *Prava izgubljena u tranziciji*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 42(1–2), 2005., str. 1–19; Bačić, A., *O konstitucionalizaciji socijalnih prava i njihovu slabljenju prema sadržaju*, Rad Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Razred za društvene znanosti, 516=50, 2013., str. 187–207; Barić, S.; Alijagić, A., *Normativna djelatnost – izazov ostvarenju socijalnih prava*, u: Bodiroga-Vukobrat, N.; Barić, S. (ur.), *Socijalna prava kao temeljna ljudska prava*, TIM press, Zagreb, 2010., str. 30–55; Barić, S.; Miloš, M., *Social Rights in the Republic of Croatia: Scattered to the Four Winds of Regulation*, u: Bodiroga-Vukobrat, N.; Rodin, S.; Sander, G. G. (ur.), *New Europe – Old Values? Reform and Perseverance*, Springer, Heidelberg, 2016., str. 137–163; Cindori, S.; Kuzelj, V., *Exemplis discimus: reafirmacija vrijednosti i redefinicija socijalne države u novom stoljeću*, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 40(2), 2019., str. 823–846; Erent-Sunko, Z.; Kuzelj, V.; Kvartuč, D., *Ustavotvorčeva vizija socijalno pravednog poretka i zaštita dostojanstva siromašnih osoba: Je li vrijeme za napuštanje kažnjavanja prosjačenja i skitnje?*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 13(1), 2022., str. 13–32; Kuzelj, V., *Apologija socijalne države nasuprot institucionalizaciji nejednakosti u neoliberalnom poretku*, Paragraf, 3(1), 2019., str. 59–84; Kuzelj, V., *Normativni konstitucionalizam i jamstvo socijalnih prava u ustavnoj državi*, Političke perspektive, 12(2), 2022., str. 57–87; Kuzelj, V., *Ustavnosudska zaštita socijalnih prava – pouke hrvatskom Ustavnom sudu iz njemačke prakse*, Zagrebačka pravna revija, 11(2), 2022., str. 134–159; Kuzelj, V., *Hrvatski socijalni Ustav u očekivanju svojih herojskih sudaca*, u: Kuzelj, V.; Erent-Sunko, Z.; Cindori, S. (ur.), *Socijalna država kao temeljna vrijednost suvremene Republike Hrvatske*, Udruga Pravnika, Zagreb, 2023., str. 3–38; Kuzelj, V.; Cindori, S.; Horvat Vuković, A., *Apoteoza socijalne države: imperativni zahtjev ostvarenja socijalne pravde u Republici Hrvatskoj*, Pravni vjesnik, 37(3–4), 2021., str. 57–80; Kuzelj, V.; Petričušić, A., *Neprihvatljivost artificijelnog izdvajanja socijalnih jamstava iz općeg koncepta ljudskih prava*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 59(4), 2022., str. 747–769; Rodin, S., *Ustavni sud definira socijalnu državu*, Revija za socijalnu politiku, 5(2), 1998., str. 111–118; Tucak, I., *The Nature of Welfare Rights*, Dignitas, 69–70, 2016., str. 133–156; Tucak, I.; Blagojević, A., *Welfare Rights in the Croatian Constitution*, u: Vinković, M. (ur.), *New Developments in EU Labour, Equality and Human Rights Law*, Faculty of Law Osijek, Osijek, 2015., str. 267–293; Vinković, M., *Croatia: Social Rights in a Welfare State – Wandering Between Symbolism, Irrationality and Economic Sustainability*, u: Jakab, N. (ur.), *Sustainability of the Social Security System: Demographic Challenges and Answers in Central Europe*, CEA Publishing, Miskolc – Budapest, 2023., str. 71–91.

¹⁰ Umnogome iz razloga što je upravo u odnosu na poreznu materiju u Odluci i Rješenju o tzv. kriznome porezu (vidi Odluku i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-IP-3820/2009 i dr. od 17. studenoga 2009.) Ustavni sud izložio najsustavnije razmatranje socijalne uloge države (općenito i u kontekstu poreznog sustava). Tako Mikac ispravno navodi kako u tom predmetu hrvatski Ustavni sud „najdetajnije ulazi u razmatranje odnosa socijalnih prava i demokracije te ustavnih načela oporezivanja“, a poradi čega je „prikladno sadržaj socijalne države proučavati zajedno sa zahtjevima koje postavljaju socijalno-politička porezna načela iz članka 51. Ustava“, Mikac, L., *Pravci istraživanja sadržaja načela socijalne države u hrvatskoj pravnoj znanosti – pregled literature*, u: Nastase, C. A.; Monda, A.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2024: Vol 8. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2024., str. 658.

načela hrvatskoga Ustava.¹¹ Ipak, većina se navedenih radova iz prve skupine bavi općenitim razmatranjem koncepta socijalne države i načela socijalne pravde te njihova mjesta u strukturi (hrvatskog) ustavnog poretka, njihove zakonodavne konkretizacije te prikladnosti i granica njihove ustavnosudske zaštite. Radovi iz druge skupine također se dijelom osvrću na mogućnost ustavnosudskog ostvarenja socijalnih prava, osobito u pogledu ocjene dosljednosti zakonodavne konkretizacije navedenih načela u odnosu na pojedine porezne oblike i porezni sustav u cjelini.¹²

S druge strane, jasno je vidljiv raskorak između posvećenosti hrvatske pravne znanosti proučavanju koncepta socijalne države i načela socijalne pravde na općenitoj razini te u kontekstu poreznoga sustava, u odnosu na izostanak ili zanemariv broj istraživanja vezanih uz druga socijalna prava (eksplicitno ili implicitno) zajamčena odredbama temeljnoga dokumenta. Stoga je opravdano zapažanje da „su druga [socijalna, *op. a.*] prava dijelom zapostavljena“, osobito u kontekstu proučavanja prava na zdravlje.¹³ Doista, iako je u posljednjih pola desetljeća zamjetno povećanje interesa za proučavanje povijesne, društvene i pravne dimenzije zdravlja (kao koncepta i ljudskoga prava),¹⁴ ta su istraživanja preopćenita i rudimentarna te ne uspijevaju (sasvim) u jasnom razgraničenju pravne dimenzije prava na zdravlje i društvenog (holističkog) poimanja zdravlja.

Niti ovaj rad ne streми dati sveobuhvatno poimanje prava na zdravlje u hrvatskom pravnome poretku, već nastoji tek skicirati mjesto prava na zdravlje (kao pravnoga koncepta) u arhitekturi hrvatskoga socijalnog Ustava. U tom se

¹¹ Usp. Arbutina, H., *Ustavna i nadnacionalna ograničenja ovlaštenja na oporezivanje*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 62(5–6), 2012., str. 1285–1291; Bačić, A., *O konstitucionalizaciji...*, op. cit. (bilj. 9); Cindori, S.; Kuzelj, V., *Socijalni aspekt kriznoga poreza: fiskalni instrument ili devijacija poreznog sustava?*, Ekonomska misao i praksa, 27(2), 2018., str. 479–502; Kuzelj, V., *Komplementarnost ustavnopravnih i društvenih odrednica porezne pravednosti u Republici Hrvatskoj*, u: Bevanda, V. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2020: Vol 4. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2020., str. 469–475; Kuzelj, V.; Jerković, E.; Perić, R., *Predanost zakonodavca temeljnim (socijalnim) poreznim načelima Ustava pri uređenju sustava oporezivanja dohotka u Republici Hrvatskoj*, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 43(1), 2022., str. 247–266; Miloš, M.; Kuzelj, V., *Ostvarenje i zaštita ustavnog ideala porezne pravednosti u svjetlu zahtjeva socijalne države*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 58(4), 2021., str. 1101–1120.

¹² Članak 51. Ustava Republike Hrvatske.

¹³ Mikac, L., *OP. CIT.* (BILJ. 10), STR. 662.

¹⁴ Usp. Javorić Barić, D.; Kuzelj, V., *Pravnopovijesni razvoji suvremene refleksije konstitucionalizacije prava na zdravlje*, u: Milotić, I.; Zec, S.; Erent-Sunko, Z. (ur.), *Grčko-rimsko i kanonsko pravo: Zaštita života u krizama i izvanrednim situacijama*, Josip Turčinović d.o.o. – Državni arhiv u Pazinu – Općina Motovun, Pazin – Motovun, 2022., str. 197–217; Kuzelj, V., *Paradoks suvremenog shvaćanja prava na zdravlje – prijeti li izgradnja integralnog (holističkog) koncepta zdravlja ugroziti sudske ostvarivost prava na zdravstvenu zaštitu?*, u: Jablanov, Z. (ur.), *Aktualna pravna problematika u zdravstvu: XV. jubilarni Kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem*, Udruga pravnika u zdravstvu, Varaždin, 2024., str. 271–291; Nedić, T., *Pravo na zdravlje i njegova obuhvatnost*, Liječničke novine, 20(188), 2020., str. 52–53; Nedić, T., *Demystifying the Concept of the Right to Health*, Synthesis philosophica, 37(2), 2022., str. 277–305.

kontekstu, metodom analize pravnih izvora (hrvatskoga ustavnog dokumenta), a oslanjajući se na metodu analize sekundarnih izvora (znanstveno-stručnih publikacija) i ustavnosudske prakse (rješidbi Ustavnog suda Republike Hrvatske) nastoji otvoriti pitanja i skicirati pravce za buduća istraživanja prava na zdravlje u okviru hrvatskog (ustavno)pravnoga poretka. U zaključnom se poglavlju apostrofira potreba razgraničenja prava na zdravlje kao pravnoga koncepta (odredivoga u sadržaju i pogodnoga za zaštitu pred sudom) i šireg društvenog (holističkog) poimanja zdravlja (dijelom prenatrpanog sadržajem, filozofski koncipiranog i visoko političnog, te nepogodnog za sudske ostvarenje i zaštitu).

2. HRVATSKI SOCIJALNI USTAV I PRAVO NA ZDRAVLJE

Iako pravo na zdravlje u okviru hrvatske pravne znanosti nije ni izbliza obrađeno u odnosu na praksu pojedinih drugih država (poput Brazila,¹⁵ Južnoafričke Republike,¹⁶ Kolumbije¹⁷ ili Meksika¹⁸) a po sofisticiranosti se ne može mjeriti niti s praksom razvijenih zapadnoeuropskih država (poput SR Njemačke¹⁹), na početku valja istaknuti kako je pravo na zdravlje ipak (makar implicitno) prisutno u arhitekturi suvremenog hrvatskog ustavnog poretka te je njegov sadržaj, iako ne sasvim određen, barem odrediv. U prvom redu, valja poći od toga da je hrvatsko

¹⁵ Usp. Ferraz, O. L. M., *The Right to Health in the Courts of Brazil: Worsening Health Inequalities?*, Health and Human Rights, 11(2), 2009., str. 33–45; Piovesan, F., *Brazil: Impact and Challenges of Social Rights in the Courts*, u: Langford, M. (ur.), *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009., str. 185–188; De Negri Filho, A., *Brazil: A Long Journey Towards a Universal Healthcare System*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 173–180; De Melo Nunes Lopes, L.; De Assis Acurcio, F.; Diniz, S. D.; Lopes Coelho, T.; Gurgel Andrade, E. I., *(Un) Equitable Distribution of Health Resources and the Judicialization of Healthcare: 10 Years Experience in Brazil*, International Journal for Equity in Health, 18(1), 2019., str. 1–8; De Vasconcelos Costa Lobato, L., *The Universal Right to Health in Brazil: From Restricted Expansion to Dismantling*, u: Fleury, S. (ur.), *Social Policy Dismantling and De-democratization in Brazil: Citizenship in Danger*, Springer, Cham, 2023., str. 135–157.

¹⁶ Usp. Ngweni, C.; Cook, R.; Durojaye, E., *The Right to Health in Post-apartheid Era South Africa*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 129–142; Young, K. G.; Lemaitre, J., *The Comparative Fortunes of the Right to Health: Two Tales of Justiciability in Colombia and South Africa*, Harvard Human Rights Journal, 26, 2013., str. 197–210.

¹⁷ Usp. Yamin, A. E., *Judicial Protection of the Right to Health in Colombia: From Social Demands to Individual Claims to Public Debates*, Hastings International & Comparative Law Review, 33(2), 2010., str. 431–459; Young, K. G.; Lemaitre, J., *ibid.*, str. 184–197.

¹⁸ Usp. Frenk, J.; Gómez-Dantés, O., *Realizing the Right to Healthcare in Mexico*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 197–208; Cobo, F.; Charvel, S., *Mexican Apex Judiciary and Its Multiple Interpretations: Challenges for the Constitutional Right to Health*, International Journal of Constitutional Law, 18(4), 2020., str. 1254–1282.

¹⁹ Usp. Ettelt, S., *Access to Treatment and the Constitutional Right to Health in Germany: A Triumph of Hope Over Evidence?*, Health Economics, Policy and Law, 15(1), 2020., str. 30–42.

ustavno sudište potvrdilo pravo na život i zdravlje ljudi kao Ustavom zaštićena dobra.²⁰

Ustav Republike Hrvatske navodi zaštitu zdravlja kao razlog koji opravdava zakonsko ograničenje drugih ljudskih prava i sloboda²¹ (uz poštovanje zahtjeva koji emaniraju iz ustavnog načela razmjernosti²²), a posebno u kontekstu ograničenja poduzetničke slobode i vlasničkih prava.²³ U tom je smislu Ustavni sud Republike Hrvatske u svojoj praksi potvrdio osporavane zakonske mjere ograničenja uporabe duhanskih proizvoda, a radi zaštite zdravlja, suglasnim s člankom 16. u vezi s člankom 50. stavkom 2. Ustava.²⁴ Nadalje, hrvatski Ustav iznimno omogućuje zakonsko ograničenje prava kretanja na teritoriju Republike Hrvatske, kao i prava ulaska i izlaska iz nje, ako je to nužno radi zaštite (*inter alia*) zdravlja drugih.²⁵ Tako je Ustavni sud, primjerice, u odnosu na mjeru privremene zabrane prelaska preko graničnih prijelaza Republike Hrvatske donesenu u jeku pandemije Covid-19, ocijenio da je ona „prikkladna i nužna za ostvarenje legitimnog cilja sprečavanja širenja zaraze kako bi se zaštitili životi i zdravlje stanovništva, ne samo onog u Republici Hrvatskoj“.²⁶

Odmičući se od poimanja zdravlja kao opravdavajuće činjenice na temelju koje je (iznimno) dopušteno ograničiti druga prava i slobode zajamčene temeljnim hrvatskim pravnim dokumentom, na ovom je mjestu potrebno ukazati i na afirmativno lice ustavnog shvaćanja zdravlja, a koje se (u pravnom smislu) može pokazati daleko zamršenijim, a njegov sadržaj (i doseg) daleko teže odredivim. Naime, Ustav Republike Hrvatske svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom.²⁷ Isto tako, hrvatski ustavotvorac postulira pravo svakoga na zdrav život²⁸ te državi nameće teret osiguranja uvjeta za zdrav okoliš,²⁹ dok svaku osobu obvezuje da, u okviru svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećuje zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša.³⁰

U pogledu prava svakoga na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, iako se može učiniti da je ono isprazno od sadržaja, a njegova konkretizacija prepuštena

²⁰ Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-I-3631/2005 od 30. travnja 2009., para 6.2.

²¹ Članak 16. stavak 1. Ustava Republike Hrvatske.

²² Članak 16. stavak 2. Ustava Republike Hrvatske.

²³ Članak 50. stavak 2. Ustava Republike Hrvatske.

²⁴ Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-I-4537/2013 i dr. od 21. travnja 2015., para 17.1.

²⁵ Članak 32. stavak 3. Ustava Republike Hrvatske.

²⁶ Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-II-2027/2020 od 14. rujna 2020., para 10.

²⁷ Članak 59. Ustava Republike Hrvatske.

²⁸ Članak 70. stavak 1. Ustava Republike Hrvatske.

²⁹ Članak 70. stavak 2. Ustava Republike Hrvatske.

³⁰ Članak 70. stavak 3. Ustava Republike Hrvatske.

potpunoj diskreciji zakonodavne vlasti, tome je tako tek na prvi pogled. Naime, istina je da je spektar zakonodavčeve diskrecije u odnosu na navedeno pravo nešto širi i da se, u strogom smislu, ne radi o tzv. samoizvršivoj ustavnoj odredbi. Unatoč tome, ovdje valja povući paralelu s ustavnosudskim tumačenjem prava zaposlenih i članova njihovih obitelji na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje (a koje se uređuje zakonom i kolektivnim ugovorom)³¹ na način da implicitno obuhvaća i ustavnu obvezu „ustrojavanja posebnog nacionalnog sustava socijalne sigurnosti i socijalnog osiguranja unutar kojega će se navedena prava ostvarivati (...) Stoga Ustavni sud utvrđuje da postoji ustavna obveza zakonodavca urediti prava zaposlenih i članova njihovih obitelji u okviru mirovinskog osiguranja kao središnje karike u lancu socijalne sigurnosti“, pri čemu hrvatski „Ustav ne sadrži nijednu odredbu o tome kakav bi sustav mirovinskog osiguranja u Republici Hrvatskoj trebao biti, odnosno na koji bi se način pravo na mirovinsko osiguranje trebalo urediti. Uređivanje tih pitanja prepušteno je zakonodavcu“.³² Na jednak način valja tumačiti i pravo na zdravstvenu zaštitu (u skladu sa zakonom). Naime, na način da detalje dizajna sustava zdravstvene zaštite ustavotvorac prepušta zakonodavnoj diskreciji, ali istovremeno obvezuje zakonodavca na (a) uspostavu sustava zdravstvene zaštite, i to (b) na takav način koji neće praktično (efektivno) onemogućiti građane (npr. siromašne) u ostvarenju navedenog prava i zaštiti vlastita zdravlja.

U pogledu prava na zdravstvenu zaštitu u hrvatskom kontekstu, Ustavni je sud zaštitu navedenom pravu uglavnom pružao u postupcima pokrenutim ustavnim tužbama, kroz ocjenu „pravičnosti postupanja nadležnih tijela pri odlučivanju o opravdanosti zahtjeva podnositelja za pokriće troškova prekogranične zdravstvene zaštite“.³³ Na taj se način „pravo na zdravlje štiti tek posredno – kroz zaštitu od pretjeranog (ekscesivnog) formalizma u postupcima u kojima su nadležna tijela odlučivala o opravdanosti pružanja prekogranične zdravstvene zaštite. Razlog tome potencijalno (dijelom) leži i u tome što, pri određenoj postignutoj razini zdravstvene zaštite, ustavni sudovi ne moraju odlučivati treba li određeni (osnovni) lijek ili medicinski tretman učiniti dostupnim građanima (jer je to već učinjeno), već je njihova zadaća u kontroli procedura pod kojima su oni učinjeni dostupnima“.³⁴

³¹ Članak 57. stavak 1. (u Odluci i Rješenju citiran kao članak 56. stavak 1.) Ustava Republike Hrvatske.

³² Odluka i rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-988/1998 od 17. ožujka 2010., para. 7. Detaljnije o navedenoj odluci i rješenju vidi Kuzelj, V.; Cindori, S.; Horvat Vuković, A., *op. cit.* (bilj. 9), str. 70–71.

³³ Kuzelj, V., *op. cit.* (bilj. 14), str. 285. U tom kontekstu vidi Odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-336/1992 od 20. listopada 1993.; Odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-1201/2018 od 4. srpnja 2019.; Odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-2729/2017 od 5. studenoga 2019.

³⁴ Kuzelj, V., *ibid.*, str. 287.

Unatoč tome, valja pledirati za izgradnju odlučnije i obuhvatnije (ustavno)sudske prakse vezano uz pravo na zdravlje (odnosno zdravstvenu zaštitu), po uzoru na poredbene primjere, a osobito judikaturu njemačkog Saveznog ustavnog suda čiju bi „materijalnopравnu operacionalizaciju prava na zdravlje (...) valjalo preuzeti i u hrvatsku ustavnosudsku praksu“.³⁵

U tom bi cilju odredbu članka 59. hrvatskoga Ustava valjalo tumačiti i u skladu s međunarodnim obvezama Republike Hrvatske, poput onih koje proizlaze iz prava na osiguranje najvišeg mogućeg standarda fizičkog i mentalnog zdravlja sadržanog u članku 12. Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima³⁶ (a kojemu je Republika Hrvatska pristupila na temelju notifikacije o sukcesiji³⁷), odnosno u skladu s njegovim tumačenjem danim u *Općoj primjedbi br. 14* Međunarodnog odbora za ekonomska, socijalna i kulturna prava (dalje: Odbor).³⁸ Pritom je važno istaknuti kako Odbor navodi da pravo na zdravlje u sebi sadrži određene pravno ostvarive komponente.³⁹ Nadalje, unatoč tome što Odbor ukazuje na organsku povezanost prava na zdravlje s drugim socioekonomskim komponentama (poput prava na hranu, stanovanje, obrazovanje, ljudsko dostojanstvo, život i dr.),⁴⁰ ne valja poistovjećivati pravo na zdravlje s faktorima koji na njega utječu ili mogu utjecati. U tom kontekstu interpretaciju prava na zdravlje od strane Odbora – a prema kojoj je riječ o inkluzivnom pravu koje ne obuhvaća tek pravo na pravovremenu i odgovarajuću zdravstvenu zaštitu i njegu, već i druge odrednice koje utječu na zdravlje (poput spomenutih prava na pitku vodu, hranu, stanovanje i dr.)⁴¹ – valja smatrati pretjerano širokom. Naime, stremeći ekstenzivnom pristupu, Odbor poistovjećuje (društveni i medicinski) koncept zdravlja s pravom na zdravlje. Time potonjem čini medvjedu uslugu, prijeteci pravno odrediv sadržaj prava na zdravlje (i, posljedično, njegovu sudsku zaštitu) podrediti apstraktnom, sveobuhvatnom i aspiracijskom konceptu u kojem se od šume iz vida gubi drveće. Stoga, u kontekstu pravnih obveza koje članak 12. nameće državama strankama Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima,⁴² zakonodavac se treba inspirirati međusobnim utjecajem ostalih faktora (u nacionalnom poretку zajamčenih relevantnim odredbama iz

³⁵ *Ibid.*, str. 288.

³⁶ *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, (1983), UNTS, vol. 993.

³⁷ Vidi Odluku o objavljivanju mnogostranih međunarodnih ugovora kojih je Republika Hrvatska stranka na temelju notifikacija o sukcesiji, Narodne novine – Međunarodni ugovori, br. 12/93.

³⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, 11 August 2000, E/C. 12/2000/4.

³⁹ *Ibid.*, para 1.

⁴⁰ *Ibid.*, paras 3–4.

⁴¹ *Ibid.*, para 11.

⁴² *Ibid.*, paras 30–45.

korpusa socioekonomskih ustavnih jamstava), dok se (ustavno) sudstvo treba ograničiti na interpretaciju prava na zdravlje kao prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno prava na lijek i dostupnost liječenja (zdravstvenog tretmana).

U tom je kontekstu potrebno razlikovati između socijalno-političke dimenzije prava na zdravlje zajamčenog člankom 12. Međunarodnoga pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima te njegove pravne jezgre. Ovdje valja podsjetiti da Odbor ističe kako je potrebno svakoj osobi ili skupini ljudi, a koje su žrtve povrede prava na zdravlje, osigurati efektivnu sudsku zaštitu i prikladan pravni lijek (kako na nacionalnoj tako i na međunarodnoj razini)⁴³ te države trebaju poticati suce i članove pravne zajednice na aktivniji pristup i povećanu pažnju u odnosu na povrede prava na zdravlje.⁴⁴ Stoga, iako se pravo na zdravlje može štititi i kroz (sudsko) ostvarenje i (zakonodavnu) konkretizaciju drugih (povezanih) socioekonomskih jamstava, suci, pravni praktičari i pravni istraživači moraju razviti svijest o potrebi razlikovanja između prava na zdravlje i faktora koji na njega utječu. Stoga je na ovom mjestu potrebno dodatno apostrofirati kako „pravo na zdravlje pripada skupini tzv. socioekonomskih prava te, unatoč nešto težoj identifikaciji zahtjeva koji iz njega proizlaze, valja inzistirati na (barem načelnoj) odredivosti njegova sadržaja. U tom ga smislu nije dopušteno (ili barem poželjno) poistovjeđivati s konceptom zdravlja kao krovnog pojma čije ostvarenje i očuvanje zahtijeva realizaciju širokog spektra prava (ponajprije socioekonomskih). Medvjeda je usluga poistovjetiti pravo na zdravlje s, u poredbenom ustavnom pravu dobro poznatim i (većinom) prihvaćenim, pojmom socijalne države. Time se pravo na zdravlje svodi na puku aspiracijsku smjernicu kreatorima fiskalnih politika, a njegov sadržaj postaje podređen integralnom (holističkom) konceptu zdravlja kao filozofskom (a ne pravnom) konstrukt“.⁴⁵

U tom smislu, unatoč teorijskoj primamljivosti poimanja prava na zdravlje kao jamstva „koje se ne odnosi isključivo na pojedinca i njegovo pravo da bude ‘zdrav’ (individualno pravo), nego i na pravo koje se odnosi na cijelu skupinu ljudi (kolektivno pravo), na način da se kolektivu omogući zdrav život, zdrava okolina (okoliš), održivi razvoj i dr.“,⁴⁶ ono nema praktične koristi i može pravu na zdravlje učiniti više štete nego koristi, time što ga kroz *pretrpavanje* komponentama (kroz poistovjeđivanje čitavog spektra socioekonomskih jamstava, zapravo koncepta socijalne države, s pravom na zdravlje) zapravo *prazni* od sadržaja i onemogućava (ili barem slabi) mogućnost njegove (ustavno)sudske zaštite.⁴⁷

⁴³ *Ibid.*, para 59.

⁴⁴ *Ibid.*, para 61.

⁴⁵ Kuzelj, V., *op. cit.* (bilj. 14), str. 288.

⁴⁶ Nedić, T., *Pravo na zdravlje...., op. cit.* (bilj. 14), str. 52.

⁴⁷ O tome detaljnije vidi Kuzelj, V., *op. cit.* (bilj. 14).

Stoga je tvrdnja kako „je pravo na zdravlje ono pravo koje ne možemo striktno svrstati u jednu od tri kategorije generacija ljudskih prava“,⁴⁸ ispravna tek utoliko što su sva ljudska prava umjetne tvorevine kreirane u pravnoj znanosti i sudskoj praksi te je u praktičnom pravnom životu nemoguće poreći njihov međusobni utjecaj i isprepletenost.⁴⁹ Ipak, u kontekstu sudske ostvarivosti i zaštite prava na zdravlje, u konceptu hrvatskoga Ustava valja jasno razlikovati dvije komponente. Pravo na zdravstvenu zaštitu locirano u ustavnom članku 59., a koje nedvojbeno „pripada kategoriji socijalnih prava“,⁵⁰ te pravo na zdrav život i zdrav okoliš iz članka 70. Ustava kao obvezu, usmjerenu ponajprije zakonodavcu, na uspostavu efektivnog modela zaštite okoliša, ali i dužnost sviju na obzirno postupanje prema prirodi i ljudskoj okolini.

U kontekstu potonjeg, doajen hrvatskog ustavnog prava Branko Smerdel ističe kako „se radi o slučaju jamčenja veoma široko formuliranog prava pozitivnog statusa, kojim se uspostavlja niz dužnosti za državu i građane. No, kao i kod drugih takvih prava, pitanje je u kojim se aspektima i kako može osigurati pravna zaštita. Mislimo da se ovdje daju određeni naputci zakonodavcu, kao i pravna osnovica za određeno reguliranje ovog iznimno važnog područja na kojem prije svega dolazi do izražaja odgovornost prema budućim naraštajima“.⁵¹ Iz toga je jasno da se, za razliku od prava na zdravstvenu zaštitu (iz kojeg je moguće, sukladno *supra* navedenom, izvesti makar minimalne zahtjeve pogodne za zaštitu pred sudom), ovdje radi prvenstveno o projekciji ustavotvorčevih aspiracija te programatskim smjernicama upućenim zakonodavcu. To ne znači da hrvatska ustavnosudska praksa u budućnosti neće udahnuti drugačiji (sudski ostvariv) sadržaj pravu na zdrav okoliš, ali takva se praksa tek treba razviti.⁵²

3. UMJESTO ZAKLJUČKA

Iz svega *supra* navedenoga proizlazi ispravnost opservacije kako pravo na zdravlje predstavlja „specifičan fenomen i pitanje unutar dogmatike ljudskih prava čija široka obuhvatnost nameće multi/inter/transdisciplinarni i pluriperspektivan pristup proučavanja“.⁵³ S time na umu, zahtjev za pluriperspektivnim pristupom proučavanju prava na zdravlje nipošto ne znači da se i u pogledu predmeta

⁴⁸ Nedić, T., *Pravo na zdravlje...*, *op. cit.* (bilj. 14), str. 52.

⁴⁹ Usp. Kuzelj, V.; Petričušić, A., *op. cit.* (bilj. 9).

⁵⁰ Nedić, T., *Pravo na zdravlje...*, *op. cit.* (bilj. 14), str. 53.

⁵¹ Smerdel, B., *Ustavno uređenje europske Hrvatske*, Narodne novine, Zagreb, 2013., str. 345.

⁵² O ustavnosudskom pristupu zaštiti zdravog okoliša vidi Ofak, L., *The Approach of the Constitutional Court of the Republic of Croatia Towards the Protection of the Right to a Healthy Environment*, *Journal of Agricultural and Environmental Law*, 16(31), 2021., str. 85–98.

⁵³ Nedić, T., *Pravo na zdravlje...*, *op. cit.* (bilj. 14), str. 53.

proučavanja može govoriti o svojevrsnoj otvorenoj klauzuli obilježenoj posvemašnjim pluralizmom sadržaja čija je posljedica neodređenost (i gotovo neodredivost) pravnog/ustavnog jamstva zdravlja. Naime, nije dopušteno (niti je poželjno) poistovjetiti faktore koji utječu na zdravlje (poput prava na pitku vodu, hranu, stanovanje, zdrav okoliš i dr.) s pravom na zdravlje. Time se ono što se u okviru pravne (i drugih društvenih) znanosti dugotrajnim razvojem afirmiralo kao koncept socijalne države nastoji poistovjetiti s integralnim (holističkim) konceptom zdravlja (a koje je nedvojbeno šire od prava na zdravlje).

Stoga valja inzistirati na odredivosti (ako već ne određenosti) prava na zdravlje kao pravnoga koncepta koji obuhvaća pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno pravo na lijek i liječenje (zdravstveni tretman) u skladu sa zakonom. To pritom ne znači da je cjelokupno uređenje sustava zaštite zdravlja prepušteno zakonodavčevoj diskreciji. Naprotiv, ustavno pravo na zdravstvenu zaštitu valja tumačiti na način da obvezuje zakonodavca na uspostavu sustava zdravstvenog osiguranja na način da osigura dostupnost zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite svim građanima, dok je pitanje modela udovoljenja navedenoj obvezi prepušteno zakonodavnoj konkretizaciji.

Nadalje, valja pledirati za zauzimanje aktivnijeg stava (ustavno)sudske prakse prema pravu na zdravlje, prvenstveno kroz materijalnopravnu operacionalizaciju ustavnog prava na zdravstvenu zaštitu. Tome može poslužiti povezivanje navedenog prava s drugim socijalnim jamstvima sadržanim u temeljnom hrvatskom pravnom dokumentu (koji su s njime funkcionalno povezani, ali ne predstavljaju njegove sastavnice kako se to počesto pogrešno predstavlja), ali i s njegovim tumačenjem u svjetlu međunarodnih obveza Republike Hrvatske na zaštitu prava na zdravlje (poput one proizišle iz članka 12. Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima). U svakom slučaju, ono na čemu valja inzistirati je pravni karakter prava na zdravlje, odnosno prava na zdravstvenu zaštitu, te ga ne treba pretrpavati sadržajem i time ga udaljavati od mogućnosti sudske zaštite. Pravo na zdravlje isprepleteno je i ovisno o ostvarenju mnoštva drugih (poglavito socijalnih) jamstava, ali ih ne može zamijeniti niti sadržajno obuhvatiti. Umjesto toga, ostvarenjem svakog od navedenih prava i zaštitom jezgre njihova sadržaja ona se trebaju međusobno potpomagati i prožimati.

S time na umu, naposljetku se valja složiti da je, u okviru hrvatske pravne znanosti, „za nadati se kako će se u budućnosti posvetiti više pažnje istraživanju u području prava na zdravlje“, ⁵⁴ kako u svrhu otkrivanja njegova sadržaja i perspektiva njegove pravne (poglavito sudske) zaštite, tako i u svrhu osnaživanja prava građana – nositelja ljudskih prava i temeljnih sloboda (pa tako i prava na zdravlje).

⁵⁴ Mikac, L., *op. cit.* (bilj. 10), str. 663.

LITERATURA

Knjige i članci

1. Arbutina, H., *Ustavna i nadnacionalna ograničenja ovlaštenja na oporezivanje*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 62(5–6), 2012., str. 1283–1322.
2. Bačić, A., *Prava izgubljena u tranziciji*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 42(1–2), 2005., str. 1–19.
3. Bačić, A., *O konstitucionalizaciji socijalnih prava i njihovu slabljenju prema sadržaju*, Rad Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Razred za društvene znanosti, (516=50), 2013., str. 187–207.
4. Barić, S.; Alijagić A., *Normativna djelatnost – izazov ostvarenju socijalnih prava*, u: Bodiroga-Vukobrat, N.; Barić, S. (ur.), *Socijalna prava kao temeljna ljudska prava*, TIM press, Zagreb, 2010., str. 30–55.
5. Barić, S.; Miloš, M., *Social Rights in the Republic of Croatia: Scattered to the Four Winds of Regulation*, u: Bodiroga-Vukobrat, N.; Rodin, S.; Sander, G. G. (ur.), *New Europe – Old Values? Reform and Perseverance*, Springer, Heidelberg, 2016., str. 137–163.
6. Brajković, L., *O (ne)postojanju klauzula vječnosti u Ustavu Republike Hrvatske*, Zagrebačka pravna revija, 10(3), 2021., str. 269–289.
7. Cindori, S.; Kuzelj, V., *Socijalni aspekt kriznoga poreza: fiskalni instrument ili devijacija poreznog sustava?*, Ekonomska misao i praksa, 27(2), 2018., str. 479–502.
8. Cindori, S.; Kuzelj, V., *Exemplis discimus: reafirmacija vrijednosti i redefinicija sadržaja socijalne države u novom stoljeću*, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 40(2), 2019., str. 823–846.
9. Cobo, F.; Charvel, S., *Mexican Apex Judiciary and Its Multiple Interpretations: Challenges for the Constitutional Right to Health*, International Journal of Constitutional Law, 18(4), 2020., str. 1254–1282.
10. de Melo Nunes Lopes, L.; de Assis Acurcio, F.; Diniz, S. D.; Lopes Coelho, T.; Gurgel Andrade, E. I., *(Un)Equitable Distribution of Health Resources and the Judicialization of Healthcare: 10 Years Experience in Brazil*, International Journal for Equity in Health, 18(1), 2019., str. 1–8.
11. De Negri Filho, A., *Brazil: A Long Journey Towards a Universal Healthcare System*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 173–180.
12. de Vasconcelos Costa Lobato, L., *The Universal Right to Health in Brazil: From Restricted Expansion to Dismantling*, u: Fleury, S. (ur.), *Social Policy Dismantling and De-democratization in Brazil: Citizenship in Danger*, Springer, Cham, 2023., str. 135–157.
13. Erent-Sunko, Z.; Kuzelj, V.; Kvartuč, D., *Ustavotvorčeva vizija socijalno pravednog poretka i zaštita dostojanstva siromašnih osoba: Je li vrijeme za napuštanje*

- kažnjavanja prosjačenja i skitnje?*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 13(1), 2022., str. 13–32.
14. Ettelt, S., *Access to Treatment and the Constitutional Right to Health in Germany: A Triumph of Hope Over Evidence?*, Health, Economics, Policy and Law, 15(1), 2020., str. 30–42.
 15. Ferraz, O. L. M., *The Right to Health in the Courts of Brazil: Worsening Health Inequalities?*, Health and Human Rights, 11(2), 2009., str. 33–45.
 16. Frenk, J.; Gómez-Dantés, O., *Realizing the Right to Healthcare in Mexico*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 197–208.
 17. Gardašević, Đ., *Neustavni ustavni amandmani i Ustavni sud Republike Hrvatske*, u: Bačić, A. (ur.), *Konstitucionalizacija demokratske politike*, HAZU, Zagreb, 2014., str. 85–110.
 18. Horvat Vuković, A., „U ime ustava“ – materijalne granice promjene ustava, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 65(3–4), 2015., str. 481–503.
 19. Javorić Barić, D.; Kuzelj, V., *Pravnopovijesni razvoj i suvremene refleksije konstitucionalizacije prava na zdravlje*, u: Milotić, I.; Zec, S.; Erent-Sunko, Z. (ur.), *Grčko-rimsko i kanonsko pravo: Zaštita života u krizama i izvanrednim situacijama*, Josip Turčinović d.o.o. – Državni arhiv u Pazinu – Općina Motovun, Pazin – Motovun, 2022., str. 197–217.
 20. Kostadinov, B., *Ustavni identitet*, u: Bačić A. (ur.) *Dvadeseta obljetnica Ustava Republike Hrvatske*, HAZU, Zagreb, 2011., str. 305–337.
 21. Kuzelj, V., *Apologija socijalne države nasuprot institucionalizaciji nejednakosti u neoliberalnom poretku*, Paragraf, 3(1), 2019., str. 59–84.
 22. Kuzelj, V., *Komplementarnost ustavnopravnih i društvenih odrednica porezne pravednosti u Republici Hrvatskoj*, u: Bevanda, V. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2020: Vol 4. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2020., str. 469–475.
 23. Kuzelj, V., *Normativni konstitucionalizam i jamstvo socijalnih prava u ustavnoj državi*, Političke perspektive, 12(2), 2022., str. 57–87.
 24. Kuzelj, V., *Ustavnosudska zaštita socijalnih prava – pouke hrvatskom Ustavnom sudu iz njemačke prakse*, Zagrebačka pravna revija, 11(2), 2022., str. 134–159.
 25. Kuzelj, V., *Hrvatski socijalni Ustav u očekivanju svojih herojskih sudaca*, u: Kuzelj, V.; Erent-Sunko, Z.; Cindori, S. (ur.), *Socijalna država kao temeljna vrijednost suvremene Republike Hrvatske*, Udruga Pravnika, Zagreb, 2023., str. 3–38.
 26. Kuzelj, V., *Paradoks suvremenog shvaćanja prava na zdravlje – prijeti li izgradnja integralnog (holističkog) koncepta zdravlja ugroziti sudsku ostvarivost prava na zdravstvenu zaštitu?*, u: Jablanov, Z. (ur.), *Aktualna pravna problematika u zdravstvu: XV. jubilarni Kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem*, Udruga pravnika u zdravstvu, Varaždin, 2024., str. 271–291.

27. Kuzelj, V.; Cindori, S.; Horvat Vuković, A., *Apoteoza socijalne države: imperativni zahtjev ostvarenja socijalne pravde u Republici Hrvatskoj*, Pravni vjesnik, 37(3–4), 2021., str. 57–80.
28. Kuzelj, V.; Erent-Sunko, Z.; Javorić Barić, D., *Socijalne vrijednosti hrvatskog društva i legitimacija postsocijalističkog poretka*, u: Nastase, C. A.; Monda, A.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2024: Vol 8. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2024., str. 643–656.
29. Kuzelj, V.; Horvat Vuković, A., *Apoteoza socijalne države: ustavno-identitetska ukorijenjenost socijalne pravde u Republici Hrvatskoj*, Politička misao, 59(1), 2022., str. 75–99.
30. Kuzelj, V.; Jerković, E.; Perić, R., *Predanost zakonodavca temeljnim (socijalnim) poreznim načelima Ustava pri uređenju sustava oporezivanja dohotka u Republici Hrvatskoj*, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 43(1), 2022., str. 247–266.
31. Kuzelj, V.; Kvartuč, D., *Pluralizam ustavnih vrednota: konstituiranje socijalnog tržišnog gospodarstva u Republici Hrvatskoj*, u: Bevanda, V.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2021: Vol 5. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2021., str. 499–505.
32. Kuzelj, V.; Petričušić, A., *Neprihvatljivost artificijelnog izdvajanja socijalnih jamstava iz općeg koncepta ljudskih prava*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 59(4), 2022., str. 747–769.
33. Mikac, L., *Pravci istraživanja sadržaja načela socijalne države u hrvatskoj pravnoj znanosti – pregled literature*, u: Nastase, C. A.; Monda, A.; Dias, R. (ur.), *International Scientific Conference – EMAN 2024: Vol 8. Conference Proceedings*, UdEkoM Balkans, Beograd, 2024., str. 657–665.
34. Miloš, M.; Kuzelj, V., *Ostvarenje i zaštita ustavnog ideala porezne pravednosti u svjetlu zahtjeva socijalne države*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 58(4), 2021., str. 1101–1120.
35. Nedić, T., *Pravo na zdravlje i njegova obuhvatnost*, Liječničke novine, 20(188), 2020., str. 52–53.
36. Nedić, T., *Demystifying the Concept of the Right to Health*, Synthesis philosophica, 37(2), 2022., str. 277–305.
37. Ngwena, C.; Cook, R.; Durojaye, E., *The Right to Health in Post-apartheid Era South Africa*, u: Zuniga, J. M.; Marks, S. P.; Gostin, L. O. (ur.), *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford, 2013., str. 129–142.
38. Ofak, L., *The Approach of the Constitutional Court of the Republic of Croatia Towards the Protection of the Right to a Healthy Environment*, Journal of Agricultural and Environmental Law, 16(31), 2021., str. 85–98.
39. Omejec, J., *Kontrola ustavnosti ustavnih normi (ustavnih amandmana i ustavnih zakona)*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 1(1), 2010., str. 1–28.

40. Omejec, J., *Veliki njemački Ustav i nepromjenjiva ustavna načela u praksi Saveznog ustavnog suda*, Pravnik, 58(110), 2024., str. 13–72.
41. Piovesan, F., *Brazil: Impact and Challenges of Social Rights in the Courts*, u: Langford, M. (ur.), *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009., str. 182–191.
42. Rodin, S., *Ustavni sud definira socijalnu državu*, Revija za socijalnu politiku, 5(2), 1998., str. 111–118.
43. Smerdel, B., *Ustavno uređenje europske Hrvatske*, Narodne novine, Zagreb, 2013.
44. Tucak, I., *The Nature of Welfare Rights*, Dignitas, (69–70), 2016., str. 133–156.
45. Tucak, I.; Blagojević, A., *Welfare Rights in the Croatian Constitution*, u: Vinković, M. (ur.), *New Developments in EU Labour, Equality and Human Rights Law*, Faculty of Law Osijek, Osijek, 2015., str. 267–293.
46. Vinković, M., *Croatia: Social Rights in a Welfare State – Wandering Between Symbolism, Irrationality and Economic Sustainability*, u: Jakab, N. (ur.), *Sustainability of the Social Security System: Demographic Challenges and Answers in Central Europe*, CEA Publishing, Miskolc – Budapest, 2023., str. 71–91.
47. Yamin, A. E., *Judicial Protection of the Right to Health in Colombia: From Social Demands to Individual Claims to Public Debates*, Hastings International & Comparative Law Review, 33(2), 2010., str. 431–459.
48. Young, K. G.; Lemaitre, J., *The Comparative Fortunes of the Right to Health: Two Tales of Justiciability in Colombia and South Africa*, Harvard Human Rights Journal, 26, 2013., str. 179–216.
49. Zlatić, V., *Razvoj, značaj i uloga nepromjenljivih dijelova Ustava*, Zagrebačka pravna revija, 8(1), 2019., str. 24–44.
50. Zlatić, V., *O mogućnostima i granicama narodne promjene Ustava u Republici Hrvatskoj te demokratskom legitimitetu Ustava Republike*, u: Bačić, A. (ur.), *Ustavne promjene i političke nagodbe: Republika Hrvatska između ustavne demokracije i populizma*, HAZU, Zagreb, 2021., str. 519–544.

Pravni propisi

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, (1983) UNTS vol 993.
2. Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine br. 85/2010 – pročišćeni tekst i 5/2014 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. SuP-O-1/2014 od 14. siječnja 2014.

Sudska praksa

1. Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-IP-3820/2009 i dr. od 17. studenoga 2009.

2. Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-988/1998 od 17. ožujka 2010.
3. Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-1625/2014 i dr. od 30. ožujka 2015.
4. Odluka o objavljivanju mnogostranih međunarodnih ugovora kojih je Republika Hrvatska stranka na temelju notifikacija o sukcesiji, Narodne novine – Međunarodni ugovori br. 12/93.
5. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-336/1992 od 20. listopada 1993.
6. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-4405/2013 i dr. od 31. ožujka 2015.
7. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-1201/2018 od 4. srpnja 2019.
8. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-III-2729/2017 od 5. studenoga 2019.
9. Priopćenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. SuS-1/2013 od 14. studenoga 2013.
10. Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-3631/2005 od 30. travnja 2009.
11. Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I-4537/2013 i dr. od 21. travnja 2015.
12. Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-II-2027/2020 od 14. rujna 2020.
13. Upozorenje Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-VIIR-5292/2013 od 28. listopada 2013.

Mišljenja međunarodnih tijela

1. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, 11 August 2000, E/C.12/2000/4.

THE RIGHT TO HEALTH IN THE CONTEXT OF THE CROATIAN SOCIAL CONSTITUTION

The paper examines the right to health in the context of the Croatian welfare state, exploring its legal nature and its distinction from the broader social concept of health. This study argues that the right to health is implicitly contained within the constitutional framework of the Republic of Croatia, with particular emphasis placed on analyzing the content of this right, which can be derived both from specific constitutional provisions and relevant case law of the Constitutional Court of the Republic of Croatia. It is important to keep in mind that the right to health consists of several elements. First, the right to health is used within the constitutional order as a legitimate means to (proportionally) limit certain other constitutional rights and freedoms (e.g. entrepreneurial freedom, property rights, freedom of movement). However, special attention is given to analyzing the

determination of the content of the right to health in an affirmative context. Therefore, in this paper, the authors specifically explore the content of the right to health within the constitutional order of the Croatian welfare state, focusing on its concretization through the constitutional guarantee of the right to health care for all. Additionally, the analysis considers the relationship between the right to health and the constitutional right to a healthy environment - an equally significant yet distinct legal entitlement. Namely, Croatian constitutional jurisprudence regarding the right to health is limited and mainly relates to the protection of the procedural fairness in the realization of health care. Therefore, the authors emphasize the need for a more active approach in the substantive legal operationalization of the right to health, especially through linking it with other social guarantees and international standards. That said, it is concluded that it is nevertheless necessary to clearly distinguish the right to health from the broader social concept of health in order to enable its effective legal protection and judicial enforceability in terms of ensuring its legal realization and protection.

Key words: *Constitution of the Republic of Croatia, welfare state, right to health, right to health care, right to a healthy environment*

Ranko Marijan, dipl. iur.*

KAZNENOPRAVNA ODSUPANJA OD PRAVILA MEDICINSKE STRUKE

UDK: 343.347

343.618 : 343.222

Stručni rad

Primljeno: 9. ožujka 2025.

U radu se analiziraju kaznenopravna odstupanja od pravila medicinske struke, s posebnim naglaskom na odgovornost liječnika i drugih zdravstvenih radnika u slučaju nesavjesnog liječenja. Razmatraju se zakonske odredbe u vezi s kaznenim djelima protiv zdravlja, uključujući širenje zaraznih bolesti, nepružanje medicinske pomoći i nezakonite medicinske postupke, poput nedopuštenog presađivanja organa. Poseban naglasak stavljen je na pojam nesavjesnog liječenja, koje se može očitovati kroz primjenu neadekvatnih medicinskih metoda, nepravilno postavljene dijagnoze, neodgovarajuće terapije ili nepoštivanje higijenskih standarda. U radu se razmatra granica između medicinske pogreške, koja je neizbježan dio liječničke djelatnosti, i kaznenog djela, koje nastupa kada je prekršeno pravilo struke s teškim posljedicama za pacijenta. Uz analizu pravnih aspekata, prikazani su i kriteriji za utvrđivanje kaznene odgovornosti, uključujući postojanje namjere ili nehaja u postupanju počinitelja. Također, u radu se obrađuju etička i pravna pitanja povezana s odgovornošću liječnika, kao i primjeri iz sudske prakse koji ilustriraju različite oblike nesavjesnog liječenja i njihove pravne posljedice.

Ključne riječi: *kaznena odgovornost, nesavjesno liječenje, medicinska struka, sudska praksa*

1. UVOD

Kaznenopravna odstupanja od usvojenih pravila medicinske struke, premda u našoj sudskoj praksi vrlo rijetka, posebno su aktualna s obzirom na napredak medicinske znanosti, broj i vrstu složenih i sofisticiranih medicinskih intervencija, ali i s obzirom na jačanje međunarodnih kaznenopravnih standarda usmjerenih na jačanje profesionalne odgovornosti i prava pacijenata.

Medicina nije egzaktna znanost pa su i medicinske pogreške specifične, jer nisu ni jednoznačne niti egzaktne. Bolesti mogu biti atipičnog razvoja i neprepoznatljivih simptoma. Ponekad je, nažalost, nemoguće postaviti pravovremenu i ispravnu dijagnozu.

* Ranko Marijan, dipl. iur., sudac Vrhovnog suda Republike Hrvatske

Medicinska pogreška je stvarnost, koju opća, stručna ali i pravna javnost jednostavno mora prihvatiti kao neizbježan dio liječničke djelatnosti.

Razvoj medicinske znanosti, pojava superspecijalizacije i umjetne inteligencije sve više odvaja konkretnog pacijenta od konkretnog liječnika. Timski rad postaje sve češći u suvremenoj medicini i utječe da osobna odgovornost pojedinog liječnika postaje manje vidljiva. S druge strane, suvremena medicina dovodi liječnika u sve riskantnije situacije, jer se strelovito proširuju indikacije za zahvate i uvode sve zamršeniji načini pretrage (*Zečević-Škavić: Osnove sudske medicine za pravnike*).

Nema nikakve dvojbe da doktori medicine, doktori dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnici, ukoliko ne postupaju prema pravilima svoje profesije, mogu prouzročiti fatalne posljedice za pacijente. S obzirom na prirodu njihovog posla, takva kobna neprofesionalnost se može ponoviti prema neodređenom broju drugih osoba i stoga je usmjerena protiv zdravlja neodređenog broja ljudi, a ne samo protiv pojedinca.

Zato je zakonodavac procijenio kako se izrazito neprofesionalnim propustima u obavljanja zdravstvene djelatnosti, sa ostvarenim štetnim posljedicama, tako intenzivno ugrožavaju i povrjeđuju slobode i prava čovjeka, da se njihova zaštita ne bi mogla učinkovito ostvariti bez kaznenopravne prisile.

2. ODSUPANJA OD USVOJENIH PRAVILA MEDICINSKE STRUKE

Zakonodavac je najgrublje propuste kojima se u značajnoj mjeri odstupa od usvojenih pravila medicinske struke, a koji su polučili i štetne posljedice, pozicionirao među kaznena djela protiv zdravlja (*Kazneni zakon*, „*Narodne novine*”, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. – ispravak, 101/17., 118/18., 126/19., 84/21., 114/22. i 114/23.).

To su: Širenje i prenošenje zarazne bolesti; Nesavjesno liječenje; Nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima i Nedoovoljeno uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela.

Širenje i prenošenje zarazne bolesti

Članak 180. Kaznenog zakona

(1) Tko ne postupi po propisima ili naredbama kojima nadležno državno tijelo naređuje preglede, dezinfekciju, dezinsekciju, deratizaciju, odvajanje bolesnika ili drugu mjeru za sprečavanje i suzbijanje zarazne bolesti među ljudima, odnosno

za sprječavanje i suzbijanje zarazne bolesti životinja od kojih mogu oboljeti i ljudi, pa zbog toga dođe do opasnosti od širenja zarazne bolesti među ljudima ili prenošenja zarazne bolesti sa životinja na ljude, kaznit će se kaznom zatvora do dvije godine.

(2) Tko ne pridržavajući se mjera zaštite drugoga zarazi opasnom zaraznom bolešću, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.

(3) Ako je kazneno djelo iz stavka 1. i 2. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do jedne godine.

(4) Kazneno djelo iz stavka 2. ovoga članka kad se radi o spolno prenosivoj bolesti progoni se po prijedlogu oštećenika, osim ako je kazneno djelo počinjeno na štetu djeteta.

Nesavjesno liječenje

Članak 181. Kaznenog zakona

(1) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.

(2) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je postojeća bolest znatno pogoršana, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.

(3) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena osobito teška tjelesna ozljeda drugoj osobi ili je kod druge osobe došlo do prekida trudnoće, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

(4) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena smrt jedne ili više osoba, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.

(5) Ako je kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do šest mjeseci.

(6) Ako je kazneno djelo iz stavka 2. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do jedne godine.

(7) Ako je kazneno djelo iz stavka 3. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora do tri godine.

(8) Ako je kazneno djelo iz stavka 4. ovoga članka počinjeno iz nehaja, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od jedne do osam godina.

Nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima

Članak 183. Kaznenog zakona

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, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.)

U obavljanju svoje djelatnosti svi zdravstveni radnici moraju moći poduzimati sve potrebne aktivnosti na koje ih ovlašćuju priznati standardi medicinske struke, slobodni od straha zbog eventualnog kaznenog progona.

Medicinska pogreška ne znači, po nekom automatizmu, da se radi o nemaru ili neznanju, a još manje da bi se radilo o kaznenom djelu.

Naime, o kaznenom djelu se može raditi tek u slučaju kada je utvrđena najgrublja povreda pravila zdravstvene struke, uz znatno kršenje općeprihvaćenih i usvojenih pravila liječenja. Međutim i to nije dostatno, već je potrebno ispunjenje i druge pretpostavke koja se ogleda u pogoršanju bolesti, narušavanju nečijeg zdravlja ili nastanku konkretne opasnosti po zdravlje.

3. KAZNENOPRAVNI ASPEKTI

Pored kumuliranja više pretpostavki (kako bi se uopće moglo promišljati o kaznenoj odgovornosti) za postojanje kaznenog djela liječnik mora postupati s namjerom ili iz nehaja, svjestan ili je bio dužan i mogao biti svjestan da je njegovo djelo zabranjeno i da može pacijentu prouzročiti teške posljedice.

Prema našem Kaznenom zakonu, sadržaj krivnje se procjenjuje kroz počiniteljev psihički odnos prema učinjenom kao vanjskom događaju i njegovu svijest o nedopuštenosti svoga djela. Počinitelj je kriv za kazneno djelo ako je u vrijeme počinjenja kaznenog djela bio ubrojiv, ako je postupao s namjerom ili iz nehaja i ako je bio svjestan ili je bio dužan i mogao biti svjestan da je njegovo djelo zabranjeno, pa je prouzročio pogoršanje bolesti ili narušio zdravlje druge osobe.

Počinitelj postupa s izravnom namjerom kada je svjestan svih obilježja kaznenog djela i hoće ili je siguran u njihovo ostvarenje, dakle kada je svjestan kauzalnog lanca koji vodi do zabranjene posljedice.

Počinitelj postupa s neizravnom namjerom kada je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, pa na to pristaje. Počinitelj dakle ne teži ostvarenju zabranjene posljedice, to nije ono što ga motivira i pokreće na akciju, ali realnu

moгуćnost nastupanja posljedice prihvaća jer ima predodžbu o moгуćnosti nastupanja posljedice i unatoč riziku ne odustaje od svojih postupaka.

Počinitelj postupa sa svjesnim nehajem kada je svjestan da može poćiniti kazneno djelo, ali lakomisleno smatra da se to neće dogoditi ili da će to moći spriječiti. On dakle nepažljivo postupa, premda je predvidio moгуćnost poćinjenja djela. Poćinitelj postupa s nesvjesnim nehajem kada nije svjestan da može poćiniti kazneno djelo, iako je prema okolnostima i prema svojom osobnim svojstvima bio dužan i mogao biti svjestan te moгуćnosti. Poćinitelj nije obratio dovoljnu pozornost opasnoj situaciji i nije povezoao spoznatu opasnost s opasnošću svoga postupka.

4. SINTAGMA „NESAVJESNO LIJEĆENJE“?

Kakvo je to oćito nepodobno sredstvo ili naćin lijećenja, odnosno što toćno znaći sintagma „nesavjesno lijećenje“?

To je medicinsko i pravno pitanje. Dio konaćnog odgovora, u svakom konkretnom slućaju, mora dati medicinska struka koja će kvalitetno, temeljito i profesionalno izraditi vještaćki nalaz i mišljenje. Sud je taj koji će uvaćavajući medicinsku struku, ali imajući u vidu pravne standarde, donijeti te potom jasno obrazloćiti konaćnu odluku o eventualnom postojanju kaznenog djela.

Prema istraćivanju u dvije velike bolnice u SAD-u proizlazi da je kod 3,9 % bolesnika došlo do pogoršanja zdravlja zbog lijećnićke greške, u Danskoj kod 9%, u Francuskoj kod 8.9% a u Velikoj Britaniji kod 11%. Lijećnićka greška je osmi uzrok smrti u SAD-u: zbog lijećnićke greške umire godišnjje izmeću 44.000 i 98.000 ljudi, dakle više nego u prometnim nesrećama (oko 43.500) ili zbog karcinoma dojke (42.000) (*Prof. dr. sc. Josip Škavić i Prof. dr. Dušan Zećević, Komplikacija i greška-sudskomedicinski pristup, Okrugli stol u palaći HAZU, 27. veljaće 2008.*).

Kod nas nitko nije vodio tu vrstu statistike, ali brojke vezane uz kaznena djela protiv zdravlja ljudi (koja su pravomoćno poćinili lijećnici) gotovo su zanemarive.

4.1. Pojavni oblici nesavjesnog lijećenja

Prema opće usvojenim kaznenopravnim standardima, oćito nepodobno sredstvo ili naćin lijećenja bilo bi svako ono sredstvo ili naćin lijećenja koje je u oćitoj suprotnosti sa dostignućima medicinske znanosti.

Nesavjesno postupanja obuhvaća one postupke koji su odraz nemara, brzopletosti, površnosti, birokratskog stava i sl.

Nesavjesno liječenje, na način kako ga određuje naš Kazneni zakon, obuhvaća ono činjenje ili nečinjenje kojim se ne poštuju općepriznata pravila zdravstvene struke. Takvi postupci moraju, očito, odstupati od prihvaćenih i prokušanih profesionalnih standarda. Može se raditi o kaznenom djelu na primjer ukoliko zdravstveni radnik primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, odnosno na drugi način, očito, ne postupi po pravilima zdravstvene struke i zbog toga nastupi štetna posljedica.

Očito nesavjesno postupanje je kada se pravila zdravstvene struke grubo zanemaruju, odnosno kada se zdravstveni radnik upušta u poduzimanje određenih radnji, premda dobro zna da one nisu nužne, a za njihovo poduzimanje nije dovoljno stručan ili nema odgovarajućeg instrumentarija i opreme, bez čega su te radnje, unaprijed, osuđene na neuspjeh.

Nesavjesno postupanje se utvrđuje primjenom stručnih i objektivnih kriterija. Radi se o pravilima zdravstvene struke ovisnim o dominantnim shvaćanjima medicinske znanosti u određenoj etapi njezina razvoja. Radnje koje su okvalificirane nesavjesnim postupanjem, moraju uvijek biti stavljene u kontekst vremena i prostora kada su i zašto poduzete.

Nesavjesno liječenje se može sastojati na primjer u pogrešnoj dijagnozi bolesti (u pravilu iza toga slijedi i pogrešna terapija), u pogrešnom određivanju načina i sredstva liječenja (premda je dijagnoza pravilna), u zanemarivanju potrebnih higijenskih mjera, kao i u drugim postupcima koji su suprotni medicinskoj znanosti i pravilima zdravstvene zaštite. Način liječenja označava metodu liječenja, vrstu medicinske intervencije ili medicinski tretman koji se primjenjuje prema pacijentu radi liječenja ili postavljanja dijagnoze.

Za postojanje kaznenog djela potrebno je da se primjena određenog sredstva ili načina liječenja, u konkretnom slučaju, može označiti kao očigledno pogrešno sredstvo i nepodoban način, uslijed čega je i nastupilo pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe.

Ocjena postojanja svih obilježja kaznenog djela nesavjesnog liječenja ovisi o više elemenata: vrsti i stanju bolesti, zdravstvenom stanju pacijenta i okolnostima pod kojima je neka medicinska radnja poduzeta (npr. potreba hitne intervencije).

Neki primjeri nepodobnog načina liječenja mogu biti: davanje medikamenata koji su kontraindicirani, lijekova za koje ne postoji dozvola uporabe, izvršenje kirurškog zahvata na način suprotan uobičajenoj praksi, izvršenje nepotrebnog medicinskog zahvata, davanje medikamenata i primjena zračenja u prevelikim dozama, transfuzija neodgovarajuće krvne grupe, propuštanje sterilizacije medicinskog instrumentarija i drugog materijala, propuštanje dezinfekcije ruku i odjeća medicinskog osoblja, dezinfekcije pacijenata i njegovih stvari.

Pojavni oblici nesavjesnog liječenja mogu se ostvariti činjenjem ili nečinjenjem. To su npr. površan pregled pacijenta uslijed čega bolest nije utvrđena ili je dana pogrešna dijagnoza (npr. propuštanje potrebnog kliničkog pregleda odnosno neprimjena potrebne i moguće dijagnostičke metode), nepoduzimanje medicinskih metoda radi isključenja ili potvrđivanja određenih kontraindikacija (npr. ispitivanje alergijske osjetljivosti pacijenata), propuštanje primjene preventivnih mjera (npr. davanje seruma protiv tetanusa), propuštanje određenih mjera kontrole odnosno drugih postupaka nužnih za utvrđivanje zdravstvenog stanja pacijenta, nepoduzimanje nužno potrebnog operativnog zahvata ili propuštanje davanja određenog lijeka, propuštanje obveze ukazati pacijentu na posljedice koje mogu nastati zbog odbijanja određene medicinske intervencije (o čemu će kasnije biti malo više riječi).

Naravno, kao što je to već naglašeno, da bi se uopće moglo raditi o kaznenom djelu, pored utvrđenog nepodobnog načina liječenja odnosno očigledno nesavjesnog liječenja, mora postojati i uzročno posljedična veza sa nastupom štetne posljedice. Naime, takvi s obzirom na sve okolnosti konkretnog slučaja, neodgovarajući i potpuno pogrešni postupci zdravstvenog radnika nisu dostatni da bi se radilo o kaznenom djelu, već moraju uzrokovati pogoršanje bolesti, odnosno narušiti zdravlje neke osobe.

4.2. Medicinska pogreška

Greške i previdi su sastavni dio svakog djelovanja, pa su mogući i prilikom stručnog obavljanja liječničke djelatnosti. Kao što je to već istaknuto, medicina nije egzaktna znanost, niti se zdravlje može iskazati matematičkom formulom. Stoga je medicinska struka najpozvanija da, s obzirom na sve utvrđene relevantne okolnosti svakog pojedinog slučaja, izradi nalaz i stručno mišljenje da li su postupci bili, očito, protivni pravilima zdravstvene struke i da li je štetna posljedica izravni rezultat takvog postupanja. O brojnim medicinskim standardima postoje različita stajališta i među najvećim autoritetima. Stoga je ponekad teško, pa i nemoguće, dati egzaktno mišljenje o stručnom postupku liječnika.

Ukoliko se liječenje poduzima u nekoj izvanrednoj situaciji, ocjena nesavjesnosti takvog liječenja, nužno, mora obuhvatiti sve izvanredne okolnosti pod kojima se medicinska intervencija odvijala. Drugi su kriteriji propitivanja postupaka liječnika u nenormalnoj situaciji, kada nema ni logističkih niti odgovarajućih vremenskih i prostornih pretpostavki za uspješnu medicinsku intervenciju. Stoga treba voditi računa o okolnostima koje isključuju ili reduciraju mogućnost odabira adekvatne medicinske intervencije.

5. NEKA PITANJA U SVEZI KAZNENOPRAVNIH ODSUPANJA

U svezi kaznenopravnih odstupanja od usvojenih pravila medicinske struke, potrebno je razmotriti neka pitanja.

To su:

- Pitanje dozvoljenosti i opravdanosti primjene još neprovjerenog ili nedovoljno provjerenog načina ili sredstva liječenja;
- Pitanje do kada je liječnik obavezan vještačkim putem održavati određene funkcije pacijenta čije je opće stanje takvo da ukazuje na neminovnost smrtnog ishoda;
- Problemi vezani uz presađivanje dijelova ljudskog tijela.

5.1. Nedovoljno provjeren način ili sredstvo liječenja.

Zahtjev da liječnik svoju dužnost mora obnašati lege artis, pretpostavlja uporabu takvog načina i sredstva liječenja koji su na propisani način znanstveno ispitani i verificirani kao korisni za liječenje određene bolesti.

Premda tzv. eksperimentiranje na ljudima, načelno, nije dozvoljeno, zdravstveno stanje određenih bolesnika, ali i općekorisni interesi medicinske znanosti opravdavaju da se, pod određenim uvjetima, primijene medicinske metode koje još nisu izašle iz eksperimentalne faze. Poglavitito se tu radi o onim slučajevima bolesti koji se, prema potvrđenom iskustvu, ne mogu uspješno liječiti metodama i sredstvima koji se upotrebljavaju u prihvaćenoj medicinskoj praksi. Međutim i tada treba procjenjivati stupanj vjerojatnosti nastupanja povoljnog rezultata, odnosno vrstu i stupanj rizika od takve metode i sredstva.

Što je zdravstveno stanje pacijenta teže, a mogućnost poboljšanja prokušanim metodama manja, to bi bila opravdanija primjena novih i nedovoljno ispitanih metoda i sredstava liječenja. Naravno, treba imati na umu i postojanje utvrđenog sustava eksperimentiranja novih metoda i sredstava liječenja, prije nego se počnu prakticirati na ljudima.

Prema Zakonu o zaštiti pacijenata, za znanstveno istraživanje nad pacijentom i uključivanje pacijenta u medicinsku nastavu nužan je izričiti pristanak obaviještenog pacijenta. Znanstvena istraživanja nad pacijentom mogu se poduzeti ako nema zamjene usporedive učinkovitosti za istraživanje na ljudima, rizici kojima se izlaže pacijent nisu nerazmjerni mogućim koristima od istraživanja, a istraživanje je odobrilo nadležno etičko povjerenstvo

Zahvat usmjeren na promjenu ljudskoga genoma može se poduzeti samo za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe pod uvjetom da cilj promjene

nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu potomka pacijenta. Testovi koji ukazuju na genetske bolesti ili služe za identifikaciju pacijenta, kao nositelja gena odgovornog za bolest ili za otkrivanje genetske dispozicije ili podložnosti na bolest, mogu se obavljati samo u zdravstvene svrhe ili radi znanstvenog istraživanja vezanog uz zdravstvene svrhe i uz odgovarajuće genetsko savjetovanje.

Liječnik koji je kod pacijenta pravilno dijagnosticirao bolest koja se, nedvojbeno, više ne može liječiti metodama i sredstvima koji se upotrebljavaju u prihvaćenoj liječničkoj praksi, pa je zato primijenio nedovoljno provjereno sredstvo ili način liječenja (koje naravno mora biti zasnovano na usvojenim temeljima medicinske struke) neće biti kazneno odgovoran, pa ni u slučaju ako je uspjeh izostao ili je došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta.

5.2. Dužnost liječnika održavati bolesnika na životu.

Dužnost liječnika je boriti se do krajnjih, medicinskom znanošću utvrđenih granica za održanje bolesnika na životu. Stoga je (barem za sada i na našem području) protivan zakonu i nespojiv sa liječničkom etikom svaki oblik usmrćenja drugoga, neovisno da li se radi o izričitom, ozbiljnom i svjesnom zahtjevu oboljele osobe od teške i neizlječive bolesti.

Usmrćenje

Članak 112. Kaznenog zakona

(3) Tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev iz suosjećanja zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.

Kodeks medicinske etike i deontologije navodi kako je namjerno skraćivanje života u suprotnosti sa medicinskom etikom. Međutim, u pogledu umjetnog produljenja života osobe koja boluje od neizlječive bolesti, Kodeks ističe potrebu poštovanja jasno izražene želje te osobe, pod uvjetom da je bila dobro informirana, a njena izjava (pismena ili usmena) data pri punoj svijesti. Pravilno se zaključuje kako je nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju, medicinski neutemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.

Bilo kako bilo, eutanazija je kazneno djelo, ali ne kazneno djelo protiv zdravlja ljudi, već se radi o težem kaznenom djelu protiv života i tijela.

Mnoga filozofska, etička, pa i pravno teorijska promišljanja čine dvojbenim našu kaznenopravnu dogmatiku, ali dok je eutanazija jasno pozicionirana u Kaznenom zakonu, nema baš nikakve dvojbe da se radi o kaznenom djelu.

5.3. Problemi vezani uz presađivanje dijelova ljudskog tijela

Presađivanje (transplantacija) dijelova ljudskog tijela znanstveno je priznata i u praksi, sve češće, vrlo uspješno primjenjivana metoda liječenja. Međutim, i za transplantaciju se traži ispunjenje pravnih, medicinskih i drugih pretpostavki koje se odnose na davatelja i primatelja organa, vrstu i vrijeme zahvata i.t.d.

Naravno i ovom se metodom liječenja može počiniti kazneno djelo, ako nije bilo propisanog pristanka, ako transplantacija nije bila medicinski indicirana ili nije obavljena lege artis, a dovela je do pogoršanja zdravstvenog stanja bilo primatelja bilo davatelja.

Nedozvoljeno uzimanje i presađivanje dijelova ljudskog tijela

Članak 182. Kaznenog zakona

(1) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji bez propisanog pristanka ili medicinski neopravdano uzme organ, tkivo, stanicu, zametak ili fetus živog darivatelja, ili ih presadi primatelju ili upotrijebi za postupak medicinske oplodnje, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do deset godina.

(2) Ako je kaznenim djelom navedenim u stavku 1. ovoga članka prouzročena smrt osobe, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od tri do petnaest godina.

(3) Doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji radi presađivanja uzme dio tijela umrle osobe iako zna da je ta osoba ili njezin zakonski zastupnik, odnosno skrbnik, za života dao pisanu izjavu o nedarivanju, ili tko bez propisanog pristanka uzme radi presađivanja dio tijela umrlog djeteta ili umrle punoljetne osobe koja nije imala sposobnost rasuđivanja, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.

Uzimanje i presađivanje dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja smije se obaviti na način i pod uvjetima određenim Zakonom. Svaki takav zahvat smije se obaviti samo ako je to medicinski opravdano, odnosno ako je to najpovoljniji način liječenja.

Uzimanje i presađivanje dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja mora se provoditi u skladu s odgovarajućim profesionalnim obvezama i standardima. Organ ili tkivo od živog darivatelja može se uzeti isključivo u svrhu liječenja primatelja, ako ne postoji odgovarajući organ ili tkivo umrle osobe, te ne postoji druga, približno jednaka metoda liječenja.

Uzimanju dijelova tijela s umrle osobe može se pristupiti tek nakon što je, sa sigurnošću, prema medicinskim kriterijima i na propisan način utvrđena smrt. Potrebno je postupati s dužnim poštovanjem prema osobnom dostojanstvu

umrle osobe i njezine obitelji. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije tome u pisanom obliku protivio. Uzeti dijelovi tijela s umrle osobe moraju se upotrijebiti u skladu s pravilima medicinske struke.

Za uzete dijelove ljudskoga tijela zabranjeno je davati, odnosno primati bilo kakvu novčanu naknadu, te ostvarivati drugu materijalnu korist. Zabranjeno je trgovanje dijelovima ljudskoga tijela.

Prema Kodeksu medicinske etike i deontologije, u slučaju moždane smrti utvrđene na stručno prihvaćeni način, liječnik smije, u okviru pozitivnih propisa, održavati život organa, dijelove tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih bolesnika. Međutim, zbog mogućeg sukoba interesa, liječnik koji sudjeluje ili bi mogao sudjelovati u postupku presađivanja, ne može sudjelovati u donošenju odluke o moždanoj smrti davatelja. Ako liječnik sudjeluje u presađivanju tkiva ili organa sa živog davatelja, dužan ga je savjesno upoznati o naravi zahvata i njegovim mogućim posljedicama.

Na nužnost još preciznijeg zakonskog reguliranja presađivanja dijelova ljudskog tijela ukazuju mnogi važni razlozi:

- stvaranje jasnije pravne i faktične sigurnosti građana, liječnika i ostalih pasivnih ili aktivnih sudionika transplantacije;
- medicinska znanost ne bi smjela biti sputana raznim pravnim, ćudorednim i vjerskim pitanjima;
- nužno je osigurati pravo i donora i pacijenta na zdravstvenu i pravnu sigurnost, kao temeljno ljudsko pravo.

Precizno zakonsko reguliranje je preduvjet da se liječenje transplantacijom nesmetano i potpuno razvija i još uspješnije primjenjuje. Jedino se tako može osigurati pravna sigurnost svim sudionicima ovog sofisticiranog medicinskog zahvata. Jasna pravna regulativa može dati odgovore na brojna etička, medicinska pa s time u svezi i kaznenopravna pitanja.

Precizna regulativa je važna zbog suzbijanja raznih zlouporaba u svezi transplantacije kojih očito ima sve više. Pravna regulativa uređuje i pitanja međunarodne suradnje i postojanja transparentne banke organa, a što sve osigurava bržu protočnost relevantnih podataka i žurnost u postupanju, sa ciljem učinkovitog spašavanja života pacijenata.

6. OBAVLJANJE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

Svaka je osoba obvezna brinuti se o svome zdravlju, ali istovremeno ima i pravo na zdravstvenu zaštitu te na ostvarenja najviše moguće razine zdravlja.

Nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih.

Zdravstvena djelatnost je javna služba koju obavljaju, po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije, zdravstveni radnici. Liječnici su temeljni nositelji zdravstvene djelatnosti. Oni djeluju unutar sustava društvenih i individualnih mjera i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Funkcioniranje zdravstvene djelatnosti u cjelini, a poglavito materijalna i personalna ekipiranosti zdravstvene službe, od posebnog je društvenog interesa, jednako kao i savjestan rad svakog zdravstvenog radnika.

Međutim, materijalna i personalna ekipiranosti zdravstvene službe ne ovisi, primarno, od aktivnosti, truda i odricanja zdravstvenih radnika. Ona, kao i u drugim djelatnostima, prvenstveno ovisi o političkoj volji i sposobnosti izvršne vlasti prepoznati zdravstvene probleme u sustavu zdravstvene zaštite i učinkovito ih rješavati.

Za zdravlje nacije odlučnu ulogu ima dobro organizirano, materijalno zbrinuto i učinkovito zdravstvo, u kojem će stručni i odgovorni profesionalci moći raditi svoj posao.

Ni više niti manje od toga.

Neovisno o teškoćama funkcioniranja sustava u cjelini, svaki je liječnik kao nositelj zdravstvene djelatnosti dužan, svakodnevno, postupati suglasno pravilima struke i kodeksu medicinske etike.

Odstupanje od jasno zacrtanih pravila i obveza, predstavlja kršenje etičkih normi na kojima se temelji djelatnost zdravstvene službe. Pri tome se uvijek, baš uvijek moraju imati u vidu humane odrednice te profesije i sva težina poziva koji je posvećen zdravstvenoj zaštiti pojedinca i šire društvene zajednice.

Kao što je to više puta naglašeno, samo izuzetno i pod strogo propisanim uvjetima, određena postupanja ili propusti zdravstvenih radnika mogu predstavljati kazneno djelo.

Ali takvi postupci, doista, nemaju baš ništa zajedničko sa časnom, teškim, a ponekad i nedovoljno cijenjenim pozivom zdravstvenog radnika.

7. PRIMJERI IZ SUDSKE PRAKSE

Nepodesan način liječenja je i kada se pri dijagnosticiranju primjenjuju postupci koji prema pravilima medicinske nauke nisu indicirani, a nesavjesno postupanje obuhvaća postupke nestručnog ponašanja liječnika u pružanju

liječničke pomoći. Prvostupanjski sud je, sudeći prema razlozima pobijanog rješenja, na temelju tek djelomičnog razmatranja raspoloživih dokaza, za sada olako, ocijenio da je osumnjičeni liječnik ozbiljno i savjesno postupao u liječenju. Međutim, dokazi ukazuju da su u kratkom vremenskom razmaku od svega nekoliko dana bile postavljene dvije potpuno različite i pogrešne dijagnoze, a skoro smrt je uzrokovala bolest koju osumnjičenik nije postavio u svojoj dijagnozi, pa prema njoj nije propisao, niti zahtijevao odgovarajući tretman. To, po ocjeni Vrhovnog suda, predstavlja dovoljno ozbiljne razloge za osnovanu sumnju da je osumnjičenik odabrao nepodesan način liječenja, odnosno da je poduzeo nesavjesno liječenje (**Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž-120/1991-2 od 18. prosinca 1991.**)

U žalbi se tvrdi da je osumnjičen liječnik, u nalazu hematoloških pretraga, propustio uočiti da je vrijednost LUC u znatnom odstupanju od referentnih vrijednosti, te je već iste večeri mogao zaključiti da se radi o sepsi. S obzirom da ova okolnost, do sada, uopće nije bila analizirana niti spomenuta u stručnom nalazu i mišljenju, niti se u odnosu na to očitovao osumnjičenik, istu je potrebno razjasniti provođenjem odgovarajućeg (dodatnog) vještačenja. Za sada egzistira dostatan stupanj osnovane sumnje o počinjenju kaznenog djela koje je osumnjičeniku stavljeno na teret istražnim zahtjevom. U istrazi će se, pored spomenutog vještačenja, provesti i druge potrebne radnje, odnosno prikupiti dokazi i podaci koji su potrebni da bi se moglo odlučiti hoće li se podignuti optužnica ili obustaviti postupak. (**Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž 11/08-2 od 05. veljače 2008.**)

Uvidom u dokaze koji su pribavljeni u pred-istražnom tijeku postupka, a posebno na temelju nalaza i mišljenja Zavoda za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu, i ovaj sud ocjenjuje kako ne postoji osnovana sumnja da bi osumnjičena liječnica počinila kazneno djelo koje joj se stavlja na teret, tj. da je kao doktor medicine primijenila očito nepodobno sredstvo ili način liječenja odnosno nesavjesno postupala, pa je prouzročila pogoršanje bolesti i smrt pok. S. B.. Uzrok smrti, prema cjelokupnoj dokumentaciji te nalazu i mišljenju liječnika vještaka, nije bio karcinom desnog jajnika na kojem je dijagnosticirana endometriotična cista (a što je bio predmet liječenja od strane osumnjičenice) već karcinom lijevog jajovoda koji nije bio dijagnosticiran niti od jednog liječnika. Nije bio uočen niti od doc. dr. A. Č., koji je obavio operativni zahvat otklanjanja ciste, već je utvrđen naknadno po patologu prilikom sekcije pokojničinog tijela. Osumnjičenici se ne može staviti na teret propust uočavanja karcinoma lijevog jajovoda, kao stvarnog uzroka smrti, imajući u vidu da je, prema mišljenju liječnika vještaka, ta vrsta karcinoma u praksi toliko rijetka da predstavlja svega 0,3% svih ginekoloških karcinoma, te se vrlo teško dijagnosticira, obično kao

slučajni nalaz za vrijeme operacije. Istovremeno se širi vrlo brzo po limfogenim putovima i brzo stvara udaljene metastaze, a što u konkretnom slučaju potvrđuje i okolnost da je karcinom jajovoda kod pokojnice uočen tek prilikom obdukcije. **(Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž 38/07-2 od 6. rujna 2007.).**

Prema stanju spisa, barem za sada, neprihvatljiv je zaključak vještaka da je uzrok zatajenja bubrega nedovoljan unos tekućine kod kuće. Naime, postoji podatak u spisu da je, u međuvremenu, pokojnik bio dva puta u liječničkom tretmanu, što znači da tada nije bio prepušten samo kućnoj njezi. Iako sud nema potrebnog stručnog znanja iz medicinske struke da bi mogao potpuno pravilno ocijeniti značaj i važnost pojedinih okolnosti koje se ovdje pojavljuju kao problematične, već sad je moguće uočiti da je potrebno provjeriti podatke iz obrane osumnjičenog doktora o tome koje je sve konkretne radnje preporučio poduzeti nakon što je pacijenta pregledao. Isto tako treba utvrditi da li se na Internom odjelu postupalo u skladu s njegovim uputama. Također će se provjeriti jesu li i kada obavljene dodatne pretrage koje je osumnjičeni doktor naložio. Provjeriti će se i sve ostale tvrdnje koje su ostale nerazjašnjene, a mogu biti relevantne za utvrđivanje činjeničnog stanja **(Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž 86/07-2 od 29. siječnja 2008.).**

Žalitelj neargumentirano tvrdi da je primijenjena metoda liječenja njegovog pokojnog oca bila, očigledno, nepodesna. Iz medicinske dokumentacije je vidljivo da se radi o osobi u dobi od 78 godina, koja je pretrpjela moždani udar. Pacijent nije komunicirao, niti primao hranu a prisutni su bili povišeni tlak.200/120 i srčana aritmija. To su, nasuprot tvrdnji žalitelja, bili dovoljni razlozi za primjenu infuzije. Uz to je bio tretiran i diuretikom za odstranjenje suvišne tekućine. Kod pojave povišene temperature, čini se potpuno opravdanom sumnja na upalu pluća i primjena antibiotske terapije. Žalitelj zanemaruje sve relevantne okolnosti bolesti njegovog oca, uslijed kojih totalni slom metabolizma nije neuobičajena pojava. Niti iz drugih ponuđenih dokaza ne proizlaze nikakvi osnovi sumnje da bi osumnjičeni liječnik ostvario obilježja kaznenog djela **(Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž-2/1992-2 od 13. svibnja 1992.).**

Iz rezultata predistražnog postupka proizlazi da u konkretnom slučaju nema osnovane sumnje da su dr. S. B. i dr. Z. N. nesavjesno postupali tijekom liječenja. Naime, odobren je bio izlazak Z. Š. iz P. bolnice U., na poludnevni izlazak. Izlazak je bio odobren na njegov zahtjev, a tragično je završio njegovom smrću uslijed predoziranja. Činjenica je da se dobrovoljno javio na liječenje od ovisnosti u navedenu bolnicu. Isto tako, činjenica je da mu je više puta odobran izlazak, kada se uredno vraćao u bolnicu. Sve ovo ne ukazuje na propuste osumnjičenih liječnika, pogotovo kada se nije radilo o prisilnoj hospitalizaciji **(Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž 52/04-2 od 26. listopada 2005.).**

Radnja počinjenja ove vrste kaznene odgovornosti liječnika sastojala se u propuštanju ginekologa da poduzme odgovarajuće radnje u cilju hitnog prijevoza roditelje A.M. u bolnicu u S. Okrivljeni liječnik je znao da se radi o kritičnom i abnormalnom porodu, pa mu je stavljeno na teret da je dugo čekao vozilo hitne pomoći, olako držeći da do poroda još neće doći. Kada je porod započeo, dovršio ga je u prostorijama Doma zdravlja, pa je dijete sa velikim zakašnjenjem prevezeno u KB, gdje je umrlo. Međutim, iz provedenih dokaza jasno proizlazi da je prijavljeni ginekolog pravilno postavio indicaciju za dovršenje poroda i poduzeo sve što je mogao u konkretnim okolnostima. Pravilno je pristupio dovršenju poroda u Doma zdravlja, kao i reanimaciji novorođenčeta. To, što se hitan prijevoz čekao čak dva sata, ne može se nikako staviti u propust okrivljenog liječnika (Vrhovni sud Republike Hrvatske, broj: IV Kž 50/1998-3 od 17. prosinca 1998.).

CRIMINAL LAW DEVIATIONS FROM THE STANDARDS OF MEDICAL PRACTICE

The paper analyzes criminal law deviations from the standards of medical practice, with a particular focus on the liability of physicians and other healthcare professionals in cases of negligent treatment. Legal provisions concerning criminal offenses against health are examined, including the spread of infectious diseases, failure to provide medical assistance, and unlawful medical procedures, such as unauthorized organ transplantation. Special emphasis is placed on the concept of negligent treatment, which may manifest through the application of inadequate medical methods, incorrect diagnoses, inappropriate therapy, or failure to observe hygiene standards. The paper explores the boundary between medical error, which is an inherent aspect of medical practice, and a criminal offense, which arises when a breach of professional standards results in severe consequences for the patient. In addition to analyzing legal aspects, the paper presents criteria for determining criminal liability, including the presence of intent or negligence in the offender's actions. Furthermore, ethical and legal issues related to medical liability are addressed, along with case law examples illustrating different forms of negligent treatment and their legal consequences.

Key words: *criminal liability, negligent treatment, medical profession, case law*

Ivica Veselić, dipl. iur.*

ZNAČENJE PRIVATNOG NALAZA I MIŠLJENJA U SUDSKOM POSTUPKU

UDK: 34

061

Stručni rad

Primljeno: 9. ožujka 2025.

Vještak je stručnjak u području koje se ne odnosi na pravo, a kojeg sud poziva da bi utvrdio ili razjasnio ili procijenio važne činjenice koje se mogu utvrditi samo znanjem i vještinom koje izlaze iz okvira prava. Postavlja se pitanje ima li u parničnom, kaznenom ili disciplinskom postupku privatni nalaz i mišljenje vještaka značaj nalaza i mišljenja sačinjenog po nalogu suda.

Nalaz i mišljenje treba biti sačinjeno savjesno i u skladu s pravilima znanosti i vještine, objektivno i jasno, a to znači da vještak, neovisno je li pozvan sačiniti nalazi i mišljenje po nalogu suda ili po zahtjevu jedne od stranaka u postupku, mora biti savjestan i poštivati profesionalna i etička pravila i standarde.

Tako izrađeni privatni nalaz i mišljenje vještaka, sudovi mogu i moraju u sudskom postupku vrednovati i ocijeniti u sklopu svih ostalih provedenih dokaza, ne odričući mu značaj valjanog dokaznog sredstva kao privatne isprave.

Ključne riječi: *sudski postupak, privatni nalaz i mišljenje, dokazno sredstvo, pravično suđenje*

1. UVOD

Mudri kralj Salomon jednom je rekao: „Na temelju mudra savjeta vodi svoj rat, jer sigurnost je u mnoštvu savjetnika”.

Čim se nalazimo u sudskom sporu, na određeni način smo s „u ratu” sa suprotnom stranom.

Sud pred kojim se vodi parnični, kazneni ili disciplinski postupak, ako ne raspolaže odgovarajućim stručnim znanjem koje je potrebno radi utvrđivanja ili razjašnjenja neke bitne činjenice, tada izvodi dokaz odgovarajućim vještačenjem. Dakle, vještaka u smislu procesnog subjekta mogli bismo definirati kao osobu koja raspolaže određenim stručnim znanjima i koja kao stručnjak daje svoje mišljenje o činjenicama koje mogu biti utvrđene samo s pomoću posebnog znanja i umijeća.

* Ivica Veselić, dipl. iur., sudac Županijskog suda u Zagrebu, ivica.veselic@zszg.pravosudje.hr

Zajedničko Zakonu o parničnom postupku¹, Zakonu o kaznenom postupku² i Pravilniku o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore³ jest da u sudskim postupcima sudovi pružaju pravnu zaštitu primjenjujući postupovna prava tih zakona i pravilnika kao jamstvo pravičnog suđenja.

Vještačenje je u sudskom postupku vrlo često zastupljeno i predstavlja iznimno je značajni dio toga postupka. Njegovo značenje izvire iz zakonom mu danog položaja dokaznog sredstva, odnosno, kako se običava kazati, dokaza. Pored vještačenja i vještaka, dokazna sredstva su još i očevid, isprave, svjedoci, tumači i stranke.

Vještačenje općenito, pa tako i medicinsko vještačenje čini bitnu odrednicu postupka dokazivanja u parničnom, kaznenom ili disciplinskom postupku. Pod pojmom dokazivanja podrazumijeva se niz radnji procesnih subjekata koje se sastoje u predlaganju, izboru, prikupljanju, ispitivanju i ocjeni dokaznih sredstava u cilju utvrđivanja istinitosti tvrdnji stranaka i pretpostavaka suda o činjenicama koje su bitne za primjenu prava.

Vještaci kao osobe koje obavljaju funkciju vještačenja procesni su subjekti koji sudjeluju u parničnom, kaznenom ili disciplinskom postupku i kao takvi svojom ulogom postaju dio toga postupka.

Vještačenje određuje sud, koji određuje osobu vještaka te zadatak vještaku u kontradiktornom sudskom postupku. Međutim, postoji mogućnost da stranke same i bez odluke suda dostave tijekom sudskog postupka privatni nalaz i mišljenje pa je pitanje ima li takav nalaz i mišljenje značaj nalaza i mišljenja sačinjenog po nalogu suda.

2. POSTUPOVNA JAMSTVA

Ustav Republike Hrvatske⁴ kao najvažniji pravni akt naše države u članku 29. propisuje: “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. U slučaju sumnje ili optužbe zbog kažnjivog djela osumnjičenik, okrivljenik ili optuženik ima pravo: – da u najkraćem roku bude obaviješten potanko i na jeziku koji razumije o naravi i razlozima optužbe koja

¹ Zakon o parničnom postupku, „Narodne novine”, broj: 53/91, 91/92, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 2/07, 84/08, 12/08, 57/11, 25/13, 28/13, 89/14, 70/19, 80/22, 114/22, 155/23)

² 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, 70/17, 126/19, 130/20, 80/22 i 36/24

³ Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore od 14. prosinca 2019.

⁴ Ustav Republike Hrvatske, „Narodne novine”, broj: 56/90., 135/97., 8/98., 113/00., 124/00., 28/01., 41/01., 55/01, 76/10., 85/10., 150/13., 5/14.

se diže protiv njega i o dokazima koji ga terete, – da ima odgovarajuće vrijeme i mogućnost za pripremu obrane, – na branitelja i nesmetano uspostavljanje veze s braniteljem, i s tim pravom mora biti upoznat, – da se brani sam ili uz branitelja po vlastitom izboru, a ako nema dovoljno sredstava da plati branitelja, ima pravo na besplatnog branitelja pod uvjetom propisanim zakonom, – da mu se sudi u njegovoj nazočnosti, ukoliko je dostupan sudu, – da ispituje ili daje ispitati svjedoke optužbe i da zahtijeva da se osigura nazočnost i ispitivanje svjedoka obrane pod istim uvjetima kao i svjedoka optužbe, – na besplatnu pomoć tumača ako ne razumije ili ne govori jezik koji se upotrebljava na sudu. Osumnjičenik, okrivljenik i optuženik ne smije se siliti da prizna krivnju. Dokazi pribavljeni na nezakonit način ne mogu se uporabiti u sudskom postupku. Kazneni postupak može se pokrenuti samo pred sudom na zahtjev ovlaštenog tužitelja.”, dok je odredbom članka 35. Ustava propisano da se svakom jamči štovanje i pravna zaštita njegova osobnog i obiteljskog života, dostojanstva, ugleda i časti.

Ustavni sud Republike Hrvatske u odluci broj U-III-3378/2019 od 13. svibnja 2021. u točki 10. ističe da je “sadržaj ustavnog prava zajamčenog člankom 29. stavkom 1. Ustava ograničen na postupovna jamstva pravičnog suđenja. Dakle, pravo na pravično suđenje jamči postupovnu, a ne materijalnu pravičnost.”

Već na temelju citiranog pravnog shvaćanja Ustavnog suda Republike Hrvatske, *sui generis* o poštenosti postupka, očita je važnost vještačenja u sudskom postupku i ocjenjivanja njegova značaja od strane suda. Dakle, svakoj stranci u postupku treba pružiti razumnu mogućnost ostvarenja svojih valjanih, legitimnih interesa pa i kroz mogućnost predlaganja i izvođenja dokaza provođenja vještačenja kao uvjeta za utvrđivanje *premise minor*.

Ovdje valja istaknuti da je Sud Europske unije sa sjedištem u Luxemborugu (dalje Europski sud) shvaćanja da pošten postupak podrazumijeva i pošten način predlaganja i izvođenja dokaza (*Van Kück protiv Njemačke*, stavak 47.). Sukladno načelu ravnopravnosti stranaka obje stranke moraju imati mogućnost izložiti činjenice i predložiti dokaze pri čemu niti jedna od stranaka ne smije biti u bitno lošijem položaju u odnosu na suprotnu stranku (*Andrejeva protiv Latvije* [VV], stavak 96.). Pošteno suđenje podrazumijeva i pravo na kontradiktorni postupak sukladno kojemu stranke moraju biti upoznate sa svim predloženim dokazima i dostavljenim očitovanjima, te moraju moći staviti svoje primjedbe na njih (*Krčmář i drugi protiv Češke Republike*, stavak 40.).

Kako bi se ispunili zahtjevi poštenog suđenja u kontekstu vještačenja, Europski sud je istaknuo da stranke moraju moći prisustvovati razgovorima koje vještak obavlja ili dobiti na uvid dokumente koje je vještak uzeo u obzir (*Mantovanelli protiv Francuske*, stavak 33.). U određenim okolnostima se odbijanje dodatnog ili

drugog stručnog ispitivanja materijalnih dokaza može smatrati povredom članka 6. stavka 1. Konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda⁵ (*Matytsina protiv Rusije*, stavak 169.).

Nadalje, premda se zahtjev neovisnosti i nepristranosti iz čl. 6. st. 1. Konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda ne odnosi izričito na vještake, Europski sud ima na umu da nalaz i mišljenje vještaka ima veliku važnost u ocjeni pitanja za koje ih je imenovao nadležni sud, stoga nedostatak neutralnosti sudskog vještaka u određenim okolnostima može dovesti do povrede načela ravnopravnosti stranaka (*Sara Lind Eggertsdóttir protiv Islanda*, stavak 47.).

Valja spomenuti i praksu Europskog suda za ljudska prava u Strasbourgu (dalje u tekstu: ESLJP) koji je u presudi *LB INTERFINANZA A.G. protiv Hrvatske* između ostalog, naveo: „*Sud ponovo ističe da prema njegovoj praksi načelo jednakosti procesnih oružja zahtijeva postojanje razumne mogućnosti obaju stranaka da izlože činjenice i podupru ih svojim dokazima, u takvim uvjetima koji niti jednu stranku ne stavljaju u bitno lošiji položaj u odnosu na suprotnu stranku (...)*”.

U odnosu na provedbu medicinskog vještačenja, ESLJP je u predmetu *Korošec protiv Slovenije* (br. 77212/12, presuda od 8. listopada 2015.) izrazio slijedeće stajalište: „*47. Sud također naglašava da je već zauzeo stajalište da mišljenje medicinskog vještaka, budući da ne spada u područje stručnosti sudaca, vjerojatno ima odlučujući utjecaj na utvrđivanje činjenica i mora se smatrati ključnim dokazom (...)* 48. *U svezi s tim, Sud ponavlja da je u svojoj sudskoj praksi utvrdio da nedostatak neutralnosti na strani imenovanog sudskog vještaka može u određenim okolnostima dovesti do povrede načela jednakosti oružja (...)*”

3. HRVATSKO ZAKONSKO UREĐENJE VJEŠTAČENJA U PARNIČNOM, KAZNENOM I DISCIPLINSKOM POSTUPKU ČASNOG I VISOKOG ČASNOG SUDA HLK

U Republici Hrvatskoj vještačenje je uređeno Zakonom o sudovima⁶, Zakonom o parničnom postupku, Zakonom o kaznenom postupku, Zakonom o jedinstvenom tijelu vještačenja⁷, Pravilnikom o stalnim sudskim vještacima⁸ te

⁵ Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda, „Narodne novine-Međunarodni ugovori”, broj 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10, koja je u odnosu na Republiku Hrvatsku stupila na snagu 5. studenoga 1997. godine

⁶ Zakon o sudovima, „Narodne novine”, broj: 28/13, 33/15, 82/16, 67/18, 21/22, 36/24

⁷ Zakon o jedinstvenom tijelu vještačenja, „Narodne novine”, broj: 85/14, 95/15

⁸ Pravilnik o stalnim sudskim vještacima, „Narodne novine”, broj: 38/14, 123/15, 29/16, 61/19

Etičkim kodeksom sudskih vještaka i procjenitelja Hrvatskog društva sudskih vještaka i procjenitelja od 9. prosinca 2016. godine.

Odredbom čl. 2. Pravilnika o stalnim sudskim vještacima članak 2. propisano je: „Za stalnog sudskog vještaka može biti imenovana osoba za koju se u postupku imenovanja utvrdi da ispunjava sljedeće uvjete: 1. da je državljanin Republike Hrvatske, državljanin države članice Europske unije ili državljanin države potpisnice Sporazuma o Europskom gospodarskom prostoru, 2. da je zdravstveno sposobna za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka, 3. da je nakon završenog odgovarajućeg studija odnosno odgovarajuće škole radila na poslovima u struci, i to: najmanje 8 godina – ako je završila diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski stručni studij, najmanje 10 godina – ako je završila odgovarajući preddiplomski sveučilišni studij ili preddiplomski stručni studij, najmanje 12 godina – ako je završila odgovarajuću srednju školu, a za pojedinu struku nema odgovarajućeg preddiplomskog sveučilišnog studija ili preddiplomskog stručnog studija odnosno diplomskog sveučilišnog studija ili specijalističkog diplomskog stručnog studija, 4. da je uspješno završila provjeru znanja iz ustrojstva sudbene vlasti, državne uprave i pravnog nazivlja, 5. da je uspješno završila stručnu obuku, 6. da ima sklopljen ugovor o osiguranju od odgovornosti za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka, 7. da ima valjano odobrenje za samostalno obavljanje djelatnosti (licencu) ili položen stručni odnosno specijalistički ispit za obavljanje djelatnosti ako je to sukladno posebnim propisima uvjet za obavljanje tih djelatnosti. Iznimno od odredbe stavka 1. točke 3. ovoga članka, liječnici specijalisti uvjet za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka stječu nakon položenog specijalističkog ispita. Za stalnog sudskog vještaka ne može se imenovati osoba za koju postoje zapreke za prijam u državnu službu.”.

Zakonom o sudovima u članku 126. stavak 8. je propisano: „Imenovani stalni sudski vještaci dužni su se stalno stručno usavršavati u području za koje su imenovani te ministarstvu nadležnom za poslove pravosuđa dostaviti dokaz o provedenom usavršavanju najmanje jednom u dvije godine”.

Zakon o parničnom postupku regulira vještačenje u glavni osamnaestoj „Dokazi i izvođenje dokaza”, a vještake u člancima 250. do 262.

Člankom 250. ZPP-a je propisano: „Sud će izvesti dokaz vještačenjem kad je radi utvrđivanja ili razjašnjenja kakve činjenice potrebno stručno znanje kojim sud ne raspolaže”, a člankom 251. ZPP-a je propisano: „(1) Stranka koja predlaže izvođenje dokaza vještačenjem može predložiti osobu vještaka. (2) Sud će omogućiti protivnoj stranci da se izjasni o predloženom vještaku. (3) Sud će odrediti predloženog vještaka ako se protivna stranka ne usprotivi predloženom

vještaku. (4) Ako se protivna stranka usprotivi predloženom vještaku, vještaka će odrediti sud. (5) Iznimno od odredbe stavka 3. ovoga članka, sud može odrediti drugog vještaka ako ocijeni da složenost vještačenja to zahtijeva, odnosno ako ocijeni da je to potrebno radi sprečavanja stranaka da raspolazu zahtjevima kojima ne mogu raspolagati (članak 3. stavak 3.). (6) U slučajevima iz stavka 4. i 5. ovoga članka parnični sud može ovlastiti predsjednika vijeća ili zamoljenog suca da oni odrede vještake ako je njima povjereno izvođenje dokaza vještačenjem.”.

Odredbom članka 258. stavak 1. ZPP-a propisano je: „Prije početka vještačenja pozvat će se vještak da predmet vještačenja brižljivo razmotri, da točno navede sve što opazi i nađe i da svoje mišljenje iznese savjesno i u skladu s pravilima znanosti i vještine, a upozorit će se i na posljedice davanja lažnog iskaza.”

Zakon o kaznenom postupku regulira vještačenje u glavi osamnaestoj „Dokazne radnje” a vještake u člancima 308. do 328.

Odredbom članka 308. ZKP je propisano: „Vještačenje se određuje kad za utvrđivanje ili ocjenu neke važne činjenice treba pribaviti nalaz i mišljenje od osobe koja raspolaze potrebnim stručnim znanjem ili vještinom”, a odredbom članka 309. je propisano: (1) Vještačenje određuje pisanim nalogom tijelo koje vodi postupak. U nalogu će se navesti u svezi s kojim se činjenicama obavlja vještačenje i kome se povjerava. Nalog se dostavlja i strankama. (2) Ako za određenu vrstu vještačenja postoji stručna ustanova ili državno tijelo, takva vještačenja, osobito složenija, povjeravat će se, u pravilu, takvoj ustanovi ili tijelu. Ustanova, odnosno tijelo određuje jednog ili više stručnjaka koji će obaviti vještačenje. (3) U pravilu se određuje jednog vještaka, a ako je vještačenje složeno, dva ili više vještaka. (4) Ako za koju vrstu vještačenja postoje kod suda stalno određeni vještaci, drugi se vještaci mogu odrediti samo ako postoji opasnost od odgode, ili ako su stalni vještaci spriječeni, ili ako to zahtijevaju druge okolnosti.

Valja dalje navesti i odredbu članka 311. ZKP-a kojom je propisano: (1) Za vještaka se ne može uzeti osoba koja ne može biti ispitana kao svjedok ili osoba koja je oslobođena dužnosti svjedočenja, a ni osoba prema kojoj je kazneno djelo počinjeno, a ako je uzeta, njezin nalaz i mišljenje ne mogu se upotrijebiti kao dokaz u postupku. (2) Razlog za izuzeće vještaka postoji i u svezi s osobom koja je zajedno s tužiteljem, okrivljenikom ili oštećenikom zaposlena u istom državnom tijelu ili kod istoga poslodavca. (3) Za vještaka se, u pravilu, neće uzeti osoba koja je ispitana kao svjedok.

Autor ima potrebu istaknuti odredbu članka 12. ZKP-a kojom je propisano: (1) Prije početka vještačenja pozvat će se vještak da predmet vještačenja brižljivo prouči, da točno navede sve što zapazi i nađe te da svoje mišljenje iznese nepristrano i u skladu s pravilima znanosti i vještine. On će se posebno upozoriti

da je davanje lažnog iskaza kazneno djelo. (2) Od vještaka se može tražiti da obeća da će iskazivati istinu. Obećanje glasi: „Obećavam da ću povjerena mi vještačenja obavljati savjesno i prema svom najboljem znanju, a nalaz i mišljenje iznijet ću točno, potpuno i objektivno, sukladno pravilima struke.” Stalno prisegnuti vještak samo će se upozoriti na prisegu. (3) Vještaku se može dopustiti da razgleda spise. Vještak može predložiti da se pribave predmeti i podaci koji su od važnosti za davanje nalaza i mišljenja. Ako je prisutan pri očevidu ili drugoj dokaznoj radnji, vještak može predložiti da se razjasne pojedine okolnosti ili da se osobi koja se ispituje postave pojedina pitanja. (4) Tijelo koje vodi postupak može prisustvovati radnjama vještaka.

Odredbom članka 2. stavak 2. Pravilnika o disciplinskom postupku HLK je propisano: „Disciplinski postupak provodi se odgovarajućom primjenom odredaba Zakona o kaznenom postupku, ako ovim Pravilnikom nije drugačije propisano”.

Pravilnik o disciplinskom postupku HLK regulira vještačenje u glavi trećoj „Postupak pred Časnim sudom HLK” a vještake u člancima 45. do 51.

Člankom 45. Pravilnika o disciplinskom postupku HLK je propisano: „(1) Vještačenje se određuje kad za utvrđivanje ili ocjenu neke važne činjenice treba pribaviti nalaz i mišljenje od osobe koja raspolaže potrebnim stručnim znanjem ili vještinom. (2) Vještačenje određuje pisanim nalogom tijelo koje vodi postupak. U nalogu će se navesti da će se vještaka upozoriti da je davanje lažnog iskaza kazneno djelo te da je dužan odazvati se pozivu i dati svoj nalaz i mišljenje. (3) Za vještaka se ne može uzeti osoba koja ne može biti ispitana kao svjedok ili osoba koja je oslobođena dužnosti svjedočenja, a ni osoba prema kojoj je počinjeno disciplinsko, odnosno kazneno djelo, a ako je uzeta, njezin nalaz i mišljenje ne mogu se upotrijebiti kao dokaz u disciplinskom postupku. (4) Razlog za izuzeće vještaka postoji i u svezi s osobom koja je zajedno s podnositeljem zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka, prijavljenim liječnikom ili oštećenikom zaposlena u istoj zdravstvenoj ustanovi ili kod istog poslodavca. (5) Vještak može predložiti da se pribave predmeti i podaci koji su od važnosti za davanje nalaza i mišljenja. Na očevidu vještak može predložiti da se razjasne pojedine okolnosti ili da se osobi koju se ispituje postave pojedina pitanja.”

Valja istaknuti odredbu članka 48. kojom je propisano: „Za vještaka se ne može odrediti liječnik koji je liječio pacijenta” te odredbu članka 51. stavak 1. kojim je propisano: „Vještaka poziva predsjednik vijeća da iznese svoj nalaz i mišljenje nepristrano i u skladu s pravilima znanosti i vještine te će ga upozoriti u smislu odredbi Zakona o kaznenom postupku da je davanje lažnog iskaza kazneno djelo.”

Analizirajući naprijed citirane odredbe u parničnom, kaznenom i disciplinskom postupku Časnog suda HLK jasno se može zaključiti da se vještačenje izvodi, odnosno određuje kad je radi utvrđivanje ili razjašnjenja ili ocjene kakve važne činjenice potrebno stručno znanje kojim sud ne raspolaže pa treba pribaviti nalaz i mišljenje od osobe koja raspolaže potrebnim stručnim znanjem ili vještinom.

Dakle, vještak je stručnjak u području koje se ne odnosi na pravo, a kojeg sud poziva da bi utvrdio ili razjasnio ili procijenio važne činjenice koje se mogu utvrditi samo znanjem i vještinama koje izlaze iz okvira prava.

Valja ponoviti da je zakonodavac vrlo zahtjevan glede osobe vještaka koji mora imati ne samo ugled i odgovornost već se mora neprekidno, stalno stručno usavršavati u području za koje je imenovan te dokaz o tome dostaviti ministarstvu nadležnom za poslove pravosuđa najmanje jednom u dvije godine.

Da bi sud i stranke u sudskom postupku imale povjerenja u vještaka isti mora obaviti povjereno mu vještačenje pošteno, savjesno, točno, potpuno i objektivno prema najboljem znanju te smije preuzeti samo one poslove za koje smatra da će ih obaviti na stručno besprijekoran način.

Vještak treba prihvatiti obveze na način koji služi javnom interesu, poštivati povjerenje javnosti i biti predan svojem zanimanju na način da nalaz i mišljenje sačini savjesno i u skladu s pravilima znanosti i vještine, objektivno i jasno. Nalaz i mišljenje treba biti izrađen u skladu s pravilima struke i što vjerodostojnije kako bi vještak zadržao i dodatno učvrstio javno povjerenje. Stoga, vještak mora poštivati profesionalna i etička načela i standarde te se neprekidno stručno usavršavati.

Valja naglasiti da je vještak pomoćnik suca, da je njegova obveza samo pomaganje pri utvrđivanju ili razjašnjenju ili ocjeni kakve važne činjenice, a ne primjena i interpretacija zakona. Vještak ne može preuzeti odgovornost suca za procjenu ili vrednovanje činjenica koje su temelj sudske odluke, ali mora imati na umu da njegov nalaz i mišljenje „budući da ne spada u područje stručnosti sudaca, vjerojatno ima odlučujući utjecaj na utvrđivanje činjenica i mora se smatrati ključnim dokazom”.

Zaključno, vještak koji se nalazi na popisu imenovanih stalnih sudskih vještaka i kojemu je dano odobrenje za obavljanje poslova vještačenja i čije ime se nalazi na e-Oglasnoj ploči sudova i kojem je izdana službena iskaznica pretpostavlja se da je osoba koja je poštena, savjesna, stručna, koja se neprekidno usavršava, koja je neovisna i nepristrana i koja se u okviru svoga rada zalaže za pravdu.

4. KAKO SUDSKA PRAKSA ODGOVARA NA PITANJE IMA LI PRIVATNI NALAZ I MIŠLJENJE ZNAČAJ NALAZA I MIŠLJENJA SAČINJENOG PO NALOGU SUDA

Petar Preradović napisao je: „Stalna na tom svijetu samo mijena jest” i time precizno sažeo temelj života, svijeta i čovjeka pa time ujedno naznačio i promjenjivost sudske prakse.

Prema stajalištu ranije sudske prakse, utemeljene na suđenju u vijeću, okolnost da vještačenje nije obavio vještak kojeg je odredilo raspravno vijeće, već drugi vještak kojem je taj zadatak povjerio predsjednik vijeća, može biti relativno bitna povreda odredaba parničnog postupka⁹. U Republici Hrvatskoj sudska praksa je ranije smatrala da *značaj nalaza i mišljenja ima samo nalaz i mišljenje onoga vještaka kojega je u tom svojstvu odredio parnični sud, a ne nalaz i mišljenje osobe koju je angažirala neka od stranaka*¹⁰ pa sud nije dužan nalaz i mišljenje koji je tužitelj priložio uz tužbu te koji je sastavljen po nalogu tužitelja, prihvatiti samo zato što ga je dala osoba koja je stalni sudski vještak.¹¹ Sudovi su smatrali da prilikom obrazlaganja presude nisu u obvezi niti osvrnuti se na privatni nalaz i mišljenje koje je jedna od stranaka dostavila tijekom trajanja prvostupanjskog postupka¹² jer to ni na koji način nije utjecalo na pravilnost i zakonitost pobijane presude jer se radi o nalazu koji je tuženik pribavio iz vansudskim putem pa isti nema značaj dokaza u građanskoopravnom smislu u predmetu postupka.¹³

Tek je za istaknuti da je Vrhovni sud kao najviši sud u Republici Hrvatskoj u ožujku 2001. godine izrazio pravno shvaćanje da *stranka može nalazom vještaka koji je na vlastiti trošak tražila izvan sudske postupke dovesti u sumnju pravilnost vještačkog nalaza sačinjenog po nalogu suda*¹⁴ a koje je shvaćanje ubrzo promijenjeno naprijed citiranom odlukom od 26. rujna 2001.

Ne samo da je sudska praksa smatrala da se nalaz i mišljenje izrađen privatno ne može cijeniti kao dokaz već je i pravna doktrina smatrala da „nalaz i mišljenje koje jedna od stranaka izradi o svom trošku samo je pomoćna građa u parničnom postupku”.¹⁵

⁹ Odluka Vrhovnog suda Hrvatske, Rev 575/84, od 17. svibnja 1984, god.; PSP, 25/189

¹⁰ Odluka Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Rev 797/01, od 26. rujna 2001.

¹¹ Odluka Županijskog suda u Varaždinu, Gž-1652/05, od 3. studenoga 2005.

¹² Odluka Općinskog građanskog suda u Zagrebu, P-4369/08, od 20. travnja 2011.

¹³ Odluka Županijskog suda u Zagrebu, Gž-11129/11, od 3. siječnja 2013.

¹⁴ Odluka Vrhovnog suda Hrvatske, Rev-946/1997, od 7. ožujka 2001.

¹⁵ Crnić, I., *Zadaci medicinskog vještaka u parničnom postupku za naknadu neimovinske štete*, Odvjetnik, 5-6, 2008., str. 35.

Primitak Republike Hrvatske u punopravno članstvo Europske unije 1. srpnja 2013. godine svakako je utjecalo i utječe na našu sudsku praksu i zbog našeg “odrastanja” ali i zbog odluka Europskog suda i Europskog suda za ljudska prava, kao i Ustavnog suda Republike Hrvatske.

Prihvaćajući shvaćanja Europskog suda i Europskog suda za ljudska prava, kao i Ustavnog suda Republike Hrvatske, Visoki trgovački sud Republike Hrvatske izrazio shvaćanje da je *nepravilan zaključak prvostupanjskog suda da je nalaz i mišljenje sudske vještakinje dipl. ing. L. S. procesno nevaljan iz razloga što je imenovana vještakinja privatno angažirana od strane tuženika. Prvostupanjski je sud propustio ocijeniti nalaz i mišljenje imenovane sudske vještakinje koju je tuženik samostalno angažirao (list 98. - 105. spisa). Naime, iako takva isprava nema dokaznu snagu vještačkog nalaza, jer to vještačenje nije provedeno po izričitoj zadaći prvostupanjskog suda, riječ je o privatnim ispravama koje također treba ocijeniti. Privatne isprave, za razliku od javnih, ne tvore predmnjevu o istinitosti njihovog sadržaja, ali ih sud treba vrednovati i cijiniti u sklopu svih ostalih izvedenih dokaza.*¹⁶

Vrhovni sud Republike Hrvatske odlučujući o reviziji tuženika protiv prvostupanjske presude i drugostupanjske presude smatra da su postavljena pitanja: „1. Da li se nalaz vještaka koji nije izrađen tijekom postupka, a koji je dostavljen u spis i čijem se korištenju druga stranka nije protivila, može cijiniti kao dokaz? 2. Ima li nalaz vještaka koji je pribavljen vansudskim putem značaj dokaza u parničnom postupku, a o kojem sud mora zauzeti stav?” važna za osiguranje jedinstvene primjene prava i ravnopravnost svih u njegovoj primjeni te je zauzeo shvaćanje da *nalaz i mišljenje sudskog vještaka koji nije izrađen po nalogu suda, a kojeg je za potrebe postupka pribavila jedna stranka u postupku (u predmetnom slučaju revident), predstavlja dokazno sredstvo koje sud treba vrednovati i ocijeniti ga u sklopu svih ostalih provedenih dokaza, a što sudovi u ovom predmetu nisu učinili. Naime, nalazu i mišljenju sudskog vještaka koje nije izrađeno po nalogu suda, već po nalogu jedne od stranaka u postupku, ne može se odreći značaj valjanog dokaznog sredstva kao privatne isprave, koju sud doduše nije dužan prihvatiti, ali istu treba vrednovati i ocijeniti u sklopu svih ostalih provedenih dokaza.*¹⁷

Časni sud Hrvatske liječničke komore u predmetu¹⁸ u kojem se prijavljeni liječnik protivio korištenju nalaza i mišljenja sačinjenog za potrebe Općinskog državnog odvjetništva, proveo je po prijedlogu predlagatelja vještačenje po

¹⁶ Odluka Visokog trgovačkog suda Republike Hrvatske, Pž-4016/2012, od 5. siječnja 2016.

¹⁷ Odluka Vrhovnog suda Hrvatske, Rev-2392/2013, od 28. studenoga 2018.

¹⁸ Odluka Časnog suda Hrvatske liječničke komore 385-02/05-22-93, od 22. studenoga 2022.

vještaku specijalistu ginekologije i opstetricije, specijalistu patologije i specijalistu pedijatrije, neonatologu. Nakon pisanog nalaza i mišljenja ta tri vještaka te njihovih usmenih očitovanja, predlagatelj je predložio provesti novo vještačenje. Sud je, kako bi otklonio moguću sumnju u nalaze i mišljenja vještaka specijaliste ginekologije i opstetricije, specijaliste patologije i specijaliste pedijatrije, neonatologu, odredio novo vještačenje po Medicinskom fakultetu u čije ime su nalaz i mišljenje sačinili specijalist ginekologije, subspecijalist ginekološke onkologije i specijalist sudske medicine. Podnositelj zahtjeva je do kraja postupka ustrajao kod prijedloga da sud uzme u obzir nalaz i mišljenje koje je sačinjeno za potrebe Općinskog državnog odvjetništva, unatoč protivljenju prijavljenog liječnika, iako su u disciplinskom postupku provedena dva vještačenja. Časni sud je izrazio shvaćanje da *podnositeljica zahtjeva takvom odlukom, da se ne prihvati nalaz i mišljenje koje nije provedeno u ovom postupku, nije stavljena u nepovoljniji položaj niti joj je povrijeđeno načelo jednakosti oružja pa na taj način nije povrijeđeno pravo na pravično suđenje zajamčeno u čl. 6. st. 1. Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda*. Časni sud je dalje naveo da *iako u sudskom postupku značaj nalaza i mišljenja vještaka ima samo nalaz i mišljenje kojeg je u tom svojstvu odredio sud, a ne nalaz i mišljenje kojeg je stranka privatno angažirala, ili kao u ovom slučaju privatno dostavila iz postupka u kojem ne sudjeluje, Časni sud je prilikom donošenja ove odluke uz vještačenja provedena u ovom predmetu vrednovao i ocijenio u sklopu svih ostalih provedenih dokaza i nalaz i mišljenje koje je sačinjeno za potrebe Općinskog državnog odvjetništva, ističući da Časni sud zna da je u odluci Vrhovnog suda Republike Hrvatske poslovni broj Rev-2392/2013 od 28. studenog 2018., kao i u odluci Vrhovnog suda Republike Hrvatske poslovni broj Rev-1276/16 od 13. travnja 2021. izraženo shvaćanje da se nalazu i mišljenju sudskog vještaka koje nije izrađeno po nalogu suda, već po nalogu jedne od stranaka u postupku, ne može odreći značaj valjanog dokaznog sredstva kao privatne isprave, koju sud doduše nije dužan prihvatiti, ali istu treba vrednovati i ocijeniti u sklopu svih ostalih provedenih dokaza*.

5. UMJESTO ZAKLJUČKA

Nalaz i mišljenje vještaka u sudskom postupku jedno je od dokaznih sredstva koje treba vrednovati i ocijeniti u sklopu svih ostalih provedenih dokaza, ali uvijek imajući na umu da njegov nalaz i mišljenje „*budući da ne spada u područje stručnosti sudaca, vjerojatno ima odlučujući utjecaj na utvrđivanje činjenica i mora se smatrati ključnim dokazom*”.

Važnost nalaza i mišljenja cijeni se prije svega kroz osobu vještaka koji izrađuje nalaz i mišljenje, a to mora biti osoba koja je poštena, savjesna, stručna, koja se neprekidno usavršava, koja je neovisna i nepristrana i koja se u okviru svoga rada zalaže za pravdu. Kad je osoba vještaka upravo takva, mora se očekivati da pri izradi nalaza i mišljenja, neovisno je li to po nalogu suda ili po nalogu jedne od stranaka u postupku, isto sačini savjesno i u skladu s pravilima znanosti i vještine, objektivno i jasno uz poštivanje profesionalnih i etičkih načela i standarda.

Upravo na tragu toga pristupa i povjerenja u osobu vještaka sudovi mogu i moraju nalaz i mišljenje sudskog vještaka koje nije izrađeno po nalogu suda, već po nalogu jedne od stranaka u postupku, vrednovati i ocijeniti u sklopu svih ostalih provedenih dokaza, ne odričući mu značaj valjanog dokaznog sredstva kao privatne isprave.

Vještak kao pomoćnik suda uvijek treba biti svjestan važnosti svoga nalaza i mišljenja u sudskom postupku, jer da bi sud donio odluku, prilikom njenog donošenja, sud ima na umu načelo legitimnog očekivanja (da je nalaz i mišljenje izrađen savjesno i u skladu s pravilima znanosti i vještine), jednakosti pred zakonom, pravičnosti i pravne sigurnosti, razmjernosti, vaganja interesa te vladavine prava znajući da „ništa zakon teže ne podnosi nego da se ista stvar na različit način ocjenjuje” (*Nihil in lege intolerabilius est quam eandem rem diverso iure censi*).

THE SIGNIFICANCE OF PRIVATE EXPERT OPINIONS IN JUDICIAL PROCEEDINGS

An expert witness is a specialist in a field outside the domain of law, appointed by the court to establish, clarify, or assess relevant facts that can only be determined through specialized knowledge and expertise beyond legal interpretation. This raises the question of whether a private expert report and opinion hold the same evidentiary value as an expert opinion prepared at the request of the court in civil, criminal, or disciplinary proceedings.

Expert reports and opinions must be prepared diligently, in accordance with scientific principles and professional standards, objectively and clearly. Regardless of whether an expert is engaged by a court order or commissioned by one of the parties involved, they are required to adhere to ethical and professional standards, ensuring impartiality and accuracy in their findings.

Courts have the authority and obligation to evaluate and consider privately obtained expert opinions as part of the broader body of evidence in judicial proceedings. While such opinions constitute private documents rather than official court-commissioned expertise, they remain a valid evidentiary tool that must be assessed in conjunction with all other evidence presented in the case.

Key words: *judicial proceedings, private expert opinion, evidence, fair trial*