

UNIVERZITET U SARAJEVU

EKONOMSKI FAKULTET

ZAVRŠNI RAD

ODGOVORNOST LJEKARA KAO TIPIČAN RIZIK POZIVA

Sarajevo, juli 2024.

HARISA HIBIĆ

U skladu sa članom 54. Pravila studiranja za I, II ciklus studija, integrisani, stručni i specijalistički studij na Univerzitetu u Sarajevu, daje se

IZJAVA O AUTENTIČNOSTI RADA

Ja, Harisa Hibić, student/studentica drugog (II) ciklusa studija, broj index-a 5971/23 na programu Zajednički Master program sa Ekonomskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu „MA-1“, smjer Upravljanje kvalitetom u zdravstvu, izjavljujem da sam završni rad na temu:

ODGOVORNOST LJEKARA KAO TIPIČAN RIZIK POZIVA

Pod mentorstvom Prof.dr. Vedad Silajdžić, izradio/izradila samostalno i da se zasniva na rezultatima mog vlastitog istraživanja. Rad ne sadrži prethodno objavljene ili neobjavljene materijale drugih autora, osim onih koji su priznati navođenjem literature i drugih izvora informacija uključujući i alate umjetne inteligencije.

Ovom izjavom potvrđujem da sam za potrebe arhiviranja predao/predala elektronsku verziju rada koja je istovjetna štampanoj verziji završnog rada.

Dozvoljavam objavu ličnih podataka vezanih za završetak studija (ime, prezime, datum i mjesto rođenja, datum odbrane rada, naslov rada) na web stranici i u publikacijama Univerziteta u Sarajevu i Ekonomskog fakulteta.

U skladu sa članom 34. 45. i 46. Zakona o autorskom i srodnim pravima (Službeni glasnik BiH, 63/10) dozvoljavam da gore navedeni završni rad bude trajno pohranjen u Institucionalnom repozitoriju Univerziteta u Sarajevu i Ekonomskog fakulteta i da javno bude dostupan svima.

Sarajevo, 01.07. 2024.

Potpis studenta/studentice:

Primum non nocere (prije svega ne naškoditi)

Primum utilis esse (prije svega biti od koristi)

Corpus Hipocraticum, nastao je u Staroj Grčkoj između 5. i 3. st.p.n.e. i sve do danas predstavlja izvornu tačku svih ljekarskih zakletvi i kodeksa. Radi se o 59 djela u kojima se govori o tadašnjim etičkim aspektima medicinskog rada.

SAŽETAK

Cilj ovog rada jeste analizirati odgovornost ljekarskog poziva i istražiti odgovornost ljekara kroz pravni sistem, analizirajući njen razvoj i trenutno manifestiranje kroz profesionalnu etiku i pravne okvire. Ova tema potpomaže unaprjeđenje ljekarske prakse. U radu se razmatra kako percepcija odgovornosti ljekara evoluirala s vremenom, kao i utjecaj tehnološkog napretka na medicinsku praksu, a samim time i na odgovornost ljekara. Naglasak je na Bosni i Hercegovini, gdje su medicinski slučajevi često izloženi javnosti s nejasnim informacijama, potičući sumnju u stručnost zdravstvenih radnika. Opisane su različite vrste odgovornosti ljekara, uključujući građansku, krivičnu, prekršajnu i disciplinsku odgovornost, te se istražuje kako su povezane s pravima i obavezama pacijenata. Raspravlja se o obvezama i pravima ljekara prema pacijentima, kao i njihovim moralnim i etičkim principima. Dodatno, istražuje se utjecaj odgovornosti na rad i ponašanje ljekara, uključujući pitanje finansijskih rizika i potrebe za obveznim osiguranjem od odgovornosti. Analizom pritužbi protiv ljekara u periodu od 2012. do 2023. u Zeničko-dobojskom kantonu, otkriveno je malo pritužbi. Postavlja se pitanje da li je to zbog straha pacijenata od gubitka pristupa ljekarskoj pomoći ili zbog odgovornog rada ljekara. Autorica zaključuje da postoje nedoumice oko prava pacijenata i obaveza medicinskog osoblja. Nedostatak fokusa na medicinsko pravo na pravnim fakultetima i nedovoljno znanja o toj oblasti na medicinskim fakultetima dodatno otežava situaciju.

Ključne riječi: odgovornost ljekara, deontologija, pravni okviri, medicinska praksa

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the responsibility of the medical profession and explore the accountability of doctors through the legal system, examining its development and current manifestation through professional ethics and legal frameworks. This topic contributes to the improvement of medical practice. The paper considers how the perception of doctor's responsibility evolves over time, as well as the impact of technological advancement on medical practice, and therefore on doctor's responsibility. The focus is on Bosnia and Herzegovina, where medical cases are often exposed to the public with unclear information, raising doubts about the expertise of healthcare workers. Various types of doctor's responsibility are described, including civil, criminal, administrative, and disciplinary responsibility, and how they are connected to the rights and obligations of patients. The obligations and rights of doctors towards patients, as well as their moral and ethical principles, are discussed. Additionally, the impact of responsibility on the work and behavior of doctors is explored, including the issue of financial risks and the need for mandatory liability insurance. An analysis of complaints against doctors in the period from 2012 to 2023 in the Zenica-Doboj Canton revealed few complaints. The question arises whether this is due to patients' fear of losing access to medical care or due to the responsible work of doctors. The author concludes that there are uncertainties regarding patients' rights and the obligations of medical staff. The lack of focus on medical law in law faculties and insufficient knowledge in this area at medical faculties further complicates the situation.

Keywords: doctor's responsibility, deontology, legal frameworks, medical practice

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. TEORIJSKO – METODOLOŠKI PRISTUP ISTRAŽIVANJA.....	1
2.1. Opis problema.....	1
2.2. Cilj istraživanja	2
2.3. Hipoteze istraživanja.....	3
3. POJAM I ULOGA PACIJENTA I LJEKARA.....	4
3.1. Opšte karakteristike odnosa ljekar – pacijent	4
3.2. Pojam i prava pacijenta	7
3.3. Prava, obaveze i odgovornost ljekara	9
4. ODGOVORNOST LJEKARA KAO TIPIČAN RIZIK POZIVA	10
4.1. Historijat ljekarske odgovornosti	10
4.2. Odgovornost ljekara u zemljama Evropske Unije i susjednim zemljama ...	12
4.3. Građansko-pravna odgovornost	13
4.3.1. Princip objektivne odgovornosti.....	14
4.3.2. Princip subjektivne odgovornosti	15
4.4. Krivična odgovornost.....	16
4.5. Prekršajna odgovornost	22
4.6. Disciplinska odgovornost	24
4.7. Pojam i vrste štete.....	25
4.8. Struktura parničnih postupaka protiv javnih zdravstvenih ustanova primarne i sekundarne djelatnosti zdravstvene zaštite u ZE DO kantonu FBiH....	28
5. PRETPOSTAVKE ODGOVORNOSTI.....	31
5.1. Ljekarska greška.....	31
5.2. Medicinska komplikacija	32
5.3. Pretpostavke odgovornosti zdravstvene ustanove	33
5.4. Odgovornost za štetu	34
5.5. Uzročno-posljedična veza između radnje, propuštanja i štete	36
5.6. Načini i sredstva dokazivanja odgovornosti zdravstvene ustanove i visine štete	37
5.7. Građansko-pravna odgovornost i krivica oštećenog	40
5.8. Odgovornost zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu medicinskim intervencijama.....	41
5.9. Odgovornosti zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu medicinskim komplikacijama.....	42
5.10. Odgovornosti zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu zbog nedavanja obavještenja pacijentu i zbog uništene šanse za ozdravljenje ili preživljavanje.....	43
6. Etika, pravo i medicina.....	44

7. ZAKLJUČAK	50
REFERENCE	52

POPIS TABELA

Tabela 1. Prikaz prijava protiv ljekara koje su podnešene Kantonalnom tužilaštvu Zeničko-dobojskog kantona za period 2012-2023 godine, te prikaz specijalnosti protiv kojih su prijave podnešene	18
Tabela 2. Pregled parničnih postupaka protiv javnih zdravstvenih ustanova u ZE DO kantonu FBiH u periodu 2012-2023. godine	31

POPIS SKRAĆENICA

BiH – Bosna i Hercegovina

FBiH – Federacija Bosne i Hercegovine

ZOZZ FBiH – Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije Bosne i Hercegovine

ZOO FBiH – Zakon o obligacionim odnosima Federacije Bosne i Hercegovine

ZOPOOP – Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata Federacije Bosne i Hercegovine

ZOR FBiH – Zakon o radu Federacije Bosne i Hercegovine

JU KBZ – Javna ustanova Kantonalna bolnica Zenica

ZKP – Zakon o krivičnom postupku FBiH

1. UVOD

U dinamičnom svijetu medicinske prakse, odnos između ljekara i pacijenata izaziva stalnu pažnju i analizu. Dok filozofi i mislioci kroz vijekove ističu duboku odgovornost ljekara prema pacijentima, suvremeni kontekst donosi nove izazove i dileme. Od antiknih vremena, kada je Hipokrat isticao važnost brige o duši i tijelu pacijenata, do današnjih dana, kada mediji senzacionaliziraju medicinske događaje, odnos između medicinskih profesionalaca i pacijenata neprekidno evoluirao. Nerijetko, mediji nas bombarduju senzacionalističkim naslovima o medicinskim intervencijama prije nego što se steknu sve relevantne činjenice. Ova praksa često dovodi do sumnje u kompetenciju ljekara i drugih zdravstvenih radnika, dodatno produbljujući percepciju rizika u ljekarskoj profesiji. U takvom kontekstu, važno je istražiti prirodu odgovornosti ljekara prema pacijentima, posebno uzimajući u obzir pravne, etičke i moralne aspekte.

Ovaj rad fokusira se na pitanje odgovornosti ljekara zbog moguće štete koja može nastati u procesu liječenja, uzimajući u obzir širok spektar pacijentovih prava definiranih relevantnim zakonima i propisima. Analizirajući prava pacijenata i obaveze ljekara, istražujemo evoluciju odnosa ljekar-pacijent kroz istoriju, od paternalističkog modela do modernog koncepta partnerskog odnosa, gdje autonomija pacijenta igra ključnu ulogu. Cilj ovog istraživanja je dublje razumijevanje nivoa odgovornosti ljekara u procesu liječenja pacijenata. Kroz analizu pravnih i etičkih aspekata, istražujemo principe odgovornosti ljekara, uslove koji moraju biti ispunjeni za utvrđivanje te odgovornosti, kao i moguće vidove štete koja se može potraživati. Također, istražujemo načine dokazivanja štete te razliku između ljekarskih grešaka i objektivnih medicinskih komplikacija.

Nadalje, postavljamo hipoteze koje će biti osnova za analizu i zaključke ovog istraživanja. Proces istraživanja obuhvata primjenu različitih metodologija, uključujući historijsku, deskriptivnu, komparativnu, metodu kompilacije i statističku analizu, kako bismo što preciznije sagledali problematiku odgovornosti ljekara u kontekstu prava pacijenata. U nastavku istraživanja, dublje ćemo istražiti pojam i ulogu pacijenata i ljekara, analizirajući prava, obaveze i odgovornost svake strane u dinamičnom okruženju savremene medicinske prakse.

2. TEORIJSKO – METODOLOŠKI PRISTUP ISTRAŽIVANJA

2.1. Opis problema

Mnogi su filozofi i mislioci naglašavali važnost i odgovornost ljekarskog poziva. Čak je i Hipokrat isticao da ljekar nije samo osoba koja tretira tijelo, već i dušu, naglašavajući duboku odgovornost koja prevazilazi medicinske dijagnoze. Odgovornost predstavlja čest i inherentan rizik u ljekarskoj profesiji. Medicinska djelatnost i ljekarski poziv u Bosni i Hercegovini, ali i širom regiona, sve više privlači pažnju javnosti. Mediji se služe

senzacionalizmom i često pišu o ljekarima i o medicinskim intervencijama prije nego što imaju sve relevantne činjenice. Na ovakav način želi se unijeti sumnja u kompetenciju ljekara i drugih zdravstvenih radnika. Ta sumnja se još više produbljuje jer javnost gotovo nikada ne bude obaviještena o rezultatima sudskog epiloga, ukoliko je došlo do istog. Na prostorima bivše Jugoslavije, praksa je da se sudski presude, čak ni one koje se odnose na medicinsko pravo, ne objavljuju u potpunosti, ni za stručnu javnost, što otežava pravicima praćenje sudskih odluka i njihove primjene u medicinskim slučajevima. Pitanje odgovornosti ljekara zbog štete koja može nastati u liječenju se utvrđuje na osnovu opštih pravnih pravila (Simić, 2018).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti definiše pacijenta kao svaku osobu, neovisno o zdravstvenom stanju ili osiguranju, koja traži ili prima određenu zdravstvenu uslugu radi očuvanja i poboljšanja zdravlja, prevencije bolesti, liječenja, zdravstvene skrbi ili rehabilitacije. Svaki pacijent ima osigurana prava, koja uključuju: pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti, uključujući hitnu medicinsku pomoć; pravo na informacije; pravo na informiranost i sudjelovanje u procesu liječenja; pravo na slobodan izbor; pravo na samoodlučivanje i pristanak, uz zaštitu prava nesposobnih pacijenata; pravo na povjerljivost informacija i privatnost; pravo na tajnost podataka; pravo na poštovanje dostojanstva; pravo na smanjenje patnje i boli; pravo na poštovanje vremena pacijenta; pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju; pravo na slobodno napuštanje zdravstvene ustanove tokom medicinskih istraživanja; pravo na preventivne mjere i informacije o očuvanju zdravlja; pravo na podnošenje prigovora; pravo na naknadu štete; pravo na prehranu u skladu sa ličnim uvjerenjima; pravo na održavanje ličnih kontakata; te pravo na obavljanje vjerskih obreda (Član 27. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Službene novine FBiH" broj 46/10, 75/13).

Problem istraživanja ovog magistarskog rada, jeste odgovornost koju ljekar nosi prema pacijentu, poštujući sva gore navedena prava pacijenta. Ako posmatramo ljekarsko zanimanje i poziv, znamo da je to jedan od najosjetljivih poziva te da se u praksi dešavaju slučajevi gdje pacijenti trpe štetu, materijalnu i nematerijalnu, što se u određenim situacijama može pripisati krivici ljekara. Da li je ljekar jedini koji snosi odgovornost, zbog štete prema pacijentu ili tu odgovornost dijeli sa zdravstvenom ustanovom, u kojoj obavlja svoju djelatnost. Koje su to razlike između medicinskih komplikacija zbog ljekarske pogreške i objektivnih medicinskih komplikacija koje se javljaju uprkos činjenici da je pacijentu pružena odgovarajuća usluga liječenja. Obzirom da pravna teorija i praksa poznaje različite stepene odgovornosti, u smislu postojanja subjektivne i objektivne odgovornosti za štetu, neophodno je utvrditi po kom principu ljekar odgovara za štetu koju prouzrokuje tokom liječenja.

2.2. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja jeste utvrditi sve nivoe odgovornosti ljekara pri liječenju pacijenata. Postoji značajan broj sudskih slučajeva pred nadležnim sudovima u kojima se zdravstvene ustanove, uključujući i ljekare, optužuju ne samo za štetu uzrokovanu navodnom greškom u liječenju,

već i za slučajeve u kojima šteta proizlazi iz medicinskih komplikacija koje mogu nastati uprkos pravilnoj medicinskoj intervenciji i normalnom toku liječenja. U ovom radu pokušat ćemo utvrditi:

- a) Da li i po kojem principu ljekar odgovara za štetu nanесenu pacijentu prilikom liječenja.
- b) Koji uslovi moraju biti ispunjeni da ljekar odgovara za takvu štetu.
- c) Koji vidovi štete se mogu potraživati.
- d) Na koji način se takva šteta dokazuje.
- e) Da li prilikom utvrđivanja odgovornosti ljekara, sudska praksa pravi razliku između štete nanесene ljekarskom greškom i objektivne medicinske komplikacije, koja se može javiti prilikom urednog liječenja određenih stanja i bolesti.
- f) Istražiti odgovornost zdravstvenih ustanova.

Osnovni zadatak ovog istraživanja je da utvrdimo da li postoji građansko-pravna, krivična, prekršajna i disciplinska odgovornost ljekara za štetu koja nastane tokom liječenja, ukoliko ljekar postupa *lege artis*.

2.3. Hipoteze istraživanja

Osnovna hipoteza glasi:

H₀: Ne postoji građansko pravna, krivična, prekršajna i disciplinska odgovornost ljekara za štetu prouzrokovanu liječenjem, ukoliko ljekar postupa u skladu sa pravilima medicinske struke i nauke.

Pomoćne hipoteze glase:

H₁: Utvrđena je građansko pravna odgovornost ljekara za štetu prouzrokovanu liječenjem koja je nastala kao posljedica ljekarske greške.

H₂: Nije utvrđena građansko pravna odgovornost ljekara za štetu prouzrokovanu medicinskim komplikacijama koje nastaju u redovnom toku liječenja, a kada ljekar poduzima sve radnje kako bi spriječio nastanak medicinske komplikacije.

H₃: Utvrđena je krivična odgovornost ljekara za štetu prouzrokovanu liječenjem koja je nastala kao posljedica ljekarske greške.

H₄: Nije utvrđena krivična odgovornost ljekara za štetu prouzrokovanu medicinskim komplikacijama koje nastaju u redovnom toku liječenja, a kada ljekar poduzima sve radnje kako bi spriječio nastanak medicinske komplikacije.

2.4. Metodologija

Za izradu magistarskog rada, korišteni su relevantni izvori iz literature, dostupnih naučnih radova, sudske prakse, zakona Bosne i Hercegovine te relevantnih akata.

U istraživanju su primijenjene sljedeće metodologije:

1. Historijska metoda - primijenjena je kako bi se analizirao historijski razvoj odgovornosti, koncepta naknade štete, kao i ljekarskih grešaka i komplikacija, kao i institucionalnog okvira za naknadu štete i građansko-pravne odgovornosti zdravstvenih ustanova. Ova metoda se koristila uz pregled relevantnih naučnih radova i članaka stručnjaka koji su istraživali tematiku, posebno u regionalnom kontekstu.
2. Deskriptivna metoda - primijenjena je za opisivanje činjenica, procesa i predmeta u prirodi i društvu te njihovo empirijsko potvrđivanje, bez dubljeg naučnog tumačenja i objašnjenja. Ova metoda je korištena na početku istraživanja radi opisivanja problema koji se istražuje.
3. Pozitivnopravna metoda - Metoda pozitivnog prava će biti primijenjena u cijelom istraživanju kako bi se detaljno analizirala trenutna zakonodavna rješenja u istraženoj oblasti, s ciljem da se bolje razumije kako se zakoni primjenjuju i kako utječu na praksu i politiku u toj oblasti.
4. Komparativna metoda - korištena je za uspoređivanje sličnih pojava i utvrđivanje njihovih karakteristika i razlika. Ova metoda je primijenjena za analizu odluka sudova u Bosni i Hercegovini te usporedbu pravnih regulativa s drugim regijama.
5. Metoda kompilacije - korištena je za prikupljanje rezultata istraživanja drugih autora, njihovih stavova i zaključaka.
6. Statistička metoda - primijenjena je za analizu podataka u području društvenih nauka. U magistarskom radu, ova metoda će se koristiti za prikazivanje statističkih podataka o broju sudskih predmeta pokrenutih, vođenih i okončanih od 2012. do 2023. godine, u kojima su pacijenti tužili JU Kantonalnu bolnicu Zenica, Opću bolnicu Tešanj te sve Domete zdravlja u Zeničko-dobojskom kantonu.

3. POJAM I ULOGA PACIJENTA I LJEKARA

3.1. Opšte karakteristike odnosa ljekar – pacijent

Od davnina ljudi su posmatrali ljekare kao čarobnjake koji su se prema bolesti ophodili kao prema zlom duhu koga trebaju istjerati iz čovjeka da bi se on izliječio. Ljekari su bili viđeni kao oni koji su zaduženi za ispunjavanje Hipokratovih načela, koja su podrazumijevala pružanje zdravlja pacijentima, unapređenje njihovog blagostanja i izbjegavanje bilo kakvih

radnji koje bi moglo ugroziti ili narušiti njihovo zdravlje. Osim što su bili posmatrani kao čuvari ljudskog zdravlja, ljekari su imali i moralnu i etičku odgovornost da svojim postupcima čine dobro pacijentima, što je bilo u skladu s tradicionalnim vjerovanjima i vrijednostima zajednice. Medicina se vjekovima posmatrala kroz različite prizme, nekada sa vjerskim, a nekada sa narodnim prizvucima. Sekularizacija medicine učinila je od nje nauku, a moderna medicina nastala je tek u 19. vijeku (Ristić, 1976, str 42-43).

Sa sekularizacijom medicine i nastankom moderne medicine, bolesnik je postao pacijent koji pati i koji zavisi od ljekara, odnosno od stručne osobe koja vlada medicinskim znanjem. Početak odnosa ljekar pacijent označavao se kao paternalizam, gdje je ljekar bio superiorniji u odnosu na svog pacijenta, liječio je bolest a ne bolesnika i postupao je isključivo po mjerima vlastite profesije. Paternalistička ljekarska etika podržavana je Hipokratovom medicinskom etikom, gdje je važno da je dobrobit pacijenta vrhovni zakon. Danas se odnos ljekar pacijent posmatra kao partnerski i timski, gdje pacijent ima položaj subjekta a ne objekta medicine (Radišić, 2008). Napustili smo paternalizam i prihvatili princip autonomije kao dominantan. Autonomija ličnosti pacijenta je temeljno, moralno i etičko načelo koje priznaje prava pacijenata, da pacijent sam, u svoje ime, donosi odluku o načinu liječenja koji mu se čini najprihvatljivijim. Centralna tačka autonomije jeste pravo da se ne bude u pravu, tj. sloboda pojedinca da djeluje u skladu sa sopstvenim odlukama, nezavisno od shvatanja drugih o posljedicama takvog postupanja (Simić, 2018).

„Svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštivanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrijednosti, odnosno ima pravo na fizički i psihički integritet i na sigurnost njegove osobnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubjeđenja (Član 26. Stav 4. ZZZ).

Ljekari imaju posebne odgovornosti za osiguravanje da njihovi odnosi s pacijentima dobro funkcionišu. Iako javnost ima mnogo načina pristupa zdravstvenim informacijama, pacijenti su i dalje u nepovoljnom položaju u odnosu sa zdravstvenim profesionalcima, koji imaju više znanja, iskustva i uticaja. Etičke smjernice imaju za cilj da uravnoteže ovaj inherentno asimetrični odnos dajući strani koja je više informisana - profesionalcu - niz dužnosti i odgovornosti. Prva od dužnosti i odgovornosti jeste briga o pacijentu. Pacijent neke zdravstvene stručnjake vidi samo jednom i takvi susreti su uglavnom prolazni i iako uključuju određene obaveze rijetko podrazumijevaju osjećaj tzv „kontinuirane brige“. Kada postoji terapijski odnos, situacija je drugačija. Briga za pacijenta može postojati i prije nego je pacijent viđen od strane ljekara. Pravno gledano, ljekari imaju dužnost da se brinu o pacijentu onda kada preuzmu odgovornost za pacijenta. Ta odgovornost počinje onda kada ljekar sazna za potrebu neke osobe o medicinskim uslugama ili kada komunicira s tom osobom u profesionalnom kapacitetu. Kada prvi put ljekar ili zdravstveni profesionalac/radnik stupi u kontakt s pacijentom, tada i počinje dužnost tog radnika da se brine o pacijentu i traje sve dok se ne prekine taj odnos. Odnos se može prekinuti bilo otpustom pacijenta poslije liječenja, ako pacijent umre ili se prebaci kod drugog ljekara ili

na drugi odjel. Ako se pacijent liječi i u privatnoj i u državnoj instituciji tada oba zdravstvena radnika koja komuniciraju s tim pacijentom imaju i dužnost da se brinu o tom pacijentu.

Bitno je znati i da oni ljekari, koji učestvuju u jednom segmentu liječenja pacijenta (bilo da se radi o radiolozima, patolozima i slično) također imaju dužnost prema pacijentu. Dužnost ljekara da se brine o pacijentu nastavlja se i onda kada npr. pacijent nije hitan i postoji na nekoj listi čekanja za neku intervenciju. Etička odgovornost ljekara prema pacijentu zavisi i od položaja samog ljekara i opisa njegovog posla. Uzmimo na primjer ljekara koji radi kao nezavisni medicinski procjenitelj i ljekara koji radi u zatvoru. Prvi primjer je ljekar koji nema blizak i kontinuiran odnos sa pacijentom koga pregleda, a drugi je u bližem kontaktu sa pacijentom. Etičke odgovornosti ova dva ljekara prema pacijentu nisu smanjenje, ali se moraju kombinovati s širinom brige o pacijentu. Ponekad briga o pacijentu leži u samom zdravstvenom profesionalcu a u drugim slučajevima na zdravstvenoj ustanovi. Poznato nam je da se može desiti da ljekar koji radi u nekoj ustanovi (privatnoj ili državnoj) kao uposlenik, često vjeruje da ima kontinuiranu dužnost brige prema pacijentima i stoga želi da te pacijente povede sa sobom kada ode ili otvori svoju kliniku. Ranije su ljekari imali snažan osjećaj brige za „svoje“ pacijente, posebno kada se govori o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a sada pacijenti često kombinuju izvore zdravstvene skrbi i savjete uzimaju od više ljekara. Pacijenti ponekad imaju različite zahtjeve od svog ljekara, jedan takav zahtjev jeste traženje drugog mišljenja. To ne treba tumačiti kao znak slabog povjerenja, nego je to pravo pacijenta na drugo mišljenje. U nekim slučajevima, pacijenti mogu odbijati ozbiljnost svog stanja i nadati se drugačijim vijestima. Ljekar treba prihvatiti da izbog drugog zdravstvenog radnika ne znači nužno da oni nisu dobri praktičari nego da pacijentu treba vremena da se pomire sa situacijom ili da više rasprave sa drugim kliničarima. Ponekad pacijenti traže od svog ljekara primarne zdravstvene zaštite uputnicu specijalisti. Ako za to nema kliničkog opravdanja, to se treba i objasniti pacijentu. Ljekar može poticati svog pacijenta, ali ne može prisiliti pacijenta da se pridržava medicinskih savjeta o upravljanju njihovim zdravljem ili načinom života. Potrebno je da ljekar kada god je to moguće, pacijentu da objašnjenje o posljedicama i posljedicama ignorisanja medicinskih savjeta, jer je često da pacijent odbija neki tretman jer nije dovoljno informisan o istom.

Kako se godinama odnos pacijent-ljekar produbljuje, samim tim se povećava i šansa da pacijenti poželev svom ljekaru dati neku donaciju ili poklon. Godine 2001. u Engleskoj i Walesu, Zakon o zdravstvu, predvidio je sistem izvješćivanja i bilječenja o poklonima od strane ljekara, a isti zakon djeluje i u ostalim zemljama Ujedinjenog Kraljevstva. Propisi o prihvatanju poklona od strane ljekara stupili su na snagu od februara 2004. godine. Ljekari od tada vode registar poklona od pacijenata ili njihove porodice koji imaju vrijednost od 100 £ ili više. U registru postoje informacije kao što je ime darovatelja, primatelja, priroda poklona i njegova procijenjena vrijednost (The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations, 2004, SI 2004/291).

Najbitnija karakteristika odnosa ljekar pacijent, jeste povjerenje, a ljekar koji ima visoko medicinsko znanje, koji pokazuje privrženost i ljubav prema svome poslu, imat će i više

povjerenja od strane svojih pacijenata. Zato medicinska etika, daje pacijentima pravo da biraju ljekara koji će se brinuti o svome zdravlju. Prema članu 16. ZOPOOP svaki pacijent ima pravo na slobodan izbor doktora medicine, odnosno doktora stomatologije. Iako je suština odnosa između ljekara i pacijenta povjerenje, danas napredak medicine dovodi i do njene juridizacije i praktikovanja defanzivne medicine, i povećanja prava pacijenata a smanjivanja ovlasti zdravstvenih radnika tj. ljekara (Žunić, 2009).

Pacijent ima pravo da promjeni ljekara, a isto tako ljekar ima pravo da premjesti pacijenta nekom drugom ljekaru. Prije takvog postupka, potrebno je da ljekar porazgovara sa pacijentom i objasni mu razlog takvog djelovanja. Odnos u kome jedna od strana, bilo pacijent ili ljekar, nije zadovoljna, nije potrebno nastaviti. Praksa bi trebala biti takva, da jedna od te dvije strane potraži bolju opciju, u smislu, da ako pacijent nije zadovoljan svojim ljekarom on potraži drugog sa kojim će imati kontinuiranu medicinsku skrb.

Obaveze ljekara prema pacijentu i pacijenta prema ljekaru nisu jednake, nego su trojake prirode: pravne, moralne i stručne (Radišić, 2008). Deontologija (od grčkih riječi *deon* – ono što treba da bude i *logos* – riječ, govor, rasprava) jeste nauka o moralnim dužnostima. Etika u filozofiji upućuje na moralnu nastrojenost čovjeka, na običaj, na karakter i osobine čovjeka, njegov način života i sadržaj njegovog cjelokupnog moralnog prosuđivanja (Beljanski, 2010). Sloboda i ugled ljekarske profesije su često zaštićeni načelima etike. Osnovno etičko načelo u medicini je poznato kao Hipokratova zakletva, koja postavlja temelje moralnog kodeksa koji ljekari obično slijede u praksi.

3.2. Pojam i prava pacijenta

Kako smo ranije spomenuli, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, pacijent je definisan kao svaka osoba, bez obzira na zdravstveno stanje ili status osiguranja, koja traži zdravstvenu uslugu ili prima određenu uslugu s ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja, prevencije bolesti, liječenja ili zdravstvene njege te rehabilitacije. Da je pacijent i zdrava a i bolesna osoba, potvrđeno je i u definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 1948. godine, koja kaže da: „Zdravlje nije samo odsustvo bolesti i slabosti, već fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanje” (World Health Organization, 1958).

Pacijent je pojedinac koji traži ili prima podršku od zdravstvenog radnika radi ostvarivanja zdravstvenih usluga u svakom obliku. Te usluge su usmjerene ka očuvanju ili vraćanju zdravlja, poboljšanju zdravstvenog stanja i prevenciji bolesti (Pavličević, 2014).

Prava pacijenata i zaštitu tih prava uređuje svaka država. Finska je prva zemlja u svijetu koja je uvela prava pacijenata u pravni sistem, 1992. godine. U Bosni i Hercegovini, prava pacijenata sadržana su u ustavima entiteta i statutu Distrikta Brčko, te u propisima koji regulišu zdravstvenu zaštitu, osiguranje, zaštitu ličnih podataka i drugim zakonima. Ovim zakonima, u najvećem dijelu preuzete su odredbe Europske povelje o pravima pacijenata, koja je donesena u Rimu 2002. godine (Rimska povelja).

Kao što je ranije spomenuto u tekstu, svakom se pacijentu prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti garantuju prava na dostupnost zdravstvene zaštite, uključujući i pravo na hitnu medicinsku pomoć, na informacije, na obaviještenost i učestvovanje u postupku liječenja, na slobodan izbor, na samoodlučivanje i pristanak, uključujući i zaštitu prava pacijenta koji nije sposoban dati pristanak, na povjerljivost informacija i privatnost, na tajnost podataka, na lično dostojanstvo, na sprječavanje i olakšavanje patnji i bola, na poštovanje pacijentovog vremena, na uvid u medicinsku dokumentaciju, na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove pacijenta nad kojim se vrši medicinsko istraživanje, na preventivne mjere i informisanje o očuvanju zdravlja, na prigovor, na naknadu štete, na prehranu u skladu sa svjetonazorom, na održavanje ličnih kontakata, te na obavljanje vjerskih obreda (Član 27. Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o pravima pacijenata u Republici Srpskoj, pacijent ima i sljedeća prava: pravo na prevodioca ako ne poznaje službeni jezik, pravo uvida u troškove liječenja, pravo na informisanje o rezultatima naučnih istraživanja i tehnoloških inovacija, pravo na slobodno odlučivanje o svemu što se tiče njegovog zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih lica i pravo da odbije predloženi medicinski tretman, čak i u slučaju kada se time spašava ili održava njegov život (Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS, "Službeni glasnik RS" broj: 106/09 i 44/15). Jedno od najznačajnijih prava pacijenata jeste pravo na tačne, relevantne i sveobuhvatne informacije pri donošenju ispravne odluke o postupku zdravstvenog zbrinjavanja (Dražić, 2008).

Svaki pacijent prema ZOZZ ima pravo na pristanak i na samoodlučivanje. Svakog čovjeka, prema autoru Boškoviću, treba smatrati gospodarom svoga tijela (Bošković, 2007). Ljekar može biti dobronamjeran i vjerovati u neophodnost neke operacije ili liječenja, ali mu nije dozvoljeno da svoje interese, stavove i mišljenje, stavlja ispred pacijentovih. Postojanje medicinske indikacije za tretman pacijenta, bez njegovog pristanka, je protuzakonito. Vrlo često i same ustanove u kojima ordinira ljekar, imaju svoje obrasce za pacijenta, gdje se pacijentu detaljno daju podaci o intervenciji i o mogućim komplikacijama iste.

Prema Konvenciji o ljudskim pravima i biomedicini iz 1999. godine, dat je primat ljudskom biću nad samim društvom i naukom. Prema ovoj Konvenciji, zahvat koji se odnosi na zdravlje pacijenta, može se izvršiti samo nakon što je pacijent informisan i nakon što je dao slobodan pristanak na isti. Ista ova Konvencija, daje pravo osobi koja je dala pristanak, da prema članu 5. taj isti pristanak u bilo koje vrijeme može povući, osim u slučajevima hitnog medicinskog zahvata. Pacijent ima pravo da predloženu medicinsku mjeru odbije, izuzev u slučaju kada se njome spašava ili održava njegov život ili bi se nepreduzimanjem iste ugrozio život ili zdravlje drugih ljudi (Član 19. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. „Službene novine Federacije BiH“, broj 40/10).

I prema Ustavu suda Republike Hrvatske, pristanak na medicinski zahvat od strane pacijenta je mandatoran. Pacijent mora biti obaviješten o svim pojedinostima zahvata, pismeno ili usmeno, najviše o rizicima i komplikacijama da bi objektivno mogao da odluči da li da prihvati ili odbije proceduru. Obaviještenost pacijenata su prvenstveno etička pitanja, prije

nego su pravno regulisana. Građansko-pravna zaštita života, tijela i ostalih neimovinskih dobara počela se sistemski uređivati u europskim kodifikacijama građanskog prava krajem 19. i početkom 20. stoljeća. Svaki medicinski tretman predstavlja povredu prava ličnosti pacijenta ukoliko se izvrši bez pristanka pacijenta ili bez druge pravne osnove koja opravdava takav zahvat. Načelo autonomije u biomedicinskoj etici zahtijeva poštivanje prava pacijenta na samoodređenje i određivanje onoga što predstavlja njegovu dobrobit, čak i za medicinske zahvate koji su sigurni, jednostavni i nedvojbeno korisni (Pichler, 2014). Korištenje obaviještenog pristanka u provođenju istraživanja nalazi se u Nurnberškom kodeksu iz 1947. godine i Helsinškoj deklaraciji iz 1964. godine (Grimm, 2005).

Kakva su prava pacijenata u Evropi, možemo posmatrati na primjeru nekih zemalja. U Velikoj Britaniji postoje Povelje iz 1991. i 1997. godine prema kojima su definisana prava, obaveze i dužnosti pacijenata. U Njemačkoj prava pacijenata štiti Kancelarija povjerenika za zaštitu pacijenata. Kršenje prava pacijenata jeste kršenje osnovnih ljudskih prava. Ako poredimo navedene zemlje sa stanjem u Bosni i Hercegovini, možemo reći da su prava harmonizovana. U Bosni i Hercegovini pacijenti ne uživaju sve pogodnosti pacijenata zbog socioekonomskog aspekta i minimalnog ulaganja u zdravstvo.

3.3. Prava, obaveze i odgovornost ljekara

Pojam ljekara definisan je Zakonom o liječništvu FBiH u članu 4. koji kaže da je ljekar zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim zvanjem doktor medicine (Zakon o liječništvu Federacije BiH. „Službene novine FBiH“, broj 56/13“).

Obaveze ljekara prema pacijentu utvrđene su zakonom, koji kaže da su zdravstveni radnici pojedinci sa specijalizacijom u zdravstvenoj njezi, čije je primarno zaduženje pružanje zdravstvene podrške i zaštite populaciji. Njihov rad je temeljen na moralnim i etičkim načelima struke, što je obavezno pravilo u njihovoj profesiji (Član 137. Zakona o zdravstvenoj zaštiti). “Liječnik će smatrati dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom obavezom. Liječnik je obavezan svoj posao obavljati stručno i etički, ne iskorištavajući pacijenta niti emotivno, niti tjelesno, niti materijalno, te poštujući njegova prava utvrđena propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata“ (Član 34.). Prema istom zakonu, ljekar je obavezan da pacijentu da potrebne informacije i obavještenja koja su mu potrebna da bi on donio odluku da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku mjeru (Član 36.). Ljekar može da odbije dalju zdravstvenu zaštitu, izuzev hitne medicinske pomoći i u slučaju pojave zarazne ili psihičke bolesti, ako pacijent odbija da se ponaša u skladu sa datim upustvima liječenja ili prevencije bolesti (Član 37.). Svaki ljekar prema Zakonu o liječništvu ima pravo na rad u skladu s propisima u oblasti zdravstva i rada, te materijalnim mogućnostima, sudjelovanje ili odbijanje sudjelovanja u naučno-istraživačkim projektima, odbijanje obavljanja poslova ili zadataka za koje nije stručno osposobljen, kontinuirano usavršavanje te stjecanje počasnog naziva "primarijus" (Član 32.).

Ljekar je obavezan da djeluje preventivno, dijagnostički, terapijski ili rehabilitacijski prema svim pacijentima, kojima je on dodijeljen kao izabrani ljekar. U slučaju hitnosti, ljekar je dužan da bez odlaganja pruži prvu pomoć svim pacijentima, dok ostale pacijente tada prima prema listi čekanja ili prema medicinskom prioritetu. On može odbiti pružiti medicinsku pomoć pacijentu koji predstavlja prijetnju za ljekara ili druge medicinske radnike ili koji je fizički agresivan, osim u hitnim situacijama. Ljekar je dužan pružiti nužnu medicinsku pomoć u hitnosti onda kada je njegova sigurnost osigurana prisustvom policijskog ili drugog službenika (Član 38.).

Ljekar bi trebao praktikovati ekonomičnost i racionalnost, izbjegavajući nepotrebne preglede i davanje nepotrebne terapije, kao i pretretiranje pacijenta sa dijagnostičkim procedurama neophodnim za pouzdanu dijagnozu (Član 39.). Ranije smo spomenuli da se ljekari od straha zbog moguće greške, koriste defanzivnom medicinom i pretjeranim tretiranjem pacijenta. U liječenju pacijenta, u svakom koraku bitno je očuvati ljudsko dostojanstvo, poštovanje prava i integriteta pacijenata, sve u skladu sa zakonskom regulativom i relevantnim propisima. To uključuje pravo pacijenata na informiranost, obavještenost i sudjelovanje u procesu liječenja, kao i pravo na samoodlučivanje i davanje pristanka (Član 41.).

Prema članu 42. Zakona o liječništvu, ljekar mora čuvati kao profesionalnu tajnu, sve što sazna o zdravstvenom stanju pacijenta i ne smije je odati, osim uz odobrenje i pod uslovima koji su utvrđeni propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Dužnosti čuvanja profesionalne tajne liječnika primjenjuju se i u slučajevima kada budu pozvani u svojstvu svjedoka u krivičnom i parničnom postupku, na način i pod uslovima predviđenim propisima o krivičnom postupku, kao i propisima o parničnom postupku.

Ljekar je obavezan lično se posvetiti i pregledati svakog svog pacijenta, osim ako ne delegira tu odgovornost drugom ljekaru, što je moguće samo uz izričitu saglasnost pacijenta. Ljekaru nije dopušteno da obavlja preglede na daljinu ili putem telefona, a ključna uloga ljekara jeste da postavi preciznu i tačnu dijagnozu, te pružanje odgovarajuće terapije, uz kontinuirano liječenje pacijenta. Ljekar mora razumjeti da pacijent trenutno prolazi kroz fizičke i mentalne izazove, te ne smije zaboraviti da se bavi ljudima koji osjećaju, imaju svoje emocije, nose se sa bolešću (Radišić, 2007).

4. ODGOVORNOST LJEKARA KAO TIPIČAN RIZIK POZIVA

4.1. Historijat ljekarske odgovornosti

Za razliku od svih drugih djelatnosti, u kojima se greška može tolerisati, u medicinskoj djelatnosti koja obuhvata širok spektar aktivnosti koje su povezane s pružanjem zdravstvene skrbi i brige za pacijente, to je gotovo pa nemoguće. Napredak medicine povećava pacijentu šanse za preživljenje, ali se povećava i rizik ljekarskog posla, jer sa ekspanzijom medicine i tehnologije, velika su očekivanja i od ljekara. Ljekar nema pravo da bira pacijente i da bude

selektivan, on mora da se upušta u riskantne poduhvate ako želi lični i profesionalni napredak. Ljekari nose četverostruku odgovornost u svome poslu: krivičnu, građansku, disciplinsku i prekršajnu (Simić, 2018).

Sve što ljekar učini ili propusti da učini može se odraziti na život i zdravlje pacijenta. O odgovornosti ljekara, dotakao se i Hamurabije 1.700 godina prije Krista, u svom zakonu, koji je predstavljao prve spise u kojima se spominjala nagrada ljekarima za liječenje, kao i ljekarske kazne. Hamurabijev zakon između ostalog kaže: Ako ljekar bronzanim instrumentom nanese tešku povredu nekome i prouzrokuje smrt, ili nekome oštećuje vid uništavanjem oka, propisuje se da se osuđeniku odsijeku ruke. Ako ljekar, bez pristanka vlasnika, nanese tešku povredu nekom robu i prouzrokuje smrt, odštetit će vlasniku robe zamjenom jednog roba za drugog. Ako ljekar nekom robu otvori oko i uništi mu vid bronzanim nožem, dužan je platiti polovinu vrijednosti robe. Ako hirurg, bez znanja vlasnika, obilježi neotuđivog roba robskim znakom, propisuje se da se hirurgu odsijeku ruke (Hamurabijev zakon, 1700).

Iz Hamurabijevog zakona, možemo zaključiti, da je nekada ljekarska odgovornost zavisila od klasne pripadosti bolesnika. I tada se strogo vodila briga o odgovornosti koju ljekari preuzimaju vodeći brigu o zdravlju ljudi. U drevnom Egiptu ljekari su se pridržavali pravila iz Svete knjige, a ako bi liječili suprotno pravilima Knjige mogli su biti kažnjeni i smrtnom kaznom (Knežić Popović i Dabić, 2009). U starom Rimu, također je postojala odgovornost ljekara za smrt bolesnika, ako je izazvana stručnom greškom. Ljekar je odgovarao za operaciju koju je obavio suprotno pravilima medicinske vještine; za nepravilnu upotrebu lijekova; za nemarno liječenje. Sve od tada pa do danas, pravo se sve više uplitalo u medicinu. Prvi slučaj sudskog spora protiv ljekara hirurga, desio se u Engleskoj, godine 1374. (slučaj Stratton v. Swanlond) (Schumman, 1985). Slučaj je završio tako što je sud zaključio da je ljekar odgovoran onda kada je povreda pacijentovog zdravlja nastala usljed nemara ljekara, ali kada ljekar savjesno i brižno obavljao svoj posao, on neće biti odgovoran čak i ako ne uspije da izliječi pacijenta (Palmer, 2001).

U Francuskoj je razvoj sistema odgovornosti ljekara prošao kroz različite faze. Prije Francuske revolucije 1789. godine, važio je princip prema kojem ljekari nisu snosili odgovornost za svoje greške ili nespretnost u slučaju da pacijent pretrpi štetu, jer je pacijent sam birao svog ljekara. Nakon Francuske revolucije, mogućnost materijalne odgovornosti ljekara bila je dopuštena samo u slučaju grubih grešaka ljekara. Tek u četvrtoj deceniji dvadesetog vijeka, francuski sudovi su počeli donositi presude prema kojima ljekar treba da odgovara čak i za običnu nepažnju (Palmer, 2001).

U Engleskoj se 1768. godine zahvaljujući Vilijamu Blekstonu po prvi put uveo izraz za nesavjestan i nestručan rad malpraksa (engl. *malpractice*) kao opšti koncept profesionalnog nemara ljekara. U ovom periodu se u Engleskoj javila i preteča za nesavjesno liječenje, gdje je zakonska obaveza bila da se postupa prema ljudima sa dužom pažnjom, a svako nepostupanje smatralo se prestupom. Ljekarima, kao obučenim, vještim i iskusnim u svojoj

profesiji, nametale su se veće obaveze poštovanja razumnog ponašanja, nego što se to zahtjevalo od nestručnih, manje obrazovanih i nevještih osoba (Silver, 1992).

Isti trend desio se i u SAD-u, kada je 1794. godine objavljen prvi slučaj nesavjesnog i nestručnog liječenja. Poslije toga u 19-tom vijeku, dolazi do porasta broja prijava protiv ljekara i broja zahtjeva za naknadu štete zbog nesavjesnog liječenja. Povećanje broja tužbi za naknadu štete protiv ljekara, narušilo je odnos ljekar-pacijent. Napredak medicine ne samo da je dao nove metode u dijagnostici i liječenju pacijenata, nego su se povećale i greške u liječenju. U strahu od greške, ljekari u 21. vijeku, ne samo da bježe od praktične medicine u nauku, farmaciju i slično, nego više praktikuju defanzivnu medicinu. Svjetsko medicinsko udruženje je 2005-te godine donijelo Akt o reformi medicinske odgovornosti (*Statement on Medical Liability Reform*) u kome se istakla potreba pravljenja razlike između nesavjesnog postupanja ljekara i nastupanja štetne posljedice, te postojanja osiguranja ljekara od odgovornosti, kao i osnivanja posebnog sistema preko kojeg bi se mogle analizirati greške ljekara i težiti ka njihovom smanjenju, da bi se odnos i povjerenje između ljekara i pacijenta popravio.

4.2. Odgovornost ljekara u zemljama Evropske Unije i susjednim zemljama

U Evropi se godinama posvećuje posebna pažnja reformi sistema ljekarske odgovornosti i to posebno građanske odgovornosti. Evropski komitet o pravnoj saradnji, zajedno sa Evropskim komitetom za zdravlje i bioetiku 2005. godine napravili su izvještaj u kojem se definišu zajednički problemi u pristupu prema ljekarskoj odgovornosti. Zajednički stav u pravnom sistemu u Evropi se nije mogao zauzeti, zbog različitosti u pravnim sistemima i nemogućnosti unifikacije istih. U istraživanju Eurobarometra, svaki četvrti građanin Evrope, smatra da su on ili član njegove porodice pretrpjeli štetne posljedice po zdravlje zbog ljekarske greške (Medical Errors, 2010). Isto tako svaki drugi građanin EU smatra da postoji opasnost od ljekarske greške tokom liječenja, bilo unutar ili van bolnice. Među najčešćim se spominju greške ljekara u vezi sa izborom lijekova, greške ljekara prilikom obavljanja hirurških intervencija i greške u dijagnostici. U Njemačkoj je stav autora različit, tako da neki smatraju kako je godišnji broj ljekarskih grešaka u ovoj zemlji 20.000, a neki smatraju da taj broj ide i do 100.000 zahtjeva za obeštećenje. Najčešće greške su u oblasti hirurgije, akušerstva, ginekologije i ortopedije, jer su to oblasti sa najvišim rizikom (Simić, 2018). U Francuskoj je, u prošlom vijeku, najveći broj tužbi bio protiv anesteziologa i hirurga. Godine 2008. sa tužbom u Francuskoj, suočilo se 44% hirurga, a u 67% slučajeva koji su završili pred sudom, ustanovljeno je postojanje odgovornosti. Godine 2007. prosječna isplata po tužbi iznosila je 256.000 eura (Simić, 2018). U Velikoj Britaniji razvila se tzv. kultura naknade štete (eng. *compensation culture*) zbog velikog broja tužbi prema ljekarima. U ovoj zemlji postoji ekspanzija u broju firmi koje se brave parnicama protiv ljekara, čiji je zadatak da prikupljaju tužbe proti ljekara, procjenjuju mogućnost njihovog osporavanja i potencijalnu vrijednost, zatim te informacije, uz novčanu naknadu prosljede advokatima (Mason, Laurie i McCall Smiths, 2013). Na prostorima bivše Jugoslavije sudski procesi protiv ljekara i medicinskih ustanova su rijetki. Krivična, građanska, disciplinska

odgovornost zdravstvenih radnika postoji, ali se malo koristi. O tome nam govore statistički podaci iz Srbije, gdje je u periodu od 1960-1980, zbog krivičnog djela nesavjesnog liječenja bolesnika, osuđeno 108 medicinskih uposlenika (Radišić, 1986). O greškama ljekara ne postoje precizni statistički podaci u Srbiji, a prema autorici Jeleni Simić, razlog zašto pacijenti ne tuže svoje ljekare, leži u tome da im oni slijepo vjeruju, ne dozvoljavajući mogućnost da oni griješe. Ovaj problem ima multifaktorijalan uzrok gdje pacijenti ne vjeruju da imaju šanse ostvariti uspjeh na sudu, sudije ne posjeduju dovoljno medicinskog znanja te veliki dio posla predaju medicinskim vještacima, koji koriste stalešku solidarnost ljekara.

Stav pravnika u Srbiji o odgovornosti ljekara, je takav da jedni smatraju kako profesionalna odgovornost ljekara ima isključivo neugovorni ili deliktan karakter, dok je, po drugima, uglavnom ugovorne prirode (Milošević, 1967). Građansku odgovornost ljekara prema pacijentu možda je lakše i shvatiti kao deliktan nego kao ugovornu, gdje pružanje usluge pacijentu, ljekar s pacijentom stvara građanskopravni odnos, koji onda oštećenom licu omogućava i naknadu štete. Prema autorici Simić, odgovornost ljekara u Srbiji moguća je na osnovu ugovora i delikta, ali uvijek po principu krivice. Ljekar će odgovarati onda kada je njegova medicinska radnja bila pogrešna i kada je on za to kriv. Ako se odgovornost zasniva na ugovoru zaključenom između zdravstvene ustanove i pacijenta, za štetu odgovara ustanova (Simić, 2018).

U Bosni i Hercegovini pravna zaštita pacijenata ostvaruje se saglasno propisima o disciplinskoj odgovornosti, prekršajnoj odgovornosti, građanskoj i krivičnoj odgovornosti, propisima o upravnom postupku i upravnom sporu, inspekcijom zaštitom i ranije navedenim zakonima. Građansko pravnu zaštitu pacijenti ostvaruju putem Zakona o parničnom postupku u slučaju naknade štete pri pružanju zdravstvene usluge. Krivični zakon FBiH u dijelu „Krivična djela protiv zdravlja ljudi“ reguliše krivičnu odgovornost, dok je prekršajna odgovornost zdravstvene ustanove, ljekara i odgovorne osobe u zdravstvenoj ustanovi, utvrđena zakonom o pravima i obavezama pacijenata, a disciplinska aktima zdravstvene ustanove.

4.3. Građansko-pravna odgovornost

Građansko-pravna zaštita je regulisana Zakonom o parničnom postupku i Zakonom o obligacionim odnosima, gdje je definisano da onaj ko drugom prouzrokuje štetu dužan je nadoknaditi je, ukoliko ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivice (Član 154. Stav 1. Zakona o obligacionim odnosima). Ljekar će odgovarati uvijek po principu odgovornosti i samo u slučaju kada je njegova medicinska intervencija pogrešna i kada je on za to kriv. Kada ljekar obavlja zahvat u cilju liječenja i u skladu sa pravilima medicinske struke, onda je to pravno ispravno. Kada ovakav zahvat ne pođe za rukom, to je rizik koji snosi i pacijent, jer bi u suprotnom bila ograničena sloboda ljekara, zato on mora biti oslobođen odgovornosti kada se pridržava pravila struke (Crnić, 2008; Radišić, 2008).

Građansko-pravna odgovornost može se podijeliti na sljedeće kategorije:

1. Izvanugovornu (deliktnu), predugovornu i ugovornu odgovornost
2. Subjektivnu (kulpoznu) i objektivnu (kauzalnu) odgovornost
3. Individualnu odgovornost i odgovornost za tuđe postupke

4.3.1. Princip objektivne odgovornosti

Objektivna odgovornost ljekara postoji u slučaju kada oštećeni mora dokazati štetnu radnju, štetu te uzročnu vezu i ista postoji samo u izuzetnim slučajevima (Babić i Roksandić, 2006). Ona je vezana za korištenje opasne stvari i bavljenje opasnim djelatnostima, budući da povišen rizik koji predstavlja osnovu objektivne odgovornosti, najčešće nastaje u vezi sa navedenim aktivnostima. Pojam opasne stvari nije jasno zakonski definisan, iako je prof.dr Konstantinović u členu 136. Skica o Zakoniku o obligacijama i ugovorima definisao opasnu stvar kao “Sve pokretne i nepokretne stvari koje svojim položajem, svojstvima ili samim postojanjem predstavljaju povećanu opasnost za okolinu”. Za razliku od subjektivne odgovornosti, za postojanje objektivne odgovornosti krivica na strani štetnika ne predstavlja obavezan element. Prilikom dokazivanja obaveze odgovornosti štetnika po principu objektivne odgovornosti dovoljno je dokazati ponašanje (radnju) štetnika koja se odnosila na korištenje opasne stvari ili bavljenje opasnom djelatnošću, samu štetu i da je ta šteta nastala u vezi sa opasnom djelatnošću (Trnavci, 2003).

Prema členu 173. Zakona o obligacionim odnosima, odgovornost kod objektivne odgovornosti podrazumijeva da oštećeni nije obavezan dokazivati uzročno-posljedičnu vezu između štetnog postupka i same štete, budući da se takva veza pretpostavlja. Njegova obaveza ograničava se na uspostavljanje vjerojatnosti te uzročno-posljedične veze, jer se pretpostavlja da je šteta povezana s opasnom stvari ili opasnom aktivnošću, osim ako se dokaže suprotno, odnosno ako se dokaže da one nisu izazvale štetu. U slučaju sudskog postupka, teret dokazivanja leži na strani odgovorne osobe (štetniku), a ne na strani oštećenika. Odgovornost za štetu uzrokovanu opasnom stvari leži na osobi koja je imala kontrolu nad tom stvari, dok za štetu uzrokovanu opasnom aktivnošću odgovorna je osoba koja se tom aktivnošću bavi.

Zakon o obveznim odnosima predviđa situacije u kojima imalac stvari može biti oslobođen od odgovornosti. Osoba (imalac) može dokazati nastajanje štete zbog uzroka izvan same stvari, a čije posljedice nije mogao predvidjeti. Može dokazati da je šteta nastala isključivom krivicom oštećenika ili treće strane, a da on nije mogao predvidjeti ili spriječiti te posljedice. Dodatno, imalac se može djelomično osloboditi od odgovornosti ako dokaže da je oštećeni djelomično pridonio nastanku štete. Zakonodavac nije precizno definirao opasne djelatnosti niti opasne stvari, što dovodi do izazova u pravnoj teoriji i praksi kada je potrebno utvrditi da li određena stvar ili djelatnost spada u ovu kategoriju.

Neki autori ističu da postoji opravdan razlog da se na zahtjeve za odštetu temeljene na građansko-pravnoj odgovornosti zdravstvenih ustanova primijeni načelo objektivne odgovornosti. Na primjer, Bošković Zvonko ukazuje na to da moderna zdravstvena djelatnost obuhvata upotrebu uređaja koji sami po sebi mogu izazvati neželjene posljedice, kao što su uređaji za zračenje pacijenata. S druge strane, postoje medicinski zahvati kao što su hirurški ili ginekološki zahvati koji, iako su dio redovnih medicinskih postupaka, mogu predstavljati rizik po život i zdravlje pacijenata zbog njihove prirode i načina izvođenja. Također, estetska hirurgija ima svoj specifičan položaj jer većina takvih zahvata nije medicinski indicirana. U ovim situacijama, mnogi autori smatraju da treba primijeniti objektivne kriterije prilikom ocjene građansko-pravne odgovornosti zdravstvenih ustanova (2007).

Većina autora, uključujući Mujović-Zornić Hajriju, dijeli stav da je poređenje medicinskih djelatnosti s drugim opasnim djelatnostima pogrešno. Druge opasne djelatnosti same inherentno stvaraju rizik od štete za druge, te odgovaraju ukoliko se taj rizik ostvari. Nasuprot tome, kod medicinskih djelatnosti, sporno je da rizik po zdravlje ili život pacijenta nije prvenstveno uzrokovan od strane ljekara, već je često posljedica same bolesti (Mujović-Zornić, 2004). Kada je liječenje pacijenta prihvaćeno u medicini i kada postoji pristanak pacijenta za liječenje, zdravstveni radnici ne mogu biti smatrani odgovornima po principu objektivne odgovornosti.

Prema autoru Ivici Crniću, ljekar može biti oslobođen od odgovornosti za nastalu štetu pod određenim uvjetima. To uključuje situacije gdje se dokaže da nema uzročne veze između postupaka ljekara i nastale štete, kada se utvrdi da je riječ o predviđenoj komplikaciji ili ako se dokaže da je šteta nastala zbog vanjskih faktora poput postupaka pacijenta ili trećih osoba (2008).

4.3.2. Princip subjektivne odgovornosti

U kontekstu subjektivne odgovornosti za štetu, postoje dva koncepta, jedan kada se radi o odgovornosti gdje se krivica ljekara dokazuje i drugi kada se krivica pretpostavlja. Pretpostavka krivnje je oblik odgovornosti koji je najblaži i implicira običnu nepažnju štetnika. Ljekar je dužan da postupa *lege artis* i da primjenjuje stručno znanje i opšta medicinska dostignuća, a medicinske radnje su protivpravne samo ako su obavljenje suprotno pravilima struke. Kada ljekar napravi grešku, mora se uzeti u obzir prosječni zahtjevi pažnje prema specijalosti ljekara te socioekonomski uslovi u kojima radi. Greške ljekara mogu biti dopustive i nedopustive ili obične i grube i ne povlači svaka greška samo građansko pravnu odgovornost za štetu. Ljekarska greška je uslov bez koje šteta ne bi postojala, ona je pravni pojam i o njoj odlučuje sud. Ako više ljekara radi u timu te izazovu štetu posljedicu, u tom slučaju odgovara poslodavac. ” Za štetu koju radnik u radu ili u vezi sa radom prouzrokuje trećem licu, odgovara preduzeće u kojem je radnik radio u trenutku prouzrokovanja štete, osim ako dokaže da je radnik u datim okolnostima postupao onako kako je trebalo” (Član 170. Stav 1. ZOO), “Oštećeni ima pravo zahtijevati naknadu štete i

neposredno od radnika ako je štetu prouzrokovao namjerno” (Član 170. Stav 2. ZOO). Zdravstvena ustanova može uvijek od ljekara (radnika) zahtjevati naknadu plaćenog iznosa s tim da to pravo zastarijeva za 6 mjeseci od dana isplaćene naknade štete. Ako se u praksi ne može utvrditi koji dio štete je prouzrokovao koji ljekar u timu, tada su jednako odgovorni i podliježu solidarnoj odgovornosti (Član 206. Stav 1. ZOO).

Kada razmatramo odgovornost temeljenu na načelu krivnje, ili subjektivnu odgovornost, to uključuje zahtjev da štetnik osim ostalih pretpostavki za nastanak odštetne odgovornosti, također bude kriv za nastalu štetu. Krivnja predstavlja subjektivni odnos štetnika prema šteti koja je nastala. Sudska praksa, potvrđena od strane Općinskih sudova i Vrhovnog suda FBiH, u slučajevima odgovornosti zdravstvenih ustanova za štete uzrokovane medicinskim intervencijama, ističe isključivu primjenu subjektivne odgovornosti.

4.4. Krivična odgovornost

Najteža vrsta odgovornosti koju ljekar može snositi jeste krivična odgovornost. Ljekareva neprofesionalnost i nepoštivanje stručnih pravila direktno ugrožava zdravlje ljudi i nosi opasnost koja se proteže na opću dobrobit. Važno je naglasiti da postupci koji su poduzeti u svrhu liječenja, u skladu s medicinskim standardima, ne smatraju se nezakonitima.

Krivični zakon Federacije Bosne i Hercegovine opisuje četiri krivična djela koja nazivamo i specijalna krivična djela, tzv. *delicta propria*, odnosno njihov učinilac može biti samo doktor medicine, doktor stomatologije i drugi zdravstveni radnik. To su: nesavjesno liječenje (Član 229.), samovoljno liječenje (Član 230.), nedozvoljeno presađivanje dijelova ljudskog tijela (Član 231.) i nepružanje medicinske pomoći (Član 232.). Prelazak postupanja ljekara iz oblasti spašavanja u oblast ugrožavanja zdravlja i života pacijenta je ulazak u sferu krivičnog prava. Medicinska intervencija koja je izvršena *de lege artis* ne ulazi u domen kriminalnog ponašanja. Ali ako nedostaje neki od elemenata onda taj zahvat može imati i krivičnopravne posljedice (Zagrađanin, 2007).

Kazneno djelo nesavjesnog liječenja, u ostatku država zapadne Europe i SAD-a, kao takvo ne postoji, nego ljekar odgovara također kazneno, ali u smislu ubistva iz nehata ili nanošenja teške tjelesne ozljede. Ovo djelo je zadržano ne samo u BiH zakonu nego i u Hrvatskoj, što se može djelomično pripisati tradiciji, jer ovo djelo postoji još od 1852. godine kada je preuzeto iz Krivičnog zakona Austrije (Bošković, 2007).

Prema Članu 229. Krivičnog zakona FBiH, doktor medicine ili doktor stomatologije koji obavljajući svoju dužnost, primjeni očito neprikladno liječenje ili ne poduzme odgovarajuće higijenske mjere te tako dovede do pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta, bit će kažnjen kaznom zatvora do tri godine. Prema stavu 2. istog člana, kaznit će se i drugi zdravstveni radnik, sa istom kaznom, koji pri pružanju medicinske pomoći ili njege postupi nesavjesno i tako uzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja pacijenta. Ako ljekar, stomatolog ili drugi zdravstveni radnik počini kazneno djelo iz stava 1. ovog člana iz nehata, bit će kažnjen

kaznom zatvora do jedne godine. U kontekstu ovog zakona riječ očito – očito nesavjesan postupak podrazumjeva očito nepostupanje prema pravilima zdravstvene struke. Nesavjestan postupak ljekara može biti i neindicirana upotreba invazivnih dijagnostičkih pretraga koje zahtjevaju informisani pristanak pacijenta. Nesavjesno liječenje objedinjuje dvije komponente kaznenog djela, tako da jedan dio zakona govori o djelovanju odnosno nedjeljovanju ljekara, a drugi dio zakona govori o štetnim posljedicama za bolesnika. Kada se utvrdi štetna posljedica po bolesnika, tada imamo sastavni dio kaznenog djela i elemente za podizanje optužnice. Štetna posljedica za pacijenta je zapravo pogoršanje zdravlja ili pojava neke nove bolesti, kada je nanoseno ljekarskim djelovanjem ili nedjelovanjem. U stvarnosti, sporovi između pacijenata i ljekara traju godinama i zahtjevaju vještačenja. Kada vještak utvrdi da nema elemenata nesavjesnog liječenja, nego da je riječ o prirodnom toku bolesti, tada ljekar nije odgovoran. U ovom kontekstu bitno je razlikovati više pojmova, kao što su krivnja, pogreška i komplikacija. Krivnja se utvrđuje suđenjem, pogreška sudsko-medicinskim vještačenjem, a komplikacija “subinski tok bolesti”. Incident koji nastaje tokom tretmana, nije automatski komplikacija, nego se to utvrđuje vještačenjem, a ko je kriv određuje sudac pravomoćnom presudom. Edukacijom ljekara i studiranjem na Medicinskom fakultetu, oni se uče da prate najnovije smjernice i kontinuirano nadopunjuju svoje znanje. Kada ljekar dobije dozvolu za obavljanje profesionalne djelatnosti tada počinje i njegova profesionalna odgovornost. Ljekarska pogreška je cjelokupan spektar ljekarskog djelovanja, od prvog kontakta sa pacijentom, od prve anamneze, prvog pregleda, postupanja po pravilima asepsa, kasno prepoznata komplikacija. Uz sve ove komponente mora postojati i pravilna organizacija medicinske službe i ispoštovani svi administrativni koraci pri liječenju pacijenta. U zakonu “očito” prilikom vještačenja podrazumjeva ono što je očito nepodobno, očito odstupanje od pravila struke i očito nesavjesno, te je to očito ono što se ne slaže sa elementima zdravstvenog postupanja koji se po protokolima uče na Medicinskom fakultetu. Ako liječnik nepravilno primijeni ili očito neprimijeni svoje obrazovanje iz fakultetskog studija te prouzrokuje štetu pacijentu, to može biti karakterizirano kao kazneno djelo nesavjesnog liječenja. U medicinskoj praksi, važno je poštovati protokole, smjernice i dokaze utemeljene na medicinskoj znanosti kako bi se osigurala korist i sigurnost pacijenta. S obzirom na raznolikost mišljenja među stručnjacima u medicini, postoji više priznatih pristupa liječenju različitih bolesti. Liječnik ima slobodu odabrati najprikladniji način liječenja ili postupak za pacijenta na temelju vlastitog iskustva i procjene (Radišić J. medicinsko pravo, Fakultet za poslovno pravo, Beograd Novos, Beograd, 2004). Ljekar treba svakodnevno primjenjivati znanje stečeno tokom profesionalne karijere, počevši od obrazovanja na Medicinskom fakultetu, znanje stečeno na specijalizaciji, kontinuiranim edukacijama i strulnim usavršavanjima. U praksi, on treba da odabere ono što je najbolje za svog pacijenta, obećavajući uspjeh and rizikom, kretajući se sigurnim putem za sebe i za pacijenta, izbjegavajući eksperimentalne ili neprovjerene metode liječenja. Nesavjesno ponašanje može dovesti do ozbiljnih komplikacija i zdravstvenog pogoršanja kod pacijenta.

U Krivičnom zakonu dalje se opisuje (prema članu 230) da će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do šest mjeseci kazniti onaj ko drugog bez pristanka liječi. Kada se radi o doktoru medicine ili stomatologije koji preuzme zahvat and tijelom drugog, bez valjanog i

izričitog pristanka, kaznit će se novčanom kaznom ili zatvorskom kaznom do jedne godine. Ako osoba nije pri svijesti ili je nesposobna za rasuđivanje a životno je ugrožena i onemogućeno je čekanje dozvole zakonskog zastupnika ili člana uže porodice, a učini se zahvat nad tom osobom, tada nema krivičnog djela.

Kontinuirani napredak medicine znači i primjenu sofisticiranih medicinskih tehnologija, odnosno povećanu odgovornost ljekara. Ljekar je danas u mogućnosti da koristi napredne tehnike, posebno u operativnim zahvatima (upotreba robota, laparoskopska hirurgija u odnosu na otvoreni pristup), sve radi pomoći pacijentima, a istovremeno uz rizik od zloupotrebe ovlasti i eksperimentisanjima koja bi mogla naštetiti pacijentu. Transplantacija organa je uvijek aktuelna tema u medicini, iako u našoj državi ne toliko rasprostranjena, za razliku od susjedne Republike Hrvatske. To je široko prihvaćeni učinkoviti oblik liječenja, koji pridonosi produženju života i u velikoj mjeri poboljšava kvalitet života jednog pacijenta. U svakoj državi, transplantacija je regulisana posebnim zakonskim okvirom.

S obzirom na kontinuirani napredak medicine i primjenu sofisticiranih medicinskih tehnologija, odgovornost liječnika znatno je povećana. Dok je liječnik u mogućnosti koristiti napredne tehnike, posebno u operativnim zahvatima, radi pomoći pacijentima, istovremeno postoji i rizik od zloupotrebe ovlasti i eksperimentiranja koje bi moglo naštetiti pacijentima. Transplantacija organa postala je široko prihvaćena kao učinkovit oblik liječenja, pridonoseći produženju života i poboljšanju kvalitete života. Međutim, zbog njezine invazivnosti i složenosti, ovaj oblik terapije reguliran je posebnim zakonskim okvirom u svakoj državi (Radišić, 2008). Sve veća potražnja za organima i veći broj transplantacija nametnuli su precizne zakonske regulacije. Tako u Krivičnom zakonu član 231. govori o nedozvoljenom presađivanju djelova ljudskog tijela i kaznama za isto. Onaj ko neopravdano uz pristanak ili opravdano bez pristanka živog davaoca uzme ili presadi dio ljudskog tijela, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do tri godine. Kazna je zatvorom od šest mjeseci do pet godina, ako se neopravdano i bez pristanka živog davaoca uzme ili presadi dio ljudskog tijela. Ako se uzme dio tijela umrle osobe, prije utvrđene smrti na propisan način, kaznit će se zatvorskom kaznom od tri mjeseca do tri godine. Novčanom kaznom ili kaznom zatvora do jedne godine kaznit će se onaj ko uzme dio tijela umrle osobe koja se tome tokom života izričito pisano protivila, ili maloljetne ili duševno bolesne osobe, bez pristanka. Posljedni stav člana 231. Krivičnog zakona opisuje da su kazne veće kada se navedena krivilna djela učine od strane doktora medicine.

Ljekarske pogreške, kao što smo ranije spomenuli ili nastaju ljekarskim djelovanjem ili nedjelovanjem. Nepružanje medicinske pomoći u stanjima koja su hitna, jedan je od oblika ljekarskih propusta. Nepružanje medicinske pomoći, opisano je u članu 232. Krivičnog zakona, gdje se kaže da zdravstveni djelatnik, ljekar i stomatolog, koji ne pruži hitnu medicinsku pomoć, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine. U hitnim situacijama, nepružanje odgovarajuće medicinske pomoći može imati ozbiljne posljedice, čak do smrtnog ishoda pacijenta, za što ljekar može biti kažnjen. U ovim slučajevima, utvrđivanje krivnje nije teško, za razliku od drugih situacija nesavjesnog liječenja. Iako ljekar nije dužan

rizikovati vlastiti život pružajući pomoć u opasnim okolnostima, obvezan je pružiti hitnu pomoć kada je pacijentov život direktno ugrožen, a to vrijedi i u slučajevima epidemija, kada je dužan intervenirati kako bi zaštitio živote zaraženih osoba. Pružanje medicinske pomoći u hitnim situacijama ne ovisi o financijskim ili ličnim motivima te nedostatak reakcije u tim situacijama može biti kažnjiv kao djelo nečinjenja, uz uslov da postoji neposredna opasnost po život.

Prema članu 17. i članu 45. Zakona o krivičnom postupku FBiH, krivični postupak, u slučaju postojanja krivičnog djela, može se pokrenuti i provesti samo po zahtjevu nadležnog tužioca koji u tom slučaju preduzima potrebne mjere s ciljem otkrivanja i provođenja istrage. Kada postoji sumnja da se počinilo krivično djelo protiv zdravlja ljudi, to isto djelo se prijavi policijskoj upravi koja je nadležna i dužna da obavijesti tužioca, u roku koji je zakonski utvrđen. Tužitelj može i bez policijske uprave da pokrene postupak i istragu, ako sazna da postoji sumnja o krivičnom djelu. Nakon toga se provodi istraga protiv osumnjičenog, kada tužitelj ispituje osumnjičenog, saslušava svjedoke, naređuje vještačenja, te ako utvrdi da postoje osnovane sumnje o krivičnom djelu, podiže optužnicu. Za dokazivanje krivičnog djela možemo reći da su medicinska vještačenja najbitnija, ali su vrlo često pristrasna zbog ljekarske solidarnosti. Vještaku se postavljaju isključivo medicinska a ne pravna pitanja. Krivično gonjenje za krivična djela je u Federaciji Bosne i Hercegovine, odnosno u Zeničko-dobojskom kantonu rijetko, te su odluke uglavnom negativne (naredba o neprovođenju istrage ili o obustavi istrage) i rijetko se podižu optužnice, za razliku od zemljala Zapadne Europe. Istraga će se obustaviti, prema nadležnosti tužitelja onda kada tužitelj smatra da djelo nije krivično; postoje okolnosti koje isključuju krivičnu odgovornost (osim člana 220. ovog Zakona); nema dovoljno dokaza; djelo je obuhvaćeno amnestijom, pomilovanjem ili zastarom, ili postoje druge smetnje koje isključuju krivično gonjenje (Član 239. Stav 1. ZKP).

O obustavi istrage i njenim razlozima, tužitelj će u pisanoj formi obavijestiti oštećenog i osumnjičenog kao i osobu koja je prijavila krivično djelo. Tužitelj može ponovo otvoriti istragu ako se dobiju nove činjenice i okolnosti koje ukazuju da postoje osnovi sumnje da je osumnjičeni počinio krivično djelo. Ako tokom istrage tužilac pronade dovoljno dokaza koji potvrđuju sumnju za počinjenje krivičnog djela, on će pripremiti optužnicu i istu prosljediti sudiji za prethodno saslušanje. O daljim postupcima tužioca i sudije kao i o sadržaju optužnice govore članovi 241. 242. 243. Zakona o krivičnom postupku Federacije BiH. Kada se potvrdi optužnica, sudija zakazuje ročište za izjašnjenje o krivnji optuženog. Ako optuženi prizna krivnju, sud postupka prema članu 245. ZKPBiH, a ako ne prizna, zakazuje se glavni pretres te se primjenjuju odredbe članova 249.-294. istog zakona. Presudom se može optužba odbiti, optuženi osloboditi od optužbe te okriviti.

O sadržaju presude nam govori član 305. ZKPBiH gdje bi izdvojili stav 3. koji kaže da „Izreka presude sadrži osobne podatke o optuženom i odluku kojom se optuženi oglašava krivim za krivično djelo za koje je optužen ili kojom se oslobađa od optužbe za to djelo ili kojom se optužba odbija“ i stav 4. „... izreka presude mora obuhvatiti opis djela za koje je

optužen...“. Pravo na žalbu i sadržaj žalbe te žalbeni osnovi sadržani su u članovima 307., 310. i 311. ranije navedenog zakona.

Krivična djela protiv zdravlja ljudi mogu biti učinjena sa umišljajem ili nehatom. Krivično djelo sa direktnim umišljajem je ono djelo gdje je učinitelj bio svjestan svog djela i htio njegovo učinjenje, dok je eventualni umišljaj onda kada je učinitelj bio svjestan da zbog činjenja ili nečinjenja tog djela, može nastupiti zabranjena posljedica, ali je pristao na njeno nastupanje (Član 37. Krivičnog zakona FBiH). Isto tako krivično djelo može biti počinjeno iz svjesnog ili nesvjesnog nehata. Počinitelj postupa svjesnim nehatom kada je svjestan da bi njegovo djelovanje ili propusti mogli rezultirati zabranjenim posljedicama, ali je s lakoćom vjerovao da se to neće dogoditi ili da će moći spriječiti te posljedice. Prema članu 38. Krivičnog zakona FBiH, Nesvjesni nehat podrazumijeva da počinitelj nije svjestan mogućnosti nastanka zabranjenih posljedica, iako je bio dužan i trebao biti svjestan te mogućnosti.

Postojanje krivične odgovornosti ljekara zahtjeva postojanje teške ili grube ljekarske greške, tj. greške kojom se krše pravila medicinske struke. Između radnji ljekara i greške mora postojati uzročna posljedična veza, te da je djelo počinjeno sa umišljajem ili nehatom. Za medicinsku grešku uvijek postoji odgovornost, dok za komplikaciju ljekar ne snosi krivicu. Krivica se u krivičnom pravu cijenu drugačije nego u građanskom. Krivica se utvrđuje prema subjektivnom mjerilu za pažnju, tj. krivim se smatra samo onaj ljekar koji je prema svojim ličnim sposobnostima i individualnim znanjima bio sposoban da se ponaša onako kako se od njega očekuje. Ali krivo postupa i onaj ljekar koji preuzme neku radnju iako zna da mu za to nedostaje potrebno znanje ili ako uprkos znanju nije u stanju postupiti kako valja iz nekog drugog razloga. Ljekarska greška nije dovoljna da bi ljekar odgovarao (Radišić, 2007).

Dana 25.01.2024. godine Tužilaštvu Zeničko-dobojskog kantona, obratila se autorica ovog rada sa zahtjevom za pristup informacijama u kojem je traženo da se dostave podaci o broju pokrenutih postupaka i vođenih istraga protiv ljekara vezano za obavljanje ljekarske djelatnosti u periodu od 2012-2023. godine kao i specijalnosti tih ljekara, broj istraga koje su rezultirale podizanjem optužnice vezano za isto, broj postupaka koji je okončan osuđujućom presudom i izrečene sankcije za osuđene ljekare.

Na osnovu člana 142. stav 2. i člana 19. Zakona o slobodi pristupa informacijama u Federaciji BiH („Službene novine F BiH“ broj: 32/01 i 48/11) i Upustva za provođenje Zakona o slobodi pristupa informacijama („Službene novine F BiH“ broj 57/01), odobrio se pristup traženim informacijama na osnovu Rješenja broj: 06/05-06-1-82-1/24, dana 12.02.2024.

Na osnovu zahtjeva autorice ovog rada i uvidom u evidenciji Kantonalnog tužilaštva Zeničko-dobojskog kantona utvrđeno je sljedeće:

U Kantonalnom tužilaštvu Zeničko-dobojskog kantona u periodu od 2012-2023. godine bilo je ukupno 30 prijava protiv ljekara, na osnovu kojih su formiranu predmeti, od kojih se:

- 15 prijava odnosilo na ljekare specijaliste hirurgije;
- 1 prijava se odnosila na ljekara specijalistu interne medicine;
- 4 prijave su se odnosile na doktore opšte medicine;
- 1 prijava se odnosila na ljekara specijalistu ortopedije;
- 1 prijava se odnosila na ljekara specijalistu kardiologije i
- 8 prijava koje su se odnosile na ljekara specijalistu ginekologije.

Od ukupnog broja zaprimljenih prijava protiv ljekara specijalista hirurgije:

- 12 predmeta je u fazi prijave,
- U 2 predmeta je donesena naredna o obustavi istrage,
- 1 predmet je u fazi istrage.

Jedna prijava protiv ljekara interniste – predmet je završen donošenjem naredbe o obustavi istrage.

Od ukupnog broja zaprimljenih prijava protiv ljekara opšte medicine:

- U 3 predmeta donesena je naredba o neprovođenju istrage,
- 1 predmet je u fazi istrage.

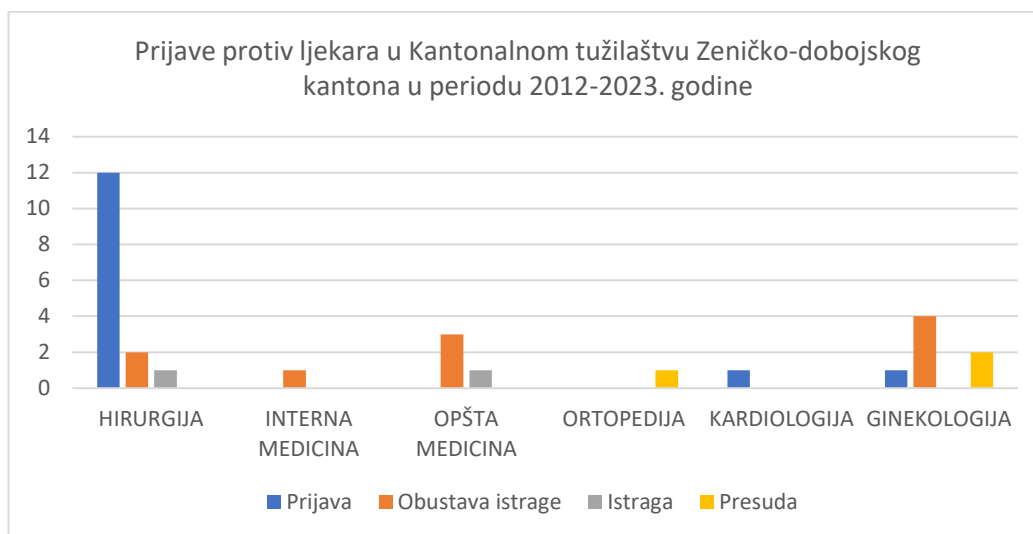
Od ukupnog broja zaprimljenih prijava protiv ljekara specijalista ginekologije:

- 1 predmet je u fazi prijave,
- 4 predmeta okončana donošenjem naredbe o obustavi istrage,
- U 1 predmetu podignuta optužnica,
- U 2 predmeta donesena presuda (u jednom predmetu izrečena kazna zatvora a u drugom predmetu uvjetna osuda)

Jedna prijava protiv ljekara specijaliste kardiologije je u fazi prijave.

Jedna prijava protiv ljekara specijaliste ortopedije – predmet je okončan presudom po optužnici ovog Tužilaštva kojom je izrečena kazna zatvora (vidjeti Tabelu 1.).

Tabela 1. Prikaz prijave protiv ljekara koje su podnešene Kantonalnom tužilaštvu Zeničko-dobojskog kantona za period 2012-2023 godine, te prikaz specijalnosti protiv kojih su prijave podnešene.



Izvor: autor

Na temelju ovog istraživanja, dolazimo do zaključka da su područja hirurgije i ginekologije najčešće predmet tužbi, što znači da su liječnici u tim specijalnostima najviše podvrgnuti sudskoj analizi njihovog pruženog medicinskog tretmana pacijentima. Međutim, nije nužno da najveći broj grešaka u liječenju proizlazi iz tih medicinskih područja, već se razlozi za najviše tužbi u tim područjima medicine mogu pronaći u logičkim i ljudskim faktorima. Na primjer, ginekologija je poznata kao osjetljiva medicinska disciplina u kojoj se zdravstvena njega pruža vrlo osjetljivim skupinama populacije, poput trudnica, gdje se prilikom poroda otkrivaju moguće greške koje su se mogle dogoditi tijekom praćenja trudnoće. Često se događa da se tijekom praćenja trudnoće propusti u dijagnostici, što rezultira neotkrivanjem prirođenih malformacija ili genetičkih abnormalnosti fetusa koje postaju vidljive tek nakon rođenja djeteta. S druge strane, hirurgija kao grana podrazumijeva da se hirurškom tretmanu pristupa onda kada konzervativne metode ne daju rezultate, što je također očekivano jer su rezultati liječenja u kirurškim disciplinama najvidljiviji. Potrebno je spomenuti i ortopediju kao hiruršku disciplinu gdje nije iznenađujuće da pacijenti nisu uvijek zadovoljni krajnjim rezultatom liječenja i da se odlučuju za pokretanje tužbi.

4.5. Prekršajna odgovornost

Odgovornost zdravstvenih radnika za prekršaje regulirana je putem tzv. „stručnih zakona“, koji regulišu određenu zdravstvenu djelatnost te sadrže odredbe koje definišu određena ponašanja kao prekršaje. Osim definisanja samih prekršaja, ovi zakoni također određuju kazne za takva ponašanja. Prekršaji su oblici kažnjivih djela koji spadaju u područje krivičnog prava u najširem smislu jer ugrožavaju određene zaštićene interese. Ipak, postoji

razlika u težini kazne koja se izriče počiniteljima, što je aspekt koji može biti predmet kritike i koji nije uvijek precizno definiran.

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata osigurava jednak pristup zdravstvenoj zaštiti i promiče partnerski odnos između ljekara i pacijenta. Prema odredbama ovog zakona, propisane su novčane kazne za prekršaje zdravstvenih ustanova u slučajevima kada:

1. Odbiju pružiti informacije ili obavještenja na zahtjev pacijenta, suprotno članovima 8, 9, 10, 11 i 12 ovog zakona.
2. Odbiju primiti obavještenja od pacijenta, suprotno odredbama članova 13, 14 i 15 ovog zakona.
3. Poduzmu medicinsku mjeru nad pacijentom bez njegovog pristanka, osim u slučajevima kada bi nedjelovanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta, u skladu s člancima 17. i 18. ovog zakona.
4. Postupe suprotno odredbama članova 20. do 24. ovog zakona.
5. Povrijede pravo pacijenta na povjerljivost informacija, privatnost, i tajnost podataka, kako je definirano u člancima 25, 26, 27, 28 i 29 ovog zakona, kao i pravo na lično dostojanstvo i privatnost iz člana 30 ovog zakona.
6. Ne održavaju urednu, tačnu i pravodobnu medicinsku dokumentaciju, u skladu s članom 34, stavkom 1 ovog zakona.
7. Postupe suprotno članu 37 ovog zakona u slučaju samovoljnog napuštanja zdravstvene ustanove od strane pacijenta.
8. Ne informiraju pacijenta o preventivnim mjerama i očuvanju zdravlja, kako je propisano u članu 40 ovog zakona.
9. Poduzmu druge radnje koje su suprotne odredbama ovog zakona, kao i propisima donijetim na osnovu ovog zakona.

Pored novčanih kazni, počinioc prekršaja može dobiti zabranu vršenja djelatnosti u periodu od šest mjeseci ako:

1. Pacijentu uskrati informacije o njegovim pravima, obavezama, zdravstvenom stanju.
2. Preduzme neku medicinsku mjeru nad pacijentom bez pristanka pacijenta, osim kada je život pacijenta ugrožen tj. u hitnim medicinskim slučajevima.
3. Povrijedi pacijentovo pravo na povjerljivost informacija i naruši njegovu privatnost.

4.6. Disciplinska odgovornost

Ljekarska komora Zenično-dobojskog kantona ima nadležnost u vođenju disciplinskog postupka te se taj postupak može samo voditi protiv ljekara koji je član te iste Komore.

U skladu sa članom 2. Pravilnika o odgovornosti članova komore Zeničko - dobojskog kantona povrede dužnosti i ugleda ljekarske struke obuhvataju:

- Kršenje etičkih načela propisanih Kodeksom medicinske etike i deontologije,
- Obavljanje dodatnog rada na način koji je suprotan odredbama Zakona i Pravilnika,
- Pravomoćna sudska odluka kojom je ljekaru izrečena mjera zabrane obavljanja ljekarske djelatnosti,
- Pravomoćna sudska presuda kojom je ljekar proglašen krivim za počinjenje krivičnih djela protiv zdravlja ljudi, podmićivanje i druge oblike službene odgovornosti, kako je propisano krivičnim zakonima Federacije.

Član Komore Ze-Do kantona može, u slučaju da povrijedi dužnost i ugled ljekarskog zvanja, biti opomenut, javno opomenut, može mu se privremeno oduzeti odobrenje za samostalni rad (na period od tri, šest, devet i dvanaest mjeseci), trajno izgubiti licencu i biti proglašen nedostojnim za obavljanje ljekarske djelatnosti (Član 3.).

Ako je ljekar kriv za počinjenje krivičnog djela protiv zdravlja ljudi, krivičnog djela podmićivanja i krivičnog djela protiv službene i druge odgovornosti, utvrđenih krivičnim propisima Federacije, Komora može proglasiti ljekara nedostojnim za obavljanje ljekarske djelatnosti (Član 6.).

Pokretanje postupka za utvrđivanje povrede dužnosti i ugleda ljekarskog zvanja može biti od strane svakog člana komore, svih organa i Komisije komore, sudskih, inspekcijih i drugih državnih organa. Tužitelj komore je organ komore kojeg čine Tužitelj i tri zamjenika Tužitelja (Član 8. i 9.). Tužitelj komore dužan je pokrenuti postupak protiv ljekara u roku od 15 dana. Za vođenje postupka ovlašteni su tužitelj komore i sud komore. O odgovornosti člana komore odluku donosi vijeće suda komore (sastoji se od pet članova uključujući i predsjednika suda) (Član 12. i 24.), a odluke mogu biti: da se obustavi postupak; da se oslobodi član komore od odgovornosti ili da se izrekne odgovarajuća mjera. Protiv odluke suda komore u roku od 15 dana, može se izjaviti žalba sudu ljekarske/liječničke komore FBiH, kada se pokreće drugostepeni disciplinski postupak. Odluka suda ljekarske/liječničke komore FBiH je konačna i protiv iste se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim sudom (Član 30. i 31.).

Prema članu 3. Pravilnika o drugostepenom disciplinskom postupku pred Ljekarskom/Liječničkom Komorom FBiH ljekar može biti disciplinski odgovoran ako:

1. Prekrši odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o liječništvu,
2. Prekrši odredbe Kodeksa medicinske etike i deontologije,
3. Neadekvatno obavlja svoju ljekarsku profesiju,
4. Ponašanjem prema pacijentu, drugom ljekaru ili trećim osobama narušava ugled ljekarske profesije,
5. Ne ispuni određene članske obveze prema Komori, koje su utvrđene Statutom ili drugim općim aktima,
6. Počini krivično djelo koje ga čini nedostojnim za obavljanje ljekarske djelatnosti.

Krivična, prekršajna ili disciplinska odgovornost ne isključuje disciplinsku odgovornost ljekara pred komorom. Disciplinski postupak komore, može biti prekinuti onda kada se protiv ljekara, za isto djelo, pokrene postupak pred sudom ili organom uprave BiH ili kod poslodavca (Član 4.). Ako prođu tri godine od dana počinjenja disciplinske povrede, disciplinski postupak se ne može pokrenuti. Zastara izvršenja disciplinske mjere nastupa protekom dvije godine od konačnosti odluke kojom je disciplinska mjera izrečena (Član 9.).

Disciplinske povrede se mogu okarakterisati kao lakše, teže i teške. Sud komore u svakom pojedinačnom slučaju određuje stepen težine povrede. U drugostepenom postupku po žalbi na odluku kantonalne komore, sud komore ne može disciplinsku povredu ocijeniti kao težu od povrede naznačene u prijavi, odnosno odluci. Za lakše disciplinske povrede, ljekaru se može izreći opomena, za teže: ukor, javni ukor, privremeno oduzimanje licence do šest mjeseci i privremeno oduzimanje licence od šest mjeseci do jedne godine (Član 30. i 31.). Kada se okonča drugostepeni disciplinski postupak i kada odluka suda postane konačna, izvršavaju se i disciplinske mjere. Odluke suda će izvršiti komora čiji je ljekar član. Sve druge disciplinske mjere, osim trajnog oduzimanja licence, brišu se iz evidencije i nisu konačne (Član 33. i 35.).

4.7. Pojam i vrste štete

Kao i u svakoj djelatnosti, tako i u zdravstvu, mogu nastati štete prema onima koji zdravstvo koriste. Iako oštećeni može svojom namjernom radnjom uzrokovati smanjenje vlastite imovine, pravno gledano, to se ne smatra štetom. Pravni zahtjevi za priznavanje štete su mnogo strožiji. Prema članu 155. Zakona o obligacionim odnosima FBiH „Šteta je umanjenje nečije imovine (obična šteta – *damnum emergens*) i sprečavanje njezina povećanja (izmakla korist – *lucrum cessans*), a i nanošenje drugom fizičkog ili psihičkog bola ili straha (nematerijalna šteta).“

Pravna teorija i praksa općenito prihvataju da šteta, u pravnom smislu, obuhvata smanjenje vrijednosti koju oštećena strana pretrpi na svojim pravno zaštićenim dobrima. Ovdje, pravno

zaštićena dobra ne obuhvataju samo imovinu ili povredu subjektivnih prava, već također uključuju povredu ili ometanje ostvarivanja pravno zaštićenih interesa (Trnavci, 2003). Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata propisano je pravo pacijenata na naknadu štete. Pacijent koji pretrpi štetu na svom tijelu uslijed stručne greške zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika tokom pružanja zdravstvene zaštite, ili mu se zdravstveno stanje pogorša uslijed iste, ima pravo na naknadu štete u skladu sa zakonom. U slučaju smrti pacijenta zbog dokazane stručne greške zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika, pravo na naknadu štete ostvaruju pacijentovi nasljednici. Nasljednici imaju pravo na naknadu štete prema redosljedu utvrđenom u članu 29. stavu 3. ovog zakona. Važno je napomenuti da pravo na naknadu štete ne može biti unaprijed isključeno ili ograničeno (Član 44.).

Prema Zakonu o obligacionim odnosima šteta obuhvata ne samo smanjenje nečije imovine (obična šteta), već i sprječavanje njezinog povećanja, što čini izmaklu korist. Navedena dva oblika štete predstavljaju materijalnu štetu, koju oštećeni može pretrpjeti uslijed štetnog događaja. Osim toga, osoba može trpjeti nematerijalnu štetu zbog fizičke i psihičke boli ili straha. U pogledu nadoknade štete u okviru zdravstvene zaštite, Zakon o zdravstvenoj zaštiti reguliše pravne odnose između građana i zdravstvenih ustanova na temelju načela odgovornosti utvrđenih Zakonom. Prema članku 154. stav 1. Zakona o obligacionim odnosima, osoba koja prouzrokuje štetu drugoj strani mora je nadoknaditi, osim ako dokaže da šteta nije rezultat njezine krivnje. Da bi štetnik bio odgovoran za naknadu štete u skladu s članovima 154., 155. i 158. Zakona o obligacionim odnosima, potrebno je zadovoljiti sljedeće zakonske pretpostavke: (1) postojanje štete, (2) da je šteta prouzrokovana protivpravnom radnjom ili propuštanjem, (3) da se radnja ili propuštanje mogu pripisati u krivicu štetnika, te (4) da postoji uzročno-posljedična veza između radnje, odnosno propuštanja i nastale štete. Načini i sredstva dokazivanja ovih pretpostavki bit će razmatrani u nastavku rada. Materijalna šteta je ona šteta koja se može imovinski, ekonomski izraziti i za koju se može izraziti novčani ekvivalent. To može uključivati razliku u vrijednosti imovine oštećene strane prije i nakon štetnog događaja. Podjela štete po rimskom pravu na stvarnu štetu (*damnum emergens*) i izmaklu korist (*lucrum cessans*), zadržala se do danas.

Osoba koja prouzrokuje tjelesnu povredu ili oštetiti zdravlje drugoj osobi mora nadoknaditi troškove liječenja i ostale povezane izdatke, uključujući i gubitak zarade zbog nesposobnosti za rad u tom periodu. Ukoliko povrijeđena osoba, zbog potpune ili djelomične nesposobnosti za rad, doživi gubitak prihoda, povećane životne troškove ili oštećenje ili smanjenje mogućnosti daljnjeg razvoja i napredovanja, odgovorna strana je dužna isplatiti novčanu naknadu kao kompenzaciju za takvu štetu. U slučaju tužbi za naknadu materijalne štete prouzrokovane medicinskom greškom, često se zahtijeva nadoknada izgubljene zarade zbog nemogućnosti obavljanja uobičajenih poslova tokom perioda liječenja (Član 195. Zakona o obligacionim odnosima). Sprječavanje povećanja imovine nekog pojedinca predstavlja izmaklu korist kao oblik materijalne štete. Izmakla korist je izgubljena korist koja bi se sigurno ostvarila prirodnim i uobičajenim tokom da nije bilo radnje štetnika. Kod naknade štete zbog medicinskih grešaka ili komplikacija, tužitelji često naglase i potrebu za

nadoknadom izmakle koristi zbog nemogućnosti obavljanja uobičajenih poslova tokom razdoblja liječenja.

Izmakla korist predstavlja veliki izazov za dokazivanje u sudskim procesima, i rijetko se traži, zbog toga što bi tužitelj morao dokazati da je postojala mogućnost ostvarenja koristi, kao i namjera i izvjesnost ostvarenja prihoda. Naknada se određuje obično u obliku novčane rente koja može varirati tokom vremena (Član 188. ZOO). Ako povrijeđena osoba zbog potpune ili djelomične nesposobnosti za rad trpi gubitak prihoda, ima povećane potrebe ili trpi zbog nemogućnosti daljeg razvoja ili napredovanja, odgovorno lice je dužno isplatiti rentu kao naknadu za štetu (Član 195.). Sve isplate u vezi sa štetnim događajem uračunavaju se u ukupnu naknadu, uključujući sredstva iz fonda solidarnosti, socijalne pomoći i socijalnog osiguranja (invalidskog, penzijskog, zdravstvenog i sličnih). Ovisno o svrsi tih isplata, mogu se oduzeti od ukupne naknade štete. Tako se šteta koju oštećena strana pretrpi sastoji u razlici između ukupne štete i iznosa koji prima putem navedenih izvora (Presuda Općinskog suda u Zenici, 2016). Važno je napomenuti da se visina rente može mijenjati tijekom razdoblja za koje je određena isplata. Može se povećati na zahtjev oštećene strane ili smanjiti na zahtjev štetnika.

Naknada nematerijalne (moralne) štete je dugo izazivala polemike u pravu i sudskoj praksi. Kako nadoknaditi povredu prava ličnosti ili ugleda? (Bikić, 2007). Zakon o obligacionim odnosima definiše nematerijalnu štetu kao štetu koja proizlazi iz nanijetog fizičkog ili psihičkog bola ili straha prema drugom licu. U slučajevima pružanja zdravstvenih usluga, zahtjevi za naknadu ove štete često su brojni i značajni u iznosima, nadmašujući čak imovinsku štetu. ZOO FBiH postavlja obavezu sudu da pri utvrđivanju odštete za nematerijalnu štetu, uzme u obzir važnost povrijeđenog dobra, svrhu naknade, te da se ne dopusti neprikladnim zahtjevima. Sud ima diskrecijsko pravo u određivanju visine odštete, unutar okvira postavljenih zahtjevima oštećene strane. U našem zakonodavstvu, ovaj oblik štete se nadoknađuje putem novčane odštete za pretrpljene fizičke bolove, emocionalnu patnju zbog smanjenja kvaliteta života, narušavanje ugleda, časti, slobode ili prava ličnosti, smrt bliske osobe, kao i za doživljeni strah. Visina odštete se utvrđuje temeljem stručnih vještačenja. Važno je napomenuti da ovaj oblik odštete ne služi za povrat, s obzirom da je on nemoguć, nego mu je svrha pružiti oštećenom neku formu zadovoljstva zbog pretrpljenih šteta. Međutim, zakonodavac je uveo ograničenja kako bi spriječio zloupotrebu ovog mehanizma, obavezujući sud da pažljivo procijeni okolnosti slučaja, uključujući intenzitet boli i straha te njihovo trajanje, kako bi se opravdala naknada štete.

U slučajevima odštete za smrt bliske osobe, sud može dodijeliti članovima uže porodice (bračni partner, djeca i roditelji) pravednu naknadu za njihovu emocionalnu bol, dok se braći i sestrama isplaćuje naknada samo u slučaju postojanja trajnije zajednice života. Kada je riječ o teškim invaliditetima, odšteta se može dodeliti samo bračnom partneru, djeci i roditeljima, dok vanbračni partner ima pravo na naknadu samo ako postoji trajnija zajednica života. Zahtjev za naknadu nematerijalne štete zbog teškog invaliditeta može se opravdano istaknuti samo za vrijeme života oštećenog, budući da se prema odredbama člana 204

Zakona o obligacionim odnosima, prenos nematerijalne štete na nasljednike može obaviti samo ako je priznat pravosnažnom sudskom odlukom ili sporazumom (Član 200. Stav 2. ZOO).

Sa napretkom nauke i tehnologije, u medicini se javljaju i nove metode u liječenju, a samim time i nove greške u medicinskim intervencijama. Nove intervencije daju i nove odgovornosti ljekara kao i potrebu da se oni zaštite od posljedica tih intervencija. Osiguranje od odgovornosti se pojavljuje još u dobu Stare Grčke, a predstavlja finansijsku zaštitu koja bi pružila ljekarima mogućnost da se bave svojim poslom bez brige i bez straga o neželjenim posljedicama, a pacijentu bi pružilo sigurnost da nadoknadi štetu od osiguranja, a ne od ljekara. Propusti pri liječenju su na četvrtom mjestu uzroka smrtnosti i trećina od toga je prouzrokovana greškama ljekara (Proso, 2007). Skandinavske zemlje imaju osiguranje od štete nastale profesionalnom djelatnošću tzv. „Skandinavsko osiguranje“ ili „no fault-osiguranje“, kod koga je bitno utvrditi uzročnu posljedičnu vezu između štete i štetne radnje da bi se osiguranje moglo i naplatiti. U našoj državi, Bosni i Hercegovini osiguranje od štete nanesene pacijentu nije zakonski uređeno, tj. ne postoji obaveza da se ljekari osiguraju od odgovornosti za štetu koju prouzrokuju obavljanjem svog poziva. Postupci za naknadu štete u slučaju ljekarske greške vode se u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima i Zakonom o parničkom postupku, te su jako skupi. Naknada štete se na ovaj način ostvaruje u zemljama kao što su Italija, Austrija, Njemačka, Hrvatska itd. U Bosni i Hercegovini se sve više razgovara na temu osiguranja od odgovornosti, jer prema zakonskim propisima ljekar nema zakonsku obavezu osiguranja od profesionalne odgovornosti, nego je to njegov slobodan izbor. Kada bi ovakav vid osiguranja zaživio u BiH, smanjilo bi se opterećenje na sudove te bi se na brži način dolazilo do naknade štete (Proso, 1999).

4.8. Struktura parničnih postupaka protiv javnih zdravstvenih ustanova primarne i sekundarne djelatnosti zdravstvene zaštite u ZE DO kantonu FBiH

Da bi utvrdili postojanje građansko pravne, krivične, disciplinske i prekršajne odgovornosti, autorica ovog rada obratila se ustanovama primarne zdravstvene zaštite i to domovima zdravlja: Breza, Doboj Jug, Kakanj, Maglaj, Olovo, Tešanj, Usora, Vareš, Visoko, Zavidovići, Zenica i Žepče. Zatim ustanovama sekundarne zdravstvene zaštite Zeničko dobojskog kantona i to JU Opća bolnica Tešanj i Kantonalna bolnica Zenica, kao i Komori i Tužilaštvu Zeničko dobojskog kantona. Cilj je bio prikupiti podatke o broju i strukturi sporova u periodu od 2012. do 2023. godine. U skladu sa Zakonom o slobodi pristupa informacijama u Bosni i Hercegovini („Službeni glasnik BiH“ broj 28/00) upućena je molba prema navedenim ustanovama, te su se tražile informacije koje se odnose na sljedeće podatke:

1. Koji broj postupaka za naknadu štete je vođen protiv ustanove zbog propusta u radu ljekara za navedeni period?

2. Da li je zbog utvrđene odgovornosti zdravstvene ustanove i opravdanog zahtjeva za naknadu štete vođen regresni postupak izmirenja štete protiv ljekara kao radnika ustanove?
3. Da li su zbog eventualnog propusta u liječenju vođeni disciplinski postupci protiv ljekara i koje su sankcije izrečene?
4. Broj disciplinskih postupaka koji su pokrenuti, ali su rezultirali obustavom postupka?

Javna ustanova DZ Zavidovići u aktu broj:01-2.09-477/24 od 09.02.2024., koji je dostavljen putem maila, odobrili su prisup informacijama i dostavili podatak, da u periodu od 2012.-2023. godine, protiv JU Dom zdravlja Zavidovići nije vođen niti jedan postupak za naknadu štete zbog propusta u radu ljekara, slijedom čega nisu vođeni regresni niti disciplinski postupci protiv radnika.

Dom zdravlja Tešanj je putem maila nezvanično odgovorio na molbu dao informacije da ustanova nije imala niti jedan slučaj koji je tražen u dopisu.

Javna ustanova „Dom zdravlja sa stacionarom Žepče“ u rješenju broj: 02-04-3-16-84/24 na dan 06.02.2024. dostavili su informacije kako slijedi:

1. U periodu od 2012. do 2023. godine nije bilo postupaka za naknadu štete vođenih protiv Ustanove, a zbog propusta u radu ljekara.
2. Slijedom navedenog u tački 1., u navedenom periodu nije bilo ni regresnih postupaka.
3. Zbog propusta u liječenju nije bilo prijava protiv liječnika tako da nisu vođeni ni disciplinski postupci protiv istih.
4. Slijedom navedenog u tački 3., nije bilo postupaka koji su rezultirali obustavom.

Javna ustanova Dom zdravlja Breza u rješenju broj: 01-177/2024 na datum 05.02.2024. odgovorili su na molbu i obavijestili da nisu imali slučaj vođenja postupka za naknadu štete protiv JU Dom zdravlja Breza kao ni disciplinskih postupaka protiv njihovih ljekara.

Javna ustanova „Dom zdravlja Maglaj“ u rješenju broj: 01-5185/24 dana 06.02.2024. dostavlja obavještenje o tome da nije bilo postupaka protiv ove ustanove zbog propusta u radu ljekara za navedeni period, kao i da nisu vođeni regresni postupci izmirenja štete protiv ljekara kao radnika ustanove, niti vođeni disciplinski postupci protiv ljekara po pitanju propusta u liječenju. Nije bilo niti pokrenutih disciplinskih postupaka koji su rezultirali obustavom postupka.

Javna ustanova „Dom zdravlja“ Zenica u aktu broj: OU-01.1-99-50811/24. od 02.02.2024. upoznaju nas sa informacijama da je JU DZ Zenica u periodu od 2012. godine do 2023. godine imala tri sudska spora za naknadu štete zbog stava pacijenata da su u dva spora doktori medicine i u jednom sporu medicinska sestra imali propust u svom radu. U samo

jednom sporu utvrđena je odgovornost JU „Dom zdravlja“ Zenica u radu doktora medicine, a preostale dvije tužbe odbijene su kao neosnovane. Regresni postupak za naknadu štete protiv zdravstvenih radnika, može se voditi samo ukoliko su zdravstveni radnici namjerno ili iz krajnje nepažnje napravili propust u radu, kako je i propisano u članu 89. Zakona o radu („Službene novine Federacije BiH“ br.26/16., 89/18. i 44/22.). U konkretnom sudskom sporu u kojem je utvrđena odgovornost JU „Dom zdravlja“ Zenica ne postoji namjera odnosno svjest radnika da svojim radnjama i propuštanjem hoće i žele uzrok i posljedicu, kao što ne postoji niti krajnja nepažnja koja postoji kada je radnik svjestan svih obilježja djela koje čini uključujući i nastupanje posljedice, ali kod njega postoji samo svjest o mogućem nastupanju zabranjenje posljedice. JU „Dom zdravlja“ Zenica u svom sastavu ima Komisiju za prigovore pacijenata, formiranu u skladu sa članom 61. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH“ br. 40/10.). U skladu sa stavom Komisije za prigovore pacijenata i Pravilnikom o radu, protiv odgovornih radnika vođeni su disciplinski postupci i izricane mjere upozorenja pred otkaz ugovora o radu i umanjenje plaće. JU „Dom zdravlja“ Zenica nije pokrenula niti jedan disciplinski postupak, koji je rezultirao obustavom istog. Ukoliko ne postoje dokazi i potrebne činjenice, neće se nikada pokrenuti disciplinski postupak protiv jednog radnika u JU „Dom zdravlja“ Zenica.

Javna ustanova Opća bolnica Tešanj u rješenju broj: 01-2-1292/24 izdato dana 19.02.2024. daje informacije da je rad Opće bolnice Tešanj javan te po zahtjevima za pristup informacijama kojima raspolaže postupa u skladu sa Vodičem za pristup informacijama u Općoj bolnici Tešanj (br: 6361/07 od 02.11.2007.god) i Zakonom o slobodi pristupa informacijama u Federaciji BiH („Službene novine Federacije BiH“ br:32/2001 i 48/2011):

- U periodu od 2012-2023. godine vođen je jedan sudski postupak po tužbi pacijenta a tuženi su bili Opća bolnica Tešanj i Kantonalna bolnica Zenica. Spor je okončan u korist pacijenta. Vrijednost spora iznosila je 37.500,00 KM
- Opća bolnica Tešanj u referentnom periodu nije vodila regresni postupak protiv ljekara kao ni disciplinske postupke koji su rezultirali disciplinskom osudom ili prekidom disciplinskog postupka protiv ljekara.

Javna ustanova Kantonalna bolnica Zenica, prema zahtjevu broj 21-04-746 od 01.02.2024., dostavlja rješenje broj 01-04-746-1/24 sa podacima kako slijedi:

- evidentirano je trideset postupaka za naknadu štete koji su vođeni protiv Bolnice zbog propusta u radu ljekara, u periodu od 2012.-2023. godine,
- zbog utvrđene odgovornosti Bolnice i opravdanog zahtjeva za naknadu štete, u zvaničnoj evidenciji Bolnice nije utvrđen podatak da je vođen regresni postupak izmirenja štete protiv ljekara kao radnika iste,
- u pravilu u Bolnici se provodi postupak po prijavi o povredi radne obaveze protiv radnika, te je shodno navedenom isti postupak vođen i protiv ljekara. U slučajevima

utvrđene povrede radne obaveze istim je izrečena Odluka o pismenom upozorenju u skladu sa opštim aktima Bolnice,

- u smislu naprijed navedenog niti jedan postupak po prijavi o povredi radne obaveze protiv radnika nije okončan obustavljanjem postupka.

Do trenutka predaje ovog rada drugi domovi zdravlja navedeni ranije u ovom radu, koji su zaprimili molbu, nisu dostavili odgovor na istu. Odgovor na molbu nije dostavila niti Ljekarska komora Zeničko-dobojskog kantona.

Tabela 2. Pregled parničnih postupaka protiv javnih zdravstvenih ustanova u ZE DO kantonu FBiH u periodu 2012-2023. godine

Javna ustanova	Broj postupaka za naknadu štete	Regresni postupci	Disciplinski postupci	Postupci sa obustavom
Dom zdravlja Zavidovići	0	0	0	0
Dom zdravlja Tešanj	0	0	0	0
Dom zdravlja Žepče	0	0	0	0
Dom zdravlja Breza	0	0	0	0
Dom zdravlja Maglaj	0	0	0	0
Dom zdravlja Zenica	3	0	0	0
Opća bolnica Tešanj	1	0	0	0
Kantonalna bolnica Zenica	30	0	0	0

Izvor: Autor završnog rada

5. PRETPOSTAVKE ODGOVORNOSTI

5.1. Ljekarska greška

Kada je riječ o medicinskim postupcima nad pacijentima, Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata jasno zahtijeva dobijanje pristanka pacijenta za svaku medicinsku intervenciju. Ovdje je važno, radi utvrđivanja odgovornosti, razlikovanje invazivne od neinvazivnih intervencija. Invazivne intervencije uključuju nasilan ulazak u tijelo, dok su neinvazivne metode konzervativne. U praksi je realno jednostavnije utvrditi da li se postupalo u skladu sa pravilima struke kod invazivnih intervencija. Prema Medicinskoj enciklopediji 47, ako tokom invazivnog postupka dođe do povreda struktura koje nisu bile cilj zahvata, ne može se zaključiti da je postupak ispravno izveden, bez obzira na okolnosti

koje su tome doprinijele. U tom slučaju radi se o jatrogenoj povredi, koju je prouzrokovao zdravstveni radnik. Međutim, iako se radi o jatrogenoj povredi, ni u tom slučaju ne možemo prejudicirati odgovornost zdravstvenog radnika (Medicinska enciklopedija, 1986, str 355-357).

Pravna teorija, sudska praksa, pa čak i zakonodavstva različitih država, nemaju univerzalno prihvaćenu definiciju šta je to medicinska greška. Njemački ljekar Rudolf Virchow je u 19. stoljeću definisao ovaj koncept kao kršenje opće prihvaćenih pravila liječenja zbog manjka pažnje ili opreza, ali se ta definicija nije dugo zadržala (1879). U medicinskoj literaturi, medicinska greška se također naziva medicinskim propustom. Taj termin obuhvata nepovoljan ishod stanja pacijenta, koji nastaje iz neprimjerenih medicinskih postupaka, neadekvatne ili neispravne opreme, nepravilno primijenjenih medicinskih uređaja ili lijekova, ili neprikladne organizacije medicinskog rada (Domljan, 2006).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i prema Zakonu o ljekarskoj djelatnosti, ljekar je obavezan svoj posao obavljati stručno i etički, ne iskorištavajući pacijenta niti emotivno, niti tjelesno, niti materijalno, te poštujući njegova prava utvrđena prema propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Na osnovu navedenog, ljekarska greška bi se mogla definisati kao postupanje suprotno pravilima struke i/ili naučnim saznanjima, a kojima se ugrožava život i zdravlje ljudi i/ili nepoštivanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke. Spomenuti standard može ocijeniti samo odgovarajući sudski vještak medicinske struke. Svaki slučaj u medicine zahtjeva pažljivo razmatranje, uzimajući u obzir: složenosti i rizičnosti medicinskog zahvata, vrijeme koje je ljekar imao za pripremu i provedbu zahvata, vrijeme i mogućnost za određivanje dijagnoze, odnosno davanju terapije, uslove rada, opremu, lijekove, podršku tima, te stručna i zdravstvena saznanja koja su mu mogla i morala biti poznata. U literaturi se često ističe važno pitanje kako biiskusni i pažljivi ljekar opće prakse ili specijalista postupili u toj konkretnoj situaciji (Haller, 2008).

5.2. Medicinska komplikacija

Jedno od ključnih pitanja u sudsko-medicinskom vještačenju, kao i u pravnoj raspravi općenito, je utvrđivanje uzroka nepovoljnog ishoda medicinskog tretmana. Osim toga, bitno je razlikovati da li je takav nepovoljan ishod rezultat objektivne medicinske komplikacije ili posljedica pogrešnog ljekarskog postupanja. U tom kontekstu, u ovom radu koristit ćemo izraz "objektivna medicinska komplikacija" za označavanje komplikacija koje se, unatoč pružanju pravilne zdravstvene usluge, mogu pojaviti kod pacijenta. Komplikacija označava neželjeni rezultat medicinskog postupka koji se događa iako su se medicinske radnje provodile pravilno i blagovremeno, koristeći odgovarajuću opremu i sredstva (lijekove, hemikalije i slično), uz optimalnu organizaciju rada. To su situacije kada pacijent trpi neželjene posljedice po svoje zdravlje koje nisu posljedica kršenja pravila i metoda, odnosno standarda rada zdravstvenih stručnjaka i/ili medicinskog znanja ljekara (Roksandić-Vidlička, 2007).

Ovdje nije riječ o medicinskoj grešci ili grešci drugih zdravstvenih radnika, već o neizbježnim životnim okolnostima. Za dio tih rizika koji se ne nalaze izvan očekivanih granica, odnosno za određene tegobe koje pacijent trpi nakon medicinske intervencije, ne postoji odštetna odgovornost ljekara, a time ni zdravstvene ustanove. U takvim situacijama govorimo o "objektivnoj medicinskoj komplikaciji," gdje nema direktnog uzročno-posljedičnog odnosa između postupaka zdravstvenih radnika i posljedica koje pacijent trpi. U slučaju kada pacijent podnese odštetni zahtjev, potrebno je za svaki konkretni slučaj utvrditi da li su postupci ljekara i drugih medicinskih radnika doveli do medicinske komplikacije, tj. da li su njihove radnje uzrokovale medicinsku komplikaciju. Kada komplikacije premaše prihvatljive i uobičajene rizike, zdravstvene ustanove postaju odgovorne, prema autoru Ivici Crniću, ulazeći tako u oblast objektivne odgovornosti, koja se najčešće tretira kao odgovornost za rizične aktivnosti.

Gotovo svaka medicinska intervencija nosi inherentni rizik, od dijagnostičkih procedura do različitih tretmana, uključujući invazivne postupke i rehabilitaciju. Kada se štetne posljedice pojave uslijed ovih rizika, a bez ljekarske greške, to se smatra komplikacijom ili pravno, slučajem (casus). U pravnoj praksi, ključno je kod vještačenja utvrditi je li se bolest dalje razvila unatoč provedenom ispravnom medicinskom postupku kako bi se odredilo radi li se o medicinskoj komplikaciji. Medicinska greška podrazumijeva nesavjesno postupanje medicinskog osoblja, uključujući ljekare, medicinske sestre, farmaceute, terapeute, i zdravstvene ustanove. Iako propusti u liječenju ponekad nastanu zbog tehničkih problema ili opreme, često je ljudski faktor uzrok tih grešaka, kao što su neznanje, nedostatak iskustva ili umor. Treba napomenuti da medicina kao nauka neprestano napreduje, uvodeći nove metode koje nose poznate i nepoznate rizike (Omerčaušević, 2015).

5.3. Pretpostavke odgovornosti zdravstvene ustanove

U tradicionalnom konceptu odgovornosti u medicini, fokus je na etici, savjesnosti i stručnosti pojedinaca u liječenju, posebno odnosa između ljekara i pacijenta. Međutim, sa sve većim razvojem zdravstvenih službi kao javnih usluga, ovaj odnos postaje manje personalan i sve više je usmjeren na pružanje usluga pacijentima. Ova promjena objašnjava zašto se često zdravstvene ustanove smatraju odgovornim da pruže podršku za postupke njihovih zaposlenih, kako faktički tako i pravno, u skladu s pravilima obavezne odgovornosti. Gledano iz perspektive pacijenta kao tužitelja, označavanje zdravstvene ustanove kao tužene pruža veći osjećaj sigurnosti i pravne zaštite u slučajevima spornih situacija u liječenju.

Zakon o obligacionim odnosima i to član 170. i 171. Koji kažu: "(1) Za štetu koju radnik u radu ili u vezi sa radom prouzrokuje trećem licu, odgovara preduzeće u kojem je radnik radio u trenutku prouzrokovanja štete, osim ako dokaže da je radnik u datim okolnostima postupao onako kako je trebalo. (2) Oštećenik ima pravo zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika, ako je štetu prouzrokovao namjerno." i "(1) Odredbe prethodnog člana primjenjuju se i na druga pravna lica i lica koja samostalno obavljaju djelatnost ličnim radom, u pogledu

odgovornosti za štetu koju radnici, koji kod njih rade, prouzrokuju u radu ili u vezi s radom. (2) Lice koje je oštećeniku naknadilo štetu koju je radnik prouzrokovao namjerno ili krajnjom nepažnjom, ima pravo od tog radnika zahtijevati naknadu plaćenog iznosa.”

Dakle, odgovornost zdravstvene ustanove proizlazi iz postupanja njenih zaposlenih, posebno ljekara, dakle u subjektivnoj a ne u objektivnoj odgovornosti (Sjeničić, 2013). To znači: da bi zdravstvena ustanova bila odgovorna za štetu uzrokovanu medicinskom intervencijom, potrebno je dokazati da je postupanje zdravstvenog radnika suprotno stručnim pravilima. Osim toga, radnja – propust zdravstvenog radnika – šteta, moraju biti međusobno povezani.

5.4. Odgovornost za štetu

Štete prilikom pružanja zdravstvenih usluga podliježu pravilima ugovorne i izvanugovorne (deliktne) odgovornosti. Razlika između ovih dviju vrsta odgovornosti leži u pretpostavkama koje se moraju ispuniti.

Kod deliktne odgovornosti, pretpostavke uključuju:

1. Subjektivna odgovornost za štetu.
2. Štetna radnja.
3. Šteta.
4. Uročnost.
5. Protupravnost (Klarić i Vedriš, 2006).

Kod ugovorne odgovornosti, pretpostavke su sljedeće:

1. Postojanje ugovora (npr., ugovor o zdravstvenoj usluzi između bolnice i pacijenta).
2. Povreda ugovorne obaveze, tj. neispunjenje obaveze dužnika (ako zdravstvena ustanova nije uopće ispunila svoju obvezu, ili nije ispunila onako kako je ugovoreno, ili je zakasnila s ispunjenjem).
3. Šteta nanesena pacijentu.
4. Postojanje uzročne veze između štetne radnje tj. povrede ugovorne obaveze i prouzročene štete.
5. Postojanje protupravnosti odnosno izostanak zakonom predviđenih okolnosti za oslobodjenje dužnika od odgovornosti (Crnić, 1995).

U skladu s zakonodavstvom Federacije Bosne i Hercegovine, zdravstvene ustanove odgovaraju na temelju subjektivne odgovornosti, gdje se pored općih pretpostavki

odgovornosti za štetu zahtijeva i krivnja ljekara i drugih zdravstvenih radnika koji su sudjelovali u liječenju. U takvim slučajevima njihova krivnja se pretpostavlja, a zdravstvena ustanova mora dokazati da su se pridržavali pravila i standarda struke te da nema njihove krivnje. Pacijentu preostaje dokazivanje uzročne veze između štetne radnje i prouzročene štete. Klarić i Crnić navode četiri grupe takvih štetnih radnji:

- 1) povreda pravila zdravstvene struke (ljekarska greška),
- 2) povreda prava na tjelesni integritet (liječenje bez pristanka pacijenta),
- 3) povreda obveze pružanje hitne medicinske pomoći i
- 4) povreda obaveze sklapanja ugovora o zdravstvenoj usluzi (Klarić, 2003).

Sudovi u FBiH rijetko se bave pravnim odnosima između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata. U bosanskohercegovačkom pravu, ugovor između pružatelja zdravstvene usluge i pacijenta nije posebno uređen zakonom, pa se smatra neimenovanim ugovorom. U našoj literaturi se često ističe da je pravna priroda ovog odnosa ugovor o djelu. Prema pravnoj teoriji, odnos između pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga smatra se privatnopravnim odnosom, bez obzira na to jesu li usluge pružene u javnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama. Da bi postojala odgovornost zdravstvene ustanove, mora postojati šteta. Šteta ne mora uvijek u zdravstvenim ustanovama, biti vezana uz ljekara ili drugog zdravstvenog radnika (Bevanda i Čolaković, 2019).

Građanska odgovornost pretpostavlja štetu na zdravlju pacijenta, uključujući smrt, pogoršanje postojeće bolesti, izazivanje bolesti kod zdravog pojedinca i trpljenje bolova, jer je pacijent izložen patnji koja se mogla izbjeći (Komentar Krivičnog zakona SR Srbije, SAP Kosova i SAP Vojvodine, 1981). Ako uslijed propusta u liječenju izostane uspjeh liječenja, to se može smatrati oštećenjem zdravlja. Ljekarska greška može također dovesti do specifičnih oblika štete, poput prenatalne štete ili povrede prava na planiranje porodice, što može rezultirati štetom zbog neželjenog rođenja zdravog ili teško oštećenog djeteta. Ovo pravo na naknadu štete priznato je u nekim evropskim zemljama i Sjedinjenim Američkim Državama te se sve više uređuje posebnim zakonima (Radišić, 2009).

Medicinske radnje su obično dozvoljene i protivpravne su samo ako se izvode nepropisno. Ljekari su obavezni, u skladu s pravilima struke i etikom medicine, poduzeti sve objektivno moguće dijagnostičke mjere. Nerealno bi bilo očekivati od ljekara da obavljaju svaku dijagnostičku proceduru samo kako ne bi ništa propustili. Da bi se smatralo da je došlo do štetnih posljedica uslijed protupravne radnje, to bi značilo da su ljekari djelovali izvan svojih ovlasti, npr. izveli invazivne ili neinvazivne medicinske intervencije bez pristanka pacijenta. Što se tiče nastanka štete uslijed propusta, to podrazumijeva postupanje ljekara suprotno pravilima struke. Međutim, pravila medicinske struke nisu jedini pokazatelj kršenja dužnosti pažljivog postupanja, već se moraju uzeti u obzir i okolnosti konkretnog slučaja.

Svaki ljekar mora poštovati važeća pravila struke i prakse te postupati pažljivo u obavljanju svog posla. Standard pažljivog ljekarskog postupanja, nije zakonski definisan, ali se odnosi na profesionalno ponašanje ljekara i osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite. Ljekarima se zahtjeva visok stepen pažnje s obzirom na značaj njihove djelatnosti koja se tiče života i zdravlja ljudi.

Sudski postupci i odluke, uključujući i praksu u Republici Srbiji, sugerišu da ljekar mora primijeniti odgovarajući standard pažnje prema svojoj specijalizaciji, tehničkoj opremi i okolnostima u kojima radi. Ljekar ne može koristiti neznanje ili nesposobnost kao opravdanje za smanjenje standarda pažnje koji se od njega zahtjeva. On mora stalno provjeravati i po potrebi korigovati postavljenu dijagnozu. Dobar ljekar je onaj koji zna procjeniti svoje sposobnosti i tehničku opremu u ustanovi u kojoj radi, te ako nije siguran u svoju stručnost i znanje, pacijenta uputiti u drugu ustanovu radi daljeg liječenja. Čak i ljekar koji je svjestan svog neznanja ili smanjene sposobnosti, ne smije smanjiti standard pažnje koji se od njega zahtjeva (Radišić, 1994).

Za ljekara je važno da se kontinuirano edukuje i usavršava radi vlastitog rasta, kao i radi unapređenja kvalitete zdravstva. To je njegovo pravo i obaveza. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, pod pojmom kontinuirane edukacije podrazumijevamo specijalizaciju, subspecijalizaciju, stručna usavršavanja kroz kontinuirano praćenje (Član 151.). Maksimum svoje pažnje ljekar treba usmjeriti prema specifičnosti njegove specijalizacije i prema okolnostima u kojima radi da bi osigurao pravilnu dijagnozu i liječenje pacijenta.

5.5. Uzročno-posljedična veza između radnje, propuštanja i štete

Prema adekvacijskoj teoriji, koju podržava i profesor dr. Miodrag Orlić, među raznim događajima koji mogu biti uzrokom nekog posljedičnog događaja, kao uzrok se uzima samo onaj koji je uobičajen za nastanak štete. Uobičajeni uzrok je onaj koji redovno dovodi do određenih posljedica, odnosno, koji je adekvatan za određenu štetnu posljedicu. Prema ovoj teoriji, kojom se rukovode i sudovi u svojoj dosadašnjoj praksi, djelovanje ljekara će se smatrati uzročnim ukoliko se šteta može razumno povezati s povredom dužne pažnje. Drugim riječima, veza između radnje ljekara i štetnih posljedica ne mora uvijek biti apsolutno dokazana, ali uvijek mora postojati određena vjerojatnost da je neki uzrok doveo do neke posljedice. U slučaju kada postoji više potencijalnih uzroka, kao uzrok će se uzeti onaj koji je najbliži štetnoj posljedici i najčešći za njezino nastajanje. U pravnoj teoriji i praksi Austrije postoji stav da, ako nije moguće dokazati koji uzrok prevladava, primjenjuje se institut tzv. podijeljene odgovornosti između ljekara i pacijenta (Dute, 2003).

Važno je napomenuti da sama medicinska intervencija ne povlači automatski građansku odgovornost. Ako pacijent-tužitelj traži od zdravstvene ustanove da nadoknadi štetu koja je nastala uslijed medicinske intervencije, mora uvjerljivo dokazati da je upravo ta intervencija uzrok njegove osnovne štete. Utvrđivanje uzročne veze pred sudom provodi se na temelju hipotetičkog pitanja kako bi liječenje prošlo da su zdravstveni radnici postupili kako treba

(Radišić, 2010). Ovo znači da tužitelj mora dokazati da šteta koju je pretrpio ne bi nastala da nije bilo greške zdravstvenih radnika. Drugim riječima, mora dokazati da je došlo do propusta u postupanju zdravstvenih radnika, odnosno da su se ponašali suprotno pravilima struke. Treba napomenuti da zdravstveni radnici rade s ljudskim organizmima, koji su po prirodi skloni individualnim reakcijama koje se ne mogu uvijek predvidjeti, niti kontrolisati. Nijedan medicinski tretman ili intervencija ne može jamčiti s potpunom sigurnošću izlječenje, niti da određeni tretman neće imati nepoželjne učinke na ljudski organizam.

U slučajevima građansko-pravne odgovornosti zdravstvenih ustanova u vezi s pojedinačnim medicinskim intervencijama često nije moguće provesti potpunu "rekonstrukciju događaja". Stoga se često ne može sa stopostotnom sigurnošću utvrditi uzročno-posljedična veza između tih intervencija i nastale štete. Prema procesnim pravilima, obaveza dokazivanja uzročno-posljedične veze leži na tužitelju, što, prema nekim autorima, stavlja tužitelja u teži procesni položaj u usporedbi s tuženom zdravstvenom ustanovom. Nedokazivanje uzročno-posljedične veze možda bi trebalo rezultirati odbijanjem tužbenog zahtjeva. No, zdravstvena ustanova također ima obavezu dokazivanja da su njeni zaposlenici postupali u skladu s pravilima struke. U praksi to praktično znači da se odgovornost zdravstvene ustanove pretpostavlja, a zdravstvena ustanova je dužna dokazati da su njeni radnici postupali u skladu s pravilima struke. Stav suda, kako ga predstavlja profesor dr. Jakov Radišić, razlikuje se od stava njemačkih sudova u vezi tereta dokazivanja uzročno-posljedične veze u slučajevima građanske odgovornosti zdravstvenih ustanova. Prema profesoru Radišiću, teret dokazivanja veze između postupanja zdravstvenih radnika i štete leži na tužitelju, a ako ta veza nije dovoljno jasna, tužitelja bi trebalo odbiti sa svojim zahtjevom jer on nosi rizik nedokazanosti. Ovaj pristup, iako možda ne uvijek pravedan, usklađen je s općim pravilima dokazivanja (Radišić, 2010).

S druge strane, njemački sudovi su prepoznali teškoće u slučajevima grube ljekarske nepažnje i donijeli stav da se u takvim situacijama pretpostavlja da je ona uzrok pogoršanja zdravlja pacijenta ili čak njegove smrti, ako je do nje došlo. Ljekarima je dopušteno osporiti tu pretpostavku, iako je u praksi često teško razlučiti između grube ljekarske greške i obične greške. Unatoč osporavanjima, Savezni Vrhovni sud Njemačke (Steffen, i Burkhard, 2006) nije mijenjao svoj stav. Argumentacija njemačkih sudova temelji se na činjenici da ljekar, svojom nepažnjom, stvara situaciju u kojoj je teško utvrditi je li šteta posljedica njegove greške ili drugih okolnosti. Stoga pacijent ne može biti tražen da potpuno dokaže da je ljekarska greška uzrok njegove štete, pa se stoga pretpostavka o uzročnoj vezi prihvata, a teret dokazivanja prebacuje na ljekara i zdravstvenu ustanovu (Laufs i Uhlenbruck, 2002).

5.6. Načini i sredstva dokazivanja odgovornosti zdravstvene ustanove i visine štete

Prema Zakonu o parničnom postupku, stranke su obavezne, u postupku, iznijeti sve činjenice na kojima temelje svoje zahtjeve i pružiti dokaze koji podržavaju te činjenice. Sud će, u skladu s tim, uzeti u obzir i utvrditi samo one činjenice koje su stranke izložile i odlučiti o izvođenju samo onih dokaza koje su stranke predložile, osim ako zakon ne propisuje

drugačije. Sud ima ovlast da na temelju slobodne ocjene dokaza odredi koje činjenice smatra dokazanim. Pri tome, sud je obavezan pažljivo i savjesno procijeniti svaki dokaz pojedinačno i sve dokaze zajedno.

Zakonom o parničnom postupku FBiH, članom 147, propisano je da sud može odrediti vještačenje na zahtjev stranke u slučajevima kada je potrebno stručno znanje koje sud sam nema kako bi se utvrdile određene činjenice. U slučajevima gdje se traži naknada štete zbog medicinskih komplikacija ili intervencija, stranke često moraju dokazati postojanje štete, radnje ili propuste od strane zdravstvenih radnika te uzročno-posljedičnu vezu. Ovo se obično postiže putem medicinskih vještačenja.

U sudskim postupcima za naknadu štete zbog medicinskih komplikacija ili intervencija, položaj sudskih medicinskih vještaka može biti izazovan. Situacije u kojima ljekar jedne specijalnosti vještači postupke drugog ljekara iste specijalnosti mogu stvarati nelagodu kako za samog vještaka tako i za stranke. Tužitelji često sa sumnjom prihvataju vještaka i izražavaju sumnju u objektivnost vještačenja često prije nego je vještačenje uopće obavljeno i prije nego što su rezultati dostavljeni strankama. Svaki vještak, bez obzira na struku, mora dati svoje mišljenje u skladu s pravilima struke i prema okolnostima koje su definisane sudskim rješenjem kojim je vještak imenovan za određeni predmet. Sudovi uvijek upozoravaju vještake da njihovi nalazi moraju biti objektivni i u skladu s pravilima struke, jer često donose svoje presude temeljem nalaza i mišljenja vještaka, što potvrđuje važnost vještačenja u ovim vrstama slučajeva. Postupak imenovanja vještaka može uključivati saglasnot obiju strana, a kad to nije moguće postići, sud će odabrati vještaka. Kada su okolnosti složene, sud može povjeriti vještačenje specijaliziranim ustanovama, kao što su bolnice, hemijski laboratoriji i fakulteti. Zakon o vještacima FBiH, propisuje postupak imenovanja vještaka, sadržaj liste vještaka i dr. Značajna je odredba člana 11. tog zakona koji kaže: „Lista vještaka nije obavezujuća za sud ili drugi organ koji vodi postupak, odnosno druge učesnike u postupku, osim ako je drugačije predviđeno propisima kojima se uređuju pravila postupka“ (Zečević, 2009).

Kada sudovi sami ili na zahtjev stranaka primijete nedoumice, nepotpunosti ili kontraindikacije u izvješću ili mišljenju vještaka, uobičajeno je pozvati vještaka da razjasni te nejasnoće. Ako to nije dovoljno za razjašnjenje situacije, sud može zatražiti mišljenje drugog vještaka. U svakom slučaju, sud će omogućiti strankama u postupku da izraze svoje primjedbe i stajališta u vezi s navedenim pitanjima. U postupcima, značajnu ulogu igraju same stranke koje imaju pravo osporiti nalaz i mišljenje vještaka te tražiti dodatna objašnjenja u slučaju nedoumica. Sudac obično poziva vještaka na raspravu kako bi usmeno razjasnio pitanja ili dopušta vještaku da naknadno napiše dodatno objašnjenje u odgovoru na primjedbe stranaka. U praksi se često događa da tužitelji prije nego što podnesu tužbu angažiraju vještaka koji izdaje nalaz i mišljenje, ali ne kao sudski vještak u okviru sudskog postupka. Takvi nalazi obično nemaju karakter sudskog vještačenja, već se sudovi često prihvaćaju kao privatni dokumenti tužitelja i vrednuju ih na isti način kao i ostale materijalne dokaze. Sličan stav zauzima i sudska praksa u okolnim zemljama. Sud nema obavezu

prihvatiti nalaze i mišljenja vještaka koje tužitelj prilaže uz tužbu, a koji su sastavljeni na njegov zahtjev, samo zato što dolaze od osobe koja je stalni sudski vještak (Odluka Županijskog suda u Varaždinu, 2002).

Ovaj pristup osigurava pravično vrednovanje dokaza u sudskom postupku i sprječava zloupotrebu privatnih vještačenja kako bi se postigla određena prednost u postupku. Sudski vještaci, određeni od strane suda, obvezani su na objektivnost i nepristrasnost u svojim nalazima i mišljenjima, što osigurava fer i ravnotežan sudski postupak. Ivica Crnić, autor ovog stava, smatra da nema razloga zašto sud unaprijed ne bi prihvatio nalaz i mišljenje sudskog medicinskog vještaka koje je jedna stranka angažovala u parničnom postupku. Prema njegovom mišljenju, postoje situacije u životu kada odredbe Zakona o parničnom postupku to omogućuju. Naime, strane u postupku imaju obavezu iznijeti činjenice na kojima temelje svoje zahtjeve i predložiti dokaze kojima se te činjenice utvrđuju. Zbog toga, autor smatra da, na primjer, ako tužitelj već uz tužbu priloži kao dokaz nalaz i mišljenje sudskog medicinskog vještaka, a tuženi to ne ospori, sud bi trebao donijeti odluku temeljenu na tom dokazu. Sud ne bi trebao (tada samo formalno) naložiti novo vještačenje samo zato da bi se dobila ocjena sudskog medicinskog vještaka (2008).

Ovo bi otvorilo nove mogućnosti za angažovanje sudskih medicinskih vještaka u parničnom postupku bez izričite odluke suda. Ključni uslov za ovakvo angažovanje sudskih vještaka na zahtjev stranke, a ne suda, bio bi postojanje objektivnih medicinskih kriterija. To bi ubrzalo proces suđenja. Međutim, bez tih kriterija, stranke će se i dalje sporiti oko medicinskih posljedica koje oštećeni pretrpi. To bi zahtijevalo da sudac, prije donošenja odluke, naloži sudsko vještačenje uz već angažiranog vještaka, što bi nedvojbeno povećalo troškove sporova i produžilo trajanje parnice.

U sudskim postupcima, uobičajeno je da stranke zajedno dogovaraju ili podnose prijedloge za vještačenje. To je slučaj i kada tužitelj, odnosno oštećeni, te tužena strana, odnosno ljekar zajedno pokušavaju dokazati određene činjenice koje sud ne može stručno ocijeniti. Oba učesnika moraju poduzeti napore da se te činjenice ustanove na temelju stručnih znanja. Vještak, na temelju prijedloga stranaka, ima zadaću očitovati se o tome je li postupanje medicinskog osoblja bilo u skladu s prihvaćenim metodama i u skladu sa pravilima struke. Također, vještak treba odrediti je li postupanje ljekara odnosno medicinskog osoblja bilo uzrok štete koju tužitelj trpi ili je pretrpio. Isto tako, može se od vještaka zatražiti da se izjasni je li pacijent svojim postupcima, djelovanjem ili propustom pridonio nastanku vlastite štete. Odluku o eventualnoj podijeljenoj odgovornosti donosi sud. Ponekad je teže utvrditi odgovornost u slučajevima neinvazivnih medicinskih intervencija, kao što je postavljanje dijagnoze, jer metode mogu biti različite i ovise o specifičnostima svakog slučaja. U takvim situacijama, vještac treba uzeti u obzir sve okolnosti i činjenice te utvrditi je li zdravstveni radnik postupao u skladu s objektivnim potrebama pacijenta, uzimajući u obzir moguće načine djelovanja svakog zdravstvenog radnika u određenoj zdravstvenoj ustanovi (Crnić, 2009).

Važno je napomenuti da vještak neće odgovarati na pitanje ko je kriv, već će se ograničiti na procjenu postupanja ljekara u skladu s pravilima struke (*lege artis*) i postojanje uzročno-posljedične veze između njihovog postupanja i nastale štete. Njegovo mišljenje treba biti jasno i razumljivo, čak i za one koji nisu medicinski obrazovani. Sud će na temelju nalaza i mišljenja vještaka donijeti odluku.

5.7. Građansko-pravna odgovornost i krivica oštećenog

U slučajevima prouzrokovanja štete, odgovornost se može temeljiti na krivici (subjektivna odgovornost) ili na odgovornosti za opasne stvari ili djelatnosti (objektivna odgovornost). U kontekstu medicinskih intervencija, ako se utvrdi da je oštećeni na neki način doprinio nastanku ili intenzitetu štete, primjenjuje se koncept podijeljene odgovornosti. Podijeljena odgovornost odnosi se na situacije kada je ponašanje oštećenog doprinijelo šteti. Ovaj koncept ne smatra se saodgovornošću, već kao sudjelovanje u nastanku/doprinosu štete, jer oštećeni obično ne nanosi štetu drugoj strani. Primjena ovog koncepta je opravdana kada oštećeni nije postupao u skladu s okolnostima i standardima, uzimajući u obzir vrstu odnosa u pitanju (Sjeničić, 2013).

Postoji različita gledišta o prirodi krivice oštećenog. Pristalice jednog gledišta smatraju da je *krivica oštećenog krivica prema štetniku* i tretira je kao pravnu krivicu. Prema ovom gledištu, oštećeni je dužan poštovati interese štetnika i njegova povreda predstavlja protivpravnu radnju prema štetniku. Oštećeni bi trebao odgovarati za štetu koju je nanio štetniku. To znači da se njegova krivica smatra pravnom krivicom. Ovaj stav je važio uglavnom u starijoj njemačkoj literaturi. Međutim, važno je napomenuti da u slučajevima gdje je oštećeni dužan smanjiti štetu, ne može se smatrati da on ima pravo na naknadu štete od oštećenog ili da može steći položaj vjerovnika. Gledišta o prirodi krivice oštećenog variraju i treba se pažljivo razmatrati u svakom konkretnom slučaju. Postoji gledište koje *krivicu oštećenog tretira kao krivicu prema samome sebi*. Osnovatelj ove teorije, njemački pravni pisac Zitelmann, ističe da ponašanje oštećenog ne može se smatrati protivpravnim prema štetniku. Oštećeni nije pravno obavezan da spriječi štetu drugom, već je dužan ne nanositi štetu sebi. Prema ovoj teoriji, krivica oštećenog nije krivica prema štetniku u pravno-tehničkom smislu, već krivica prema samome sebi. Oštećenik nije prekršio pravnu obavezu prema štetniku, već je povrijedio etičku dužnost prema sebi da ne nanosi štetu. Njegova krivica je nastala kada je oštećenik svjesno doprinio šteti i naknadno tražio odštetu od drugoga (Zitelmann, 1900). Drugo gledište povezuje *krivicu oštećenog s povredom obaveze u vlastitom interesu*. Oštećenje se smatra povredom obaveze u vlastitom interesu kada oštećeni, unatoč svom sudjelovanju u šteti, pokušava staviti odgovornost isključivo na štetnika (Tako i Dunz, 1961; Sjeničić, 2013).

Postoji i teorija koja ima i najveći broj pristalica među njemačkim i austrijskim pravnicima, koja uspostavlja vezu između *krivice oštećenog i načela savjesnosti i poštenja*. Prema ovom gledištu, traženje naknade za štetu koju je oštećeni sam sebi nanio suprotstavlja se načelu savjesnosti i poštenja. Pravna sankcija za takvo ponašanje je smanjenje naknade štete. Iako

postoji različita gledišta o prirodi krivice oštećenog, svi se slažu da se radi o krivici prema samome sebi i moralnim normama ili pravnim načelima. Dužnost oštećenog je izbjeći samooštećenje, iako nema pravnu sankciju za to. Sankcija se sastoji u samooštećenju u slučaju da oštećeni pokuša prenijeti odgovornost na drugoga. Dužnost oštećenog nije prava pravna obaveza, već se odnosi na pravni poredak (Sjeničić, 2013). Ovo gledište proizlazi iz člana 192. Zakona o obligacionim odnosima, koji ne propisuje sankciju za oštećenika koji je sudjelovao u šteti, ali predviđa smanjenu naknadu za nastalu štetu.

Oštećeni može, tokom postupka liječenja, doprinijeti šteti na različite načine. Njegov doprinos šteti može se dogoditi prije nego što nastupe okolnosti koje uzrokuju odgovornost, istovremeno s njima ili nakon njih. Osim toga, doprinos oštećenog šteti može biti aktivne prirode, pasivne prirode ili oboje istovremeno. Oštećeni može omogućiti štetniku da nanese štetu dopuštanjem istovremenog provođenja radnji koje prouzrokuju štetu ili propuštanjem upozorenja štetniku o opasnosti njegova postupanja. Drugi oblik ponašanja oštećenog u vezi s nastankom štete sastoji se u tome da oštećeni ne poduzima potrebne mjere kako bi ograničio ili potpuno uklonio već nastale štetne posljedice. Osim toga, oštećeni može poduzeti radnje koje povećavaju štetu. Pravne posljedice krivice oštećenog nisu jednake u svim situacijama, jer sudovi prilikom donošenja svoje odluke moraju uzeti u obzir sve okolnosti slučaja. Ipak, možemo istaknuti dva osnovna principa na kojima se temelje pravne posljedice krivice oštećenog: princip podjele štete i princip "sve ili ništa". Iako je princip podjele štete stariji i primijenjivan u rimskom pravu, suvremeni pravni sistem sve više slijedi načelo pravednosti, polazeći od stajališta da slični nivoi krivice kod obje strane trebaju rezultirati sličnim posljedicama i žrtvama. U skladu s ovim načelom, sud ima slobodu odlučivanja o nadoknadi štete, njezinom smanjenju ili potpunom isključenju, ovisno o međusobnoj krivici stranaka. U pravilu, samo nakana (namjera) ili gruba nepažnja mogu potpuno isključiti odgovornost počinitelja. Ako je oštećeni doprinio nastanku štete običnom nepažnjom, tada ima pravo na umanjenu naknadu štete (Sjeničić, 2013).

5.8. Odgovornost zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu medicinskim intervencijama

Oblikovanje odnosa između ljekara i pacijenta zavisi od pružene medicinske usluge. Ta medicinska usluga ili radnje ne mora nužno imati terapijski efekat, to mogu biti različiti tretmani i intervencije (Mujović-Zornić, 2003). Medicinske radnje obuhvataju sve postupke, od davanja savjeta pacijentima, slušanja pacijenata, ispitivanja pacijenata, pa i razgovora sa njima, odnosno sve ono što će pomoći prevenciji, procjeni i unapređenju zdravstvenog stanja tog pacijenta smatra se medicinskom radnjom. Prema Deklaraciji o unapređenju prava pacijenata u Evropi, medicinska intervencija obuhvata različite postupke u medicini s ciljevima poput prevencije, dijagnoze, terapije i rehabilitacije, te brige i njege pacijenata, koje obavljaju ljekari ili drugi pružatelji zdravstvene njege (WHO, 1994).

Za štetu nastalu uslijed medicinskih intervencija koje izvode ljekari i medicinsko osoblje, zdravstvene ustanove su odgovorne u skladu sa zakonom, o tome nam govori već spomenuti

član 170. ZOO koji predviđa da je u slučaju štete koju radnik u radu ili u vezi sa radom prouzrokuje trećoj osobi, odgovorno preduzeće ili drugo pravno lice, osim ako mogu dokazati da je radnik postupao ispravno u datim okolnostima. Dakle, odgovornost zdravstvenih ustanova za štetu nastalu medicinskim intervencijama ovisi o postojanju propusta zdravstvenih radnika. Svaka medicinska intervencija ne vodi nužno do izlječenja, i zdravstveni radnici ili ustanove ne snose odgovornost za nepovoljne ishode liječenja, osim ako se dokaže da je štetu prouzrokovao njihov propust, uz dokazivanje kriterija štete, krivice i uzročno-posljedične veze. U konkretnim slučajevima medicinskih intervencija, ljekari i drugo medicinsko osoblje obavezni su pridržavati se profesionalne prakse važeće u tom trenutku. Ovo je bitno jer se standardi mijenjaju s vremenom i prilagođavaju specifičnim okolnostima, za razliku od općih pravnih pravila koja vrijede nepromijenjeno. Stoga, sudovi ne traže apsolutnu uniformnost u standardima medicinskog postupanja, već procjenjuju da li je ljekar postupao u skladu s prihvaćenom profesionalnom praksom u konkretnom slučaju (Stauch, Wheat i Tingle, 1999).

Kada je riječ o odgovornosti zdravstvenih ustanova kao pravnih osoba koje pružaju zdravstvenu zaštitu, primjenjuju se opća pravila obligacionog prava. Bolnica kao zdravstvena ustanova odgovara za štetu prema pacijentima, propustom zdravstvenog radnika, osim ako ne dokaže da je zdravstveni radnik postupio ispravno u datim okolnostima. Zdravstvena ustanova neće snositi odgovornost kada štetna posljedica za pacijenta proizilazi iz prirodnog toka bolesti, a zdravstveni radnici su poduzeli sve i dijagnostičke i terapijske metode u liječenju pacijenta.

5.9. Odgovornosti zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu medicinskim komplikacijama

O mogućim komplikacijama koje se mogu javiti tokom ili poslije medicinske intervencije, ljekar je obavezan da obavijesti pacijenta. Iako ljekari prate i poštuju pravila struke, ne mora značiti da će to obavezno dovesti i do izlječenja pacijenta. Pacijenti mogu zbog nezadovoljstva samog ishoda liječenja, pokrenuti tužbe protiv ljekara ili zdravstvenih ustanova kako bi ostvarili svoje pravo na naknadu. Važno je razlikovati medicinsku komplikaciju koja se može desiti i uz pridržavanje medicinskih standarda, od situacija u kojima su komplikacije rezultat nestručnosti medicinskog osoblja. Kada ljekar poduzme sve dijagnostičke i terapijske metode kako bi spriječili medicinske komplikacije, a one se ipak dese, tada zdravstvena ustanova obično ne snosi građansko pravnu odgovornost za štetu koja proizilazi iz takve komplikacije. Iz razloga što su ljekari postupili u skladu sa pravilima struke i nastala komplikacija nije njihova krivica. Zdravstvena ustanova može odgovarati za štetu koja nastaje iz medicinske komplikacije, onda kada zdravstveni radnik svojim postupkom ili propustom prouzrokuje komplikaciju. U sudskim postupcima analiziraju se konkretni slučajevi i odluka se donosi na temelju dokaza i relevantnih informacija.

5.10. Odgovornosti zdravstvenih ustanova za štetu prouzrokovanu zbog nedavanja obavještenja pacijentu i zbog uništene šanse za ozdravljenje ili preživljavanje

Pri hospitalizaciji pacijenta, isti se obavještava o svim procedurama kojima će se podvrgnuti pacijent u dijagnostici i liječenju. Sve intervencije nad pacijentom zahtjevaju njegov pristanak, a pacijent može dati pristanak tek onda kada potpuno razumije svaki postupak, rizik i komplikacije iz same medicinske intervencije. Dužnost je ljekara da obavijesti pacijenta o medicinskoj intervenciji koju planira izvesti, a pacijentu se na takan način omogućava da zauzme aktivniju ulogu u svom liječenju. Postoje istraživanja koja pokazuju da oni pacijenti koji imaju više informacija o svojoj bolesti imaju i bolje ishode u liječenju i skraćeno vrijeme boravka u bolnici (Draškić, 1998). Postoje slučajevi kada ljekar procjeni da ne treba sve informacije podijeliti s pacijentom, jer smatra da bi to moglo negativno djelovati i narušiti još više zdravlje pacijenta. Ljekar će u tom slučaju zabilježiti u medicinskoj dokumentaciji, da je obavijest prešućena i navesti razlog takve odluke. Ovakvo pravo ljekara u praksi se naziva i terapijskom privilegijom (Sjeničić, 2012).

Neki teoretičari smatraju da pacijent koji nije medicinski obrazovan, ne bi trebao biti opterećen sa previše informacija, nego je potrebno dati suštinu i poentirati važnost procedure. U Njemačkoj i Austriji sudska praksa ima stav da ako je rizik tipičniji za medicinsku proceduru i specifičniji, to pacijent mora o njemu biti više obaviješten (Conti, 2000). Manji su zahtjevi za detaljnim informacijama i onda kada je zahvat hitan. Nakon greške u liječenju, povreda obaveze obavještenja pacijenta je drugi razlog odgovornosti ljekara. Njemačka sudska praksa zastupa stav da je svako liječenje i napad na ljudski integritet, koji je bez saglasnosti pacijenta, protivpravan. Dok drugi smatraju da medicinski zahvat koji je sproveden bez pristanka pacijenta, povreda općeg prava ličnosti. Pravni poredak, u svakom slučaju, ne dopušta liječenje protiv volje pacijenta, te ako ne postoji saglasnost pacijenta, ljekar treba da odustane od tretmana, osim u izuzetnim slučajevima (Laufe i Uhlenbruck, 2002).

Pacijent mora izričito dati pristanak na određenu medicinsku proceduru, bilo usmeno ili pismeno. Kada se radi o invazivnim dijagnostičkim i operativnim zahvatima obavezno je pismeno odobrenje. Ako je više medicinskih usluga povezano unutar medicinske procedure, dovoljan je i jedan pristanak od pacijenta. U skladu sa članom 18. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta, pacijent ima pravo opozvati usmeni pristanak na medicinsku mjeru sve do početka njenog izvođenja. Također, pacijent ima pravo odrediti osobu koja će dati pristanak u njegovo ime ili biti obaviještena umjesto njega o medicinskim mjerama u slučaju da pacijent postane nesposoban donijeti odluku o pristanku.

Pristanak pacijenta nije pravno obavezujući, ako pacijentu nisu date sve potrebne informacije o proceduti. Za sve štetne posljedice u tom slučaju, odgovara ljekar koji je obavljao medicinske mjere bez pristanka pacijenta. Zakonom je također predviđeno da će se sankcionisati zdravstvena ustanova i zdravstveni radnik ukoliko uskrate pacijentu pravo na samoodlučivanje i pristanak. Ukoliko ljekar izvrši medicinski zahvat bez valjanog pristanka

pacijenta, a rizik zbog kojeg je pristanak bio neophodan se ne ostvari, pacijent ima pravo da tvrdi da je povrijeđeno njegovo pravo na samoodređenje. Međutim, ljekar ima pravo prigovoriti tom zahtjevu tvrdeći da bi pacijent pristao na intervenciju da je bio obaviješten o njenim potencijalnim rizicima. Teret dokazivanja ove tvrdnje leži na ljekaru (Sjениčić, 2012).

U pravnoj teoriji i praksi anglosaksonskih i romanskih pravnih sistema, primjećuje se porast broja sudskih presuda koje priznaju pacijentima pravo na naknadu štete zbog gubitka šanse za ozdravljenje ili preživljavanje. Dok američki sudovi ovu vrstu naknade odobravaju kada postoji pretežna vjerovatnoća da je ljekarska greška uzrokovala pacijentovu štetu, francuski sudovi traže nesumnjivu uzročnu vezu između greške i štete (Dišić, 2010).

U pravnom sistemu Bosne i Hercegovine, u slučajevima gdje pacijenti traže naknadu štete uslijed medicinskih intervencija, primjenjuje se pravilo tereta dokazivanja. To znači da tužitelj mora dokazati uzročno-posljedičnu vezu, dok je zdravstvena ustanova obavezna dokazati da su njeni zaposlenici postupali u skladu s pravilima struke. Ovaj pristup čini procesni položaj tužitelja težim, jer mora dokazati činjenicu koja može biti teško dokaziva u određenim slučajevima. Međutim, prebacivanje tereta dokazivanja na zdravstvenu ustanovu ne bi nužno riješilo suštinu problema. Važno je napomenuti da trenutna sudska praksa u Bosni i Hercegovini se oslanja isključivo na subjektivnu odgovornost u slučajevima štete proizašle iz medicinskih intervencija uzrokovanih greškom zdravstvenih radnika (Dišić, 2010).

Potrebno je spomenuti svakako i osiguranje od profesionalne odgovornosti, što predstavlja pravni odnos osiguranja koji proizilazi iz ugovora između osiguravača i osiguranika, u ovom slučaju, zdravstvene ustanove. Osiguravač se obvezuje da će isplatiti odgovarajuću naknadu trećoj strani - oštećenju osobi ako ta šteta proizilazi iz ukupne ili određene građanske odgovornosti prilikom obavljanja profesionalne djelatnosti ili pružanja određene usluge. Osiguranik, odnosno zdravstvena ustanova, plaća premiju osiguranja za ovu zaštitu. Osiguranje od odgovornosti daje veću sigurnost medicinskom osoblju i omogućava im da obavljaju svoj posao s manje straha od pravnih posljedica. Također potiče pridržavanje pravila suvremene medicinske struke i prakse, umjesto da zdravstveni radnici bez osiguranja koriste tzv. defanzivnu medicinu. Iako su sudski postupci nesigurni i dugotrajni za obje strane, uvođenje pouzdanog i učinkovitog sistema osiguranja od odgovornosti za zdravstvene radnike može barem djelomično riješiti ovaj problem (Mančić, 2015; Slavnić, 2006).

6. Etika, pravo i medicina

Kada ljekari obavljaju svoj poziv, potrebni su im neki dosljedni i referentni okviri. Tradicionalno, etički kodeksi su pomagali postavljanjem okvira dužnosti i principa. Moderna medicinska etika i dalje pruža ljekarima okvir prema kome se oni moraju ponašati, ali se mora uzeti u obzir i zakonski normativi. Gotova rješenja ljekarima nisu dostupna, jer

je svaki pacijent individua za sebe i slični slučajevi mogu potaknuti različite odgovore. To je zato što etička odluka nije samo o pružanju najboljeg kliničkog ishoda za pacijenta, već može uključivati i prilagođavanje željama i vrijednostima te osobe. Kroz historiju, ljekari su smatrani osobama s posebnim obavezama. Ponekad nazvane hipokratskim, slične moralne obaveze očekivane su od ljekara u različitim kulturama. Kvaliteti koje se danas očekuje od doktora medicine i drugih zdravstvenih stručnjaka uključuju integritet, suosjećanje i altruizam, kao i težnju ka kontinuiranom poboljšanju, izvrsnosti i efikasnom multidisciplinarnom radu.

Profesionalizam je usko povezan s modernim etičkim načelima i odražava tradicionalne temeljne vrijednosti. Definisane je kao skup vrijednosti, ponašanja i odnosa koji leže u osnovi povjerenja koje javnost ima prema zdravstvenim radnicima, usredotočujući se na partnerske odnose zdravstvenih radnika s pacijentima i međusobno. Neki komentatori izražavaju zabrinutost zbog toga kako modeli tržišta u zdravstvu mogu utjecati na naše definisanje profesionalizma. Model zdravstvene skrbi koji je usmjeren danas prema potrošaču, mogao bi promijeniti osnovne vrijednosti povezane s medicinom, kao što su suosjećanje, dobrobit i obaveza postavljanja interesa pacijenta kao prioritet. Poznavajući prava pacijenata i dužnosti zdravstvenih radnika, postavlja se pitanje koliko ta prava su povezana sa javnim interesom. Javni interes je obično definisan zakonom i temelj je zakonodavstva u javnom zdravstvu, poput prijavljivanja zaraznih bolesti. Od javnog interesa bi bilo otkriti informacije iz medicinskog kartona pacijenta koji slabo vidi, kako bi se spriječila šteta koja bi mogla nastati ako takva osoba nastavi da vozi, tako da javni interes možemo posmatrati kao neko opće dobro. Razumijevanje medicinskog prava je jednako ključno za ljekare kao i svijest o etici, ali pravo koje se odnosi na zdravstvenu skrb brzo se mijenja, što predstavlja i izazov za ljekare, da pored novosti iz medicine, moraju pratiti i novosti iz zakonodavstva. U praksi, pravo i etika su često isprepleteni tako da presude u pravnim slučajevima se temelje na tradicionalnim etičkim načelima i moralnoj analizi (Somerville, 2013).

Koliko je kompleksno i značano pravo o načinu pružanja zdravstvene zaštite, govore primjeri kao što je pravo na život, što ne mora značiti da život mora biti produžen po svaku cijenu ili pravo na osnivanje porodice što ne implicira pravo na liječenje neplodnosti. Neki pravni slučajevi o povlačenju liječenja koje produžuje život ili argumentovanje za eutanaziju, raspravljali su se u smislu prava pacijenata na slobodu od mučenja ili neljudskog i ponižavajućeg postupanja. U Velikoj Britaniji postoje posebne smjernice o tome kako Zakon o ljudskim pravima utječe na zdravstvenu skrb, ali temeljna poruka je da će odluke koje su donesene od strane liječnika na temelju trenutnih etičkih standarda vjerovatno biti usklađene s tim zakonom. Ako se ljekar u praksi nađe u situaciji sukoba različitih prava, oni moraju biti sposobni da kada donesu jednu odluku za pacijenta moraju to i obrazložiti, zašto su odabrali jedno nad drugim. Ljekari i drugi zdravstveni djelatnici trebaju biti sposobni prepoznati glavne probleme i promatrati opcije na razuman način, znajući da bi možda kasnije morali objasniti svoje razloge sudu ili svojem regulatornom tijelu. Neke situacije mogu se riješiti jednostavno identificiranjem želja pacijenta, budući da i etika i pravo obično naglašavaju osobnu autonomiju kao zadani položaj, osim ako nema snažnih razloga za

njezino prekršavanje. U nekim slučajevima to je nemoguće, pa se, na primjer, kod odraslih osoba s nesposobnošću, fokus prebacuje na ono što bi bilo u njihovom najboljem interesu. U takvim situacijama važno je zaustaviti se i razmisliti. Prvi korak mora biti provjera činjenica slučaja što je moguće tačnije. Često samo ovaj proces preciznog razjašnjavanja onoga što je u pitanju, i za koga, daje dosta toga za napredak. U praksi, pravne granice i protokoli dobre prakse često određuju najbolju opciju, prije nego što počnemo razmatrati etičke argumente. Zapravo, u nekim situacijama, zakonski prihvatljive opcije tako su jasno navedene da bi bilo besmisleno tražiti dalje kada je cilj pružiti praktične savjete. Činjenica da često i dalje nastavljamo tražiti dalje proizlazi iz potrebe osiguranja da je etički savjet moralno dosljedan i opravdan u različitim kontekstima, bez obzira na to je li zakon iznio sve relevantne scenarije. Praktični etički savjet također mora biti u skladu s promjenjivim očekivanjima društva, posebno u područjima gdje je zakon dopuštajući ili podložan tumačenju. Dileme nastaju kada postoje dvije ili više mogućih opcija, nijedna od kojih nije potpuno etički prihvatljiva; to često uključuje okolnosti u kojima se sukobljavaju različita prava ili želje ljudi. Postoje različite teorije i metodologije za analiziranje takvih situacija (Somerville, 2013).

Prema radu „Zaštita prava pacijenata u Bosni i Hercegovini sa posebnim osvrtom na građanskopravnu zaštitu i krivicu ljekara za počinjenu ljekarsku grešku“, nepoznatog autora, pacijenti koji odbijaju primanje medicinskih tretmana postavljaju složenu etičku dilemu pred zdravstvene radnike. S jedne strane, poštivanje pacijentove autonomije, slobode i prava na samoopredjeljenje zahtijeva od liječnika da poštuju pacijentovu odluku o odbijanju tretmana. Međutim, budući da su pacijenti u većini slučajeva laici u medicinskom području, često nisu potpuno svjesni svoje situacije i mogućnosti liječenja, te stoga nisu sposobni procijeniti prednosti zdravstvene intervencije ili su možda emocionalno uznemireni ili nedovoljno informirani o mogućim budućim zdravstvenim stanjima. Iako većina bioetičara smatra da ova djelomična autonomija ili marginalna ovlast zahtijeva isto poštovanje kao i potpuna autonomija, zakonodavci diljem svijeta uspostavili su okvir koji omogućuje etičkim komisijama da u nekim situacijama prekorače pacijentov informirani pristanak i postupaju protiv njegove volje. Da bi se to provodilo u praksi, moraju se zadovoljiti tri osnovna uvjeta:

1. Liječnici moraju poduzeti sve napore kako bi pacijentu pružili sve relevantne informacije o rizicima neliječenja i posljedicama.
2. Liječnici koji liječe moraju predložiti i ponuditi realnu šansu za značajno poboljšanje zdravlja pacijenta.
3. Pacijent može dati svoj pristanak za liječenje čak i nakon što je počelo.

Iako ovi uvjeti nisu uvijek jednako prihvatljivi, nude put prema naprijed kako bi se osigurala skrb o pacijentima uz poštivanje osnovnih načela pacijentovog pristanka na liječenje. Odluka o liječenju pacijenta ne bi trebala biti nametnuta prisilom. U medicinskoj praksi, vrlo je rijetko da se pacijenta tretira protiv njegove volje. Moralno načelo poštivanja autonomije, zajedno s pravnim propisima koji štite prava pacijenata, jasno zabranjuju prisilno liječenje

pacijenta. Međutim, u nekim slučajevima javnog interesa, može se dogoditi da se zanemari autonomija pacijenta. Pacijenti imaju širok spektar prava, uključujući pravo na informirani pristanak, privatnost i dostojanstvo. Informirani pristanak zahtijeva da zdravstveni profesionalci pruže obuhvatne informacije pacijentima o prednostima i nedostacima liječenja, uključujući i rizike te alternative.

Međutim, trenutna politika omogućava ljekarima da, u određenim okolnostima, zaobiđu informirani pristanak pacijenta i prisilno liječe pacijenta protiv njegove volje, uvjereni da je pacijentova odluka odbijanja daljnjeg liječenja pogrešna. Ova praksa izaziva dileme u vezi sa zaštitom pacijentovih interesa i autonomije. Iako se većina pacijenata slaže s predloženim liječenjem, postoje situacije u kojima se pacijenti i dalje protive liječenju unatoč savjetima ljekara. U takvim rijetkim slučajevima, liječnici se mogu naći u dilemi o tome hoće li primijeniti prisilne mjere, poput vezanja ili primjene opijata, kako bi nastavili s liječenjem.

Ova pitanja ne predstavljaju nova pitanja. Sudovi u nekim zemljama, poput SAD-a i Velike Britanije, podržavali su pojedince u njihovom protivljenju prisilnom liječenju pacijenata koji su izrazili svoje stavove o liječenju. Međutim, pravnici su istovremeno isticali potrebu za primjenom prisilnih mjera kod osoba kod kojih postoji mogućnost liječenja. U posebnim situacijama, sudovi dopuštaju saglasnost za zaštitu trećih osoba, poput fetusa ili maloljetne djece. U slučajevima gdje pacijent odbija liječenje, a ne postoji očigledna šteta za treću osobu, važno je pažljivo procijeniti je li pacijent privremeno oštećen ili prisiljen ili pod utjecajem u vrijeme donošenja odluke o odbijanju liječenja. Institucije i regulatorna tijela predviđaju tri uvjeta prije nego što se može primijeniti prisilno liječenje pacijenta. Prvo, liječnik mora utvrditi da je pacijent primio sve relevantne informacije kako bi donio informiranu odluku o liječenju. Drugo, liječenje mora značajno poboljšati stanje pacijenta. I treće, mora postojati razumna osnova za pretpostavku da će pacijent nakon liječenja dati retroaktivni pristanak za njega.

Iako svaki od ovih uvjeta ima svoju logiku, postoji niz izazova u stvarnoj praksi pružanja zdravstvene zaštite. Prvi uslov, informisani pristanak, predstavlja glavnu prepreku prisilnom liječenju. Iako postoje situacije u kojima se pacijenti mogu tretirati bez eksplicitnog pristanka (kao što su hitne intervencije), u nekim slučajevima viši sudovi su odlučili u korist pacijenata koji su odbili liječenje, ignorišući prethodne odluke nižih sudova. Ipak, postoje situacije u kojima je teško dobiti potpuno informisan pristanak od osoba koje nisu sposobne za donošenje informiranih odluka o liječenju. Na primjer, istraživanja su pokazala da bolesnici sa smanjenim kognitivnim funkcijama često ne razumiju potpuno rizike i koristi od liječenja. Ipak, pacijenti zadržavaju pravo na odlučivanje o svom liječenju u većini slučajeva.

U nekim zemljama, kao što je Izrael, zakoni su postavljeni tako da nadmašuju autonomiju pacijenata kada oni sami donose odluke o svom liječenju. To može dovesti do konflikta između pacijenata i ljekara, naročito u slučajevima kada pacijenti odbijaju liječenje zbog nedovoljnog razumijevanja situacije ili zbog emocionalnih faktora. U takvim situacijama,

pacijenti često zadržavaju pravo na donošenje odluka o svojem liječenju, ali prema preporukama ljekara.

Drugi uslov, značajno poboljšanje, također predstavlja izazov. Iako postoji moralna dilema oko prisilnog liječenja u slučajevima gdje postoji neslaganje između pacijenata i ljekara, svako prisilno liječenje mora donijeti značajne koristi pacijentu. Definisanje "značajnog poboljšanja" može biti kompleksno, ali je bitno za pravilnu primjenu prisilnog liječenja. U nekim zemljama, poput Izraela, prisilno liječenje je opravdano samo ako postoji značajan rizik za život pacijenta. Međutim, taj termin može biti subjektivan i zahtijeva pažljivo procjenjivanje. Jedan od načina za procjenu značajnog poboljšanja je koncept kvalitetno prilagođenih životnih godina (QALYs). Ovaj koncept uzima u obzir vjerojatnost uspjeha liječenja i stepen tog uspjeha, te pruža mjeru kvalitete života nakon liječenja. Integracija QALYs u procjenu značajnog poboljšanja može pomoći u donošenju odluka o prisilnom liječenju na način koji poštuje prava pacijenata i osigurava najbolju moguću skrb (Gross, 2005).

Retroaktivni pristanak, ili pristanak nakon liječenja, važan je koncept koji se razumije u kontekstu razlike između neslaganja u činjenicama i vrijednostima. U slučajevima gdje postoji istinsko neslaganje u činjenicama i gdje je pacijent marginalno kompetentan, razumno je pretpostaviti da će nakon što se rizik nerazumijevanja prednosti liječenja objasni pacijentu, pacijent dati svoj pristanak na tretman. Ova promjena u stavu pacijenta je bitna, pretpostavljajući da je prvobitno odbijanje proizašlo samo iz nepotpune informacije ili nedostatka razumijevanja. Međutim, postavlja se pitanje može li akutna bolest promijeniti pacijentove vrijednosti tako da nakon tretmana može nastaviti živjeti na bitno drugačiji način u poređenju s njegovim stanjem prije liječenja. Ovo pitanje je složeno i otvara prostor za razne interpretacije. Pacijent može promijeniti svoje razumijevanje rizika ili svoje vrijednosti nakon dobivanja više informacija ili nakon što prođe kroz iskustvo liječenja. Međutim, nije moguće unaprijed znati hoće li se takva promjena dogoditi. Razlika između činjenica i vrijednosti odražava različite koncepte pacijentovog života. Dok se prvo odnosi na blagostanje, drugo se odnosi na vrijednosti i ciljeve koje je pacijent sam odabrao. Poticanje pacijenta da prihvati tretman može biti opravdano samo ako tretman ima stvarnu šansu za značajno poboljšanje i ako se pacijentov pristanak na tretman ne sukobljava s njegovim stvarnim željama i vrijednostima u vezi s ostatkom njegovog života.

U većini razvijenih zemalja, zakoni o pravima pacijenata pružaju smjernice za situacije gdje se suočavaju s dilemom odbijanja liječenja od strane manje informiranog pacijenta. Informirani pristanak je ključan u takvim situacijama, ali može biti teško osigurati u akutnim situacijama. Liječnici se suočavaju s izazovom kako postupiti kada pacijent ne shvaća potpuno situaciju, a odbija liječenje. Marginalna autonomija ne pruža istu osnovu za poštovanje prava pacijenta kao puna autonomija. U takvim slučajevima, liječnik mora uložiti dodatne napore u objašnjavanje činjenica koje se tiču pacijentovog liječenja. Ukratko, retroaktivni pristanak je važan koncept koji zahtijeva pažljivo razmatranje neslaganja u

činjenicama i vrijednostima pacijenta kako bi se osiguralo da pacijentova prava i interesi budu zaštićeni u svim fazama liječenja (Mešić, 2018).

Opseg mogućih oblika nesavjesnog liječenja je širok, a ljekar može biti odgovoran za različite vrste takvih postupaka. Utvrđivanje krivične odgovornosti ljekara može biti izazovno zbog brojnih poteškoća koje se mogu pojaviti, a koje ponekad mogu čak isključiti njihovu odgovornost. Ključno je utvrditi uzročnu vezu između nesavjesnog liječenja i pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta. Pogoršanje zdravstvenog stanja može se očitovati kroz slab uspjeh liječenja, nepotrebno produženo vrijeme potrebno za ozdravljenje ili nepovoljnije zdravstveno stanje u odnosu na početak pružanja ljekarske pomoći. Iako je faktičko stanje pacijenta relativno lako utvrditi, problemi mogu nastati prilikom identifikacije pravih uzroka pogoršanja zdravstvenog stanja.

Postoje situacije u kojima nesavjesno postupanje ljekara nije direktno uzrok pogoršanja zdravstvenog stanja, već ono može biti rezultat drugih faktora, poput skrivene bolesti. Također, ljekar može biti odgovoran i za pogrešne odluke u izboru načina liječenja, posebno ako se pružanje ljekarske pomoći vrši bez poštovanja aktuelnih standarda i naučnih saznanja. Nepotpun ili neadekvatan pregled pacijenta, kao i neprovođenje svih neophodnih medicinskih mjera, također može dovesti do dijagnostičkih grešaka i pogoršanja zdravstvenog stanja. Pretjerana dijagnostika, iz razloga pravnog osiguranja ili naučne radoznalosti, također može predstavljati ljekarsku grešku. Da bi bio krivično odgovoran, ljekar mora prekršiti utvrđena pravila medicinske struke i nauke, ili ne primjenjivati poznate metode liječenja ili ih nepravilno primjenjivati. Sudovi često razlikuju greške u dijagnostici od grešaka u dijagnostičkim mjerama, pri čemu se posebno teško dokazuje krivica ljekara u slučaju pogrešne dijagnoze. U konačnici, pitanje da li određeni postupci spadaju u pružanje ljekarske pomoći može biti ključno za utvrđivanje krivične odgovornosti ljekara. To uključuje i postupke koji se obavljaju iz estetskih razloga, a koji mogu imati zdravstvene posljedice. Stoga je važno da se takve radnje također smatraju pružanjem ljekarske pomoći. U okvirima pravnih sistema evropskog kontinenta, utvrđivanje mjerila krivice ljekara smatra se pravnim pitanjem koje može razmotriti samo sud. Nasuprot tome, u engleskom pravu to pitanje se smatra stručnim i rješava se putem mišljenja medicinskih stručnjaka unutar šire medicinske zajednice. Ako je ljekar djelovao u skladu s ustaljenom ljekarskom praksom, neće biti smatran odgovornim, ali pacijent uvijek može osporiti validnost te prakse. U pravnim sistemima kontinentalne Evrope, uključujući i naše, sud se oslanja na mišljenje vještaka određene medicinske specijalizacije i druge dokaze kako bi utvrdio postojanje krivice ljekara. Sudsko medicinsko vještačenje se koristi radi procjene medicinskih činjenica koje su bitne za donošenje pravne odluke. Sudskomedicinski vještaci, uključujući ljekare opće medicine i specijaliste, imaju ključnu ulogu u pružanju stručnih mišljenja o medicinskim činjenicama pred sudom. Kvalitetno vještačenje ovisi o izboru kompetentnih vještaka, a tiče se detaljne analize medicinskih činjenica kako bi se razjasnila pitanja o uzroku greške ljekara i nesavjesnom postupanju. Sudska odluka se donosi na osnovu objektivne analize medicinskih dokaza i mišljenja vještaka. Međutim, sudski proces može biti kompliciran nedostatkom dobre medicinske dokumentacije ili nedovoljno jasnim ili

nejasnim nalazima i mišljenjima vještaka. Sud mora pristupiti vještacima s kritičnim stavom i ne smije im slijepo vjerovati. Osim toga, objektivnost vještaka je važna, kao i spremnost da se izbjegn timer utjecaji koji bi mogli ugroziti njihovu nepristranost (Stepić, 2009).

7. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je upoznati se sa pravima i obavezama pacijenata, kao medicinskih radnika, posebno ljekara, te prikazati sve nivoe odgovornosti kojima su ljekari izloženi, pri obavljanju ljekarske djelatnosti. Također, istraživanje je imalo za cilj identificirati pozitivne i negativne implikacije zakonskih regulativa vezanih uz prava pacijenata, kao i neformalnog ugovora između ljekara i pacijenta, te procijeniti posljedice koje oba ugovorna partnera trpe. U istraživanju su analizirane osnovne karakteristike termina "pacijent", prava i obaveze pacijenata, uloga ljekara i njihove obaveze, te pravna zaštita prava pacijenata. Također je istražen historijski razvoj odgovornosti ljekarskih radnika, te je napravljena komparacija prava pacijenata u BiH s pravnim sustavima drugih zemalja, uključujući zemlje Europske unije, Engleske i Sjedinjenih Američkih Država.

Izučavanje medicinskog prava, pa samim time i odgovornosti ljekara kroz prizmu prava, u našoj zemlji je još uvijek u razvoju. Ljekari u obavljanju ljekarske djelatnosti, mogu se suočiti s disciplinskom, prekršajnom, krivičnom i građanskom odgovornosti. Disciplinski, prekršajni i krivični postupci se pokreću putem prijave nadležnim organima, dok građanski postupak započinje tužbom oštećene strane. Dakle, ljekar nije aktivan sudionik u ovim postupcima jer nije realno očekivati da će sam sebe prijaviti za eventualne propuste. Umjesto toga, odluka o pokretanju postupka ostaje na savjesti pacijenta ili nadležnog organa ako saznaju za moguće greške na drugi način. Na osnovu drugih radova koji su se bavili sličnom tematikom, dolazimo do zaključka da pacijenti u našoj državi nisu dovoljno upoznati sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju i Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Neznanje pacijenata i nedostatak informacija dovodi posljedično i do pravne neizvjesnosti. Kada pacijenti ne traže zaštitu svojih prava, postaje teško utvrditi ispravnost postupaka zdravstvenih ustanova ili liječnika.

Analizom broja pritužbi protiv ljekara u periodu od 2012.-2023. na području Zeničko-dobojskog kantona, utvrđeno je da je relativno mali broj pacijenata prigovaralo na rad ljekara. U periodu od deset godina, bilo je 30 prijave protiv ljekara, od čega 50% prijava je usmjereno protiv ljekara specijalista hirurgije. Postavlja se pitanje da li je mali broj prijava rezultat straha pacijenata, koji su ograničeni na lokalne zdravstvene ustanove i da su u strahu da bi u budućnosti mogli ostati bez ljekarske pomoći, ili da ljekari odgovorno i savjesno rade svoj posao pa ne ostavljaju prostora tužbama na njihov rad. Strah pacijenata, može objasniti zašto pacijenti često ne podnose prijave ili tužbe protiv ljekara, što rezultira nedostatkom odgovornosti i posljedica za ljekare unatoč eventualnim propustima.

Tokom istraživanja literature, u sklopu pisanja ovog rada, autorica zaključuje da postoje značajne nedoumice među pacijentima i medicinskim stručnjacima u vezi sa zakonskim

propisima koji regulišu prava pacijenata i obaveze medicinskog osoblja. Važno je istaći da na pravnim fakultetima nedostaje adekvatna pažnja posvećena medicinskom pravu, dok se na medicinskim fakultetima ne pridaje dovoljno znanja o ovoj oblasti. Nedostatak relevantnih informacija o obavezama i stepenima odgovornosti medicinskog osoblja u radu unutar njihove specijalizacije direktno utiče na smanjenje nivoa pažnje u postupanju prema pacijentima.

Kada ljekara postupa prema pravilima medicinske struke i nauke i kada se drži protokola, ne postoji građansko-pravna, prekršajna i disciplinska odgovornost ljekara za štetu koja se prouzrokuje tokom liječenja.

REFERENCE

1. Babić, T., & Roksandić, S. (2006). Osnove zdravstvenog prava. Zagreb: Tripex d.o.o. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, Vol. 43 No. 3-4.
2. Bevanda M., & Čolaković M. (2019). *Medicinsko pravo*. Sveučilište u Mostaru, Mostar.
3. Beljanski, S. (2010). Pravna etika – uvod. *Pravna etika*. Mreža univerzitetskih pravnih klinika, OSCE, Srbija.
4. Bošković, Z. (2007). *Medicinsko pravo*. Zagreb: Pergamene d.o.o.
5. Conti, C. (2000). *Die Pflichten des Patienten im Behandlungsvertrag*. Berlin: Stampfli Verlag AG.
6. Crnić, I. (2008). *Odštetno pravo* (2. izdanje). Zagreb: Zgombić i partneri.
7. Crnić, I. (2009). *Odgovornost liječnika za štetu*. Zagreb: Organizator.
8. Dute, J. (2003). Medical Malpractice Liability: No easy solutions. *European Journal of Health Law*, 1.
9. Draškić, M. (1998). *Prava pacijenata - kraj paternalističkog koncepta medicine*. Pravni život.
10. Dražić, M. (2008). *IAPO Deklaracija: Pacijent u središtu zdravstvene skrbi*. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 2008.
11. Grimm, D. A. (2005). *Informed Consent for All! No Exceptions*. George Washington University, Law School, George Washington University.
12. Gross, M. L. (2005). Treating Competent Patients by Force: The Limits and Lessons of Israel's Patient's Rights Act. *Journal of Medical Ethics*, 31(1), 29-34. Published by BMJ Stable.
13. Haller, H. (2008). Medicinski pogled na liječničku odgovornost. U *Zbornik radova Građansko-pravna odgovornost u medicini* (izdanje HAZU). Zagreb.
14. Ivančić-Kačer, B. (2008). Odgovornost za štetu u estetskom pravu. *Hrvatska pravna revija*, 2.
15. Klarić, P. (2003). *Odštetno pravo*. Zagreb: Narodne novine.
16. Klarić, P. (2001). *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu*. HPR, 8(01).

17. Klarić, P., & Vedriš, M. (2006). *Građansko pravo* (9. izdanje). Zagreb: Narodne novine.
18. Knežić Popović, D., & Dabić, Lj. (2009). *Slobodne profesije – pravni aspekti*. Beograd: Institut za uporedno pravo.
19. Krivični zakon FBiH „*Sl.novine FBiH*“, broj 36/2003, 21/2004.
20. Laufs, A., & Uhlenbruck, W. (2002). *Handbuch des Arztrechts* (3. Auflage). München.
21. Mančić, S. (2015). *Odgovornost zbog štete izazvane upotrebom medicinskih sredstava* -Doktorska disertacija, Pravni fakultet, Univerzitet u Nišu.
22. Mason, Kenyon, Graeme L., McCall Smith A., & Mason and McCall Smiths. (2011). *Law and Medical Ethics*. Oxford University Press.
23. Mason and McCall Smiths. (2013). *Law and Medical Ethics* (9. izdanje). Oxford University Press.
24. *Medicinska enciklopedija* (1986). (Drugi dopunski svezak). Zagreb.
25. Mešić, E. (2018). Ljekarska greška i krivica. Anali Pravnog Fakulteta Univerziteta u Zenici. Broj 22.
26. Milošević, Lj. (1961). *Odgovornost zdravstvene ustanove za štetu prouzrokovanu obolelom licu*. Pravni život, broj 6.
27. Mujović-Zornić, H. (2003). Ugovor pacijenta sa ljekarom. *Pravni život*, 9.
28. Mujović-Zornić, H. (2004). Lekarska greška - medicinski ili pravni pojam. *Svet rada*, 1(6).
29. Odluka Županijskog suda u Varaždinu broj GŽ-1625/05 od 03.11.2002. godine
30. Omerčaušević, M. (2015). Odgovornost za štetu zbog grešaka u medicini. *Stručni i informativni časopis za sudsku, upravnu i privredno-prekršajnu praksu*.
31. Palmer, R. (2001). *English Law in the Age of the Black Death, 1348-81: A transformation of governance and law*. University of North Carolina Press.
32. Pavličević, I. (2014). Mišljenje pacijenta je važno: pacijent treba odlučivati o svojem liječenju zajedno s liječnicima. *Medix-specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 109/110.
33. Pichler, D. (2014). Obaviješteni pristanak u obrascima suglasnosti kojima se prihvaća preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak Kliničkog

- bolničkog centra Osijek i njegove usklađenosti s propisima i međunarodnom praksom. *Pravni vjesnik Pravnog fakulteta Sveučilišta Josipa Juraja Strossmaxera u Osijeku*, 1/2014, 89.
34. *Pravilnik o drugostepenom disciplinskom postupku pred Ljekarskom/Liječničkom Komorom*. 2018.
35. *Pravilnik o odgovornosti članova komore*. Ljekarska komora Zeničko – Dobojskog kantona. Zenica, 2. Oktobar 2014.
36. *Presuda Okružnog suda u Beogradu* br: G-10942/02, od 23.01.2003. godine
37. *Presuda Općinskog suda u Zenici* broj 43 0 P 075131 12 P, od 30.12.2016. godine
38. Proso, M. (1999). Sustavi osiguranja od odštetne odgovornosti u zdravstvenoj djelatnosti. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*.
39. Proso, M. (2007). Osiguravanje ljecnika od odštetne odgovornosti u Hrvatskom i Bosanskohercegovačkom pravu. *Zbornik radova, aktuelnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse* broj 5, Mostar.
40. Radišić, J. (1986). *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*. Beograd: Institut društvenih nauka, Centar za pravna i politička istraživanja.
41. Radišić, J. (2007). *Odgovornost zbog štete izazvane lekarskom greškom u lečenju i obavještavanju pacijenta*. Beograd.
42. Radišić, J. (2008). *Medicinsko pravo* (2. prerađeno i dopunjeno izdanje). Beograd: Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu i Nomos.
43. Radišić, J. (2018). *Lekarska greška: Građanska odgovornost zbog lekarske greške*. Beograd: Javno preduzeće Službeni glasnik. Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu.
44. Radišić, J. (1994). Ljekarska dijagnoza kao pravni problem. *Anali Pravnog fakulteta u Beogradu*, 42(5).
45. Radišić, J. (2009). Građanska odgovornost lekara koja proističe iz njihovog zanimanja. *Revija za pravo osiguranja*, 1.
46. Radišić, J. (2010). Odgovornost lekara u slučaju kad nije sigurno da je njegova greška nanela štetu pacijentovu zdravlju. *Revija za pravo osiguranja*, 3.
47. Ristić, J. (1976). *Medicina i društvo*. Beograd: Radnička štampa.
48. Roksandić-Vidlička, S. (2007). *Pružatelji zdravstvenih usluga i najčešće povrede prilikom obavljanja zdravstvene djelatnosti*. HPR, 4.

49. Schuman, W. D. (1985). The Origins of the Physician-Patient Privilege and Professional Secret. *SMU Law Review*, 39, 661.
50. Silver, T. (1992). One Hundred Years of Harmful Error: The Historical Jurisprudence of Medical Malpractice. *Wisconsin Law Review*, 1193.
51. Simić, J. (2018). *Lekarska greška: Građanska odgovornost zbog lekarske greške*. Beograd: Javno preduzeće Službeni glasnik. Pravni fakultet Univerziteta Union u Beogradu.
52. Sjeničić, M. (2012). Ljekarska greška - građansko-pravni aspekt. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Nišu*, 59.
53. Sjeničić, M. Ž. (2013). *Pacijent kao oštećeni u građanskom pravu i njegova sukrovica*. Institut društvenih nauka.
54. Slavnić, J. (2006). Osiguranje od profesionalne odgovornosti danas. *Revija za pravo osiguranja*, 3.
55. Somerville, A. (2013). *Everyday Medical Ethics and Law*. British Medical Association Ethics Department. London: Blackwell Publishing.
56. Stauch, M., Wheat, K., & Tingle, J. (1990). *Sourcebook on Medical Law*. London-Sydney: Cavendish Publishing Limited.
57. Stepić, D. (2009). Krivična odgovornost lekara za nesavjesno pružanje lekarske pomoći, *Strani pravni život*, Beograd, 210.
58. World Health Organization. (1994). *Declaration on the Promotion of the Patients' Rights in Europe*. Copenhagen.
59. Zagrađanin, D. (2007). Greške u liječenju i krivična odgovornost stomatologa. *Stomatološki glasnik Srbije*, 54, 117.
60. Zakon o krivičnom postupku FBiH "Službene novine Federacije BiH", broj 35/2003, 56/2003.
61. Zakon o liječništvu „Službene novine FBiH“ broj 56/13
62. Zakon o obligacionim odnosima „Sl.l.R BiH“ br. 2/92, 13/93 i 13/94 i „Službene novine FBiH“ br.29/03
63. Zakon o parničnom postupku FBiH „Službene novine FBiH“ broj 53/03, 73/05, 19/06, 98/15
64. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenta „Službene novine Federacije BiH“, broj 40/10

65. Zakon o radu FBiH „*Službene novine FBiH*“ broj 26/16, 89/18
66. Zakon o slobodi pristupa informacijama “*Službene novine FBiH*” broj 32/01
67. Zakon o vještacima FBiH “*Službene novine FBiH*” br.49/05
68. Zakon o zdravstvenoj zaštiti „*Službene novine FBiH*“ broj 46/10, 75/13
69. Zaštita prava pacijenata u Bosni i Hercegovini sa posebnim osvrtom na građanskopravnu zaštitu i krivicu ljekara za počinjenu ljekarsku grešku. Dostupno na: <https://eubd.edu.ba/02-ID/st/Zastita-prava-pacijenata-u%20BH-sa-posebnim-osvrtom-na-gradjanskopravnu%20zastitu-i-krivicu-ljekara-za%20pocinjenu-ljekarsku-gresku.pdf>. (Pristupljeno 09. maj 2024).
70. Zitelmann, E. (1900). *Des Recht des Bürgerlichen Gesetzbuchs: Allgemeiner Teil*, Leipzig.